

# **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**Doctora**

**Lady Paola Caicedo**

**Posgrado**

 **Especialización en Gerencia de Servicios de Salud**

Institución Universitaria Colegios de Colombia

**Doctor**

**Antonio Gómez Rodríguez**

**Institución Universitaria Colegios de Colombia**

**UNICOC**

**Colegio Administrativo**

**Bogotá Agosto de 2016**

## Tabla de contenido

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCCION .....                                                | 5  |
| OBJETIVOS .....                                                   | 7  |
| Objetivo General .....                                            | 7  |
| Objetivos Especificos.....                                        | 7  |
| 1. DEFINICION.....                                                | 8  |
| 1.1 Seguridad del Paciente.....                                   | 8  |
| 1.2 Atención en salud.....                                        | 8  |
| 1.3 Indicio de Atención Insegura .....                            | 8  |
| 1.4 Falla de la Atención en Salud .....                           | 8  |
| 1.5 Riesgo .....                                                  | 9  |
| 1.6 Evento Adverso .....                                          | 9  |
| 1.6.1 Evento Adverso Prevenible .....                             | 9  |
| 1.6.2 Evento Adverso No Prevenible.....                           | 9  |
| 1.7 Evento adverso centinela .....                                | 9  |
| 1.8 Incidente: .....                                              | 10 |
| 1.9 Complicación .....                                            | 10 |
| 1.10 Violación de la Seguridad de la Atención en Salud .....      | 10 |
| 1.11 Barrera de Seguridad.....                                    | 10 |
| 1.12 Sistema de Gestión del Evento Adverso .....                  | 10 |
| 1.13 Acciones de Reducción de Riesgo .....                        | 10 |
| 1.14 Comité central de seguridad del paciente .....               | 11 |
| 2. MARCO TEORICO.....                                             | 12 |
| 3. PUESTA EN MARCHA DELA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ..... | 15 |
| Flujo grama de seguridad del paciente .....                       | 16 |
| 4. LA CULTURIZACION DEL REPORTE FRENTE A UN EVENTO ADVERSO .....  | 19 |
| 5. MARCO CONCEPTUAL .....                                         | 21 |
| 5.1 Tipología de Evento Adverso.....                              | 21 |
| 5.2 Factores de riesgo sobre el evento adverso .....              | 23 |

|                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5.2.1 Factores directos relacionados con el profesional de la salud.....                                 | 23 |
| 5.2.2 Factores indirectos relacionados con el entorno, estructura, el mantenimiento y los sistemas.....  | 24 |
| 5.3 Causas de los eventos adversos y eventos centinela .....                                             | 25 |
| 5.3.1 Fallas en la estructura .....                                                                      | 25 |
| 5.3.2 Fallas en el proceso. ....                                                                         | 25 |
| 5.4 Factores que incrementan los riesgos.....                                                            | 27 |
| 5.5 Factores que disminuyen los riesgos.....                                                             | 27 |
| 5.6 Cambios para reducir riesgos .....                                                                   | 28 |
| 6. Clasificación de los tipos de atención insegura que pueden causar eventos adversos .....              | 29 |
| Tipo 1 relacionados con trámites administrativos para la administración en salud.....                    | 29 |
| Tipo 2 Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales .....                          | 29 |
| Tipo 3 Relacionada con fallos en los registros clínicos.....                                             | 29 |
| Tipo 4 Infección ocasionada por la atención en salud .....                                               | 30 |
| Tipo 5 Relacionados con medicación .....                                                                 | 30 |
| Tipo 6 Relacionada con sangre o sus derivados.....                                                       | 31 |
| Tipo 7 Relacionado a dietas o dispensación de alimentos.....                                             | 31 |
| Tipo 8 Relacionado con la administración de oxígeno.....                                                 | 31 |
| Tipo 9 Relacionados con dispositivos y equipos médicos .....                                             | 32 |
| Tipo 10 Relacionado con las creencias o comportamiento del paciente.....                                 | 32 |
| Tipo 11 Caídas de pacientes.....                                                                         | 33 |
| Tipo 12 Accidentes de pacientes.....                                                                     | 33 |
| Tipo 13 Relacionados con la infraestructura o e ambiente físico .....                                    | 33 |
| Tipo 14 Relacionados con la gestión de recursos o con la gestión organizacional .....                    | 34 |
| 7. MARCO NORMATIVO .....                                                                                 | 35 |
| 8. MARCO CONTEXTUAL .....                                                                                | 38 |
| 8.1 Protocolo para la Implementación del reporte de Evento Adverso orientada al área de Odontología..... | 38 |
| 8.1.1 Alcance .....                                                                                      | 38 |
| 8.2 Responsables.....                                                                                    | 38 |
| 8.3 Resultados esperados.....                                                                            | 38 |
| 8.4 Materiales .....                                                                                     | 39 |
| 8.5 Funciones .....                                                                                      | 39 |
| 8.6 Seguimiento a planes de mejoramiento. ....                                                           | 44 |

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| 8.7 Cuidados especiales .....     | 44 |
| 8.8 Riesgo del procedimiento..... | 45 |
| 8.9 Acciones correctivas .....    | 45 |
| CONCLUSIONES .....                | 47 |
| Bibliografía .....                | 48 |



**UNICOC**  
Institución Universitaria Colegios de Colombia



## **INTRODUCCION**

Hablar de seguridad del paciente como pilar fundamental a la hora de lograr calidad en la atención en salud entre las instituciones u organizaciones prestadoras, las cuales pretenden llevar a cabo la prevención de posibles eventos adversos durante la atención, brindando una actuación de manera oportuna, corrigiendo los errores y aprendiendo de ellos actos indispensables para crear un clima de seguridad, llevando al mejoramiento continuo de la calidad en la atención de salud, hace que se suscite la inquietante labor por medio de los prestadores de asegurar y garantizar las buenas practicas que conlleven a preservar la seguridad de la integridad de los pacientes y sus familias.

Para ello es imprescindible conocer algunos conceptos y términos generales, con el fin de recorrer el objetivo primordial al que se pretende focalizar la presente literatura; proponiendo a través de ellos definiciones y soluciones creando una cultura de seguridad, dejando en los prestadores la capacidad de identificar todas aquellas causas de los errores, dando la solución oportuna y promoviendo la prevención para evitar la repetición, que ya sean generadas humanamente o por medio del sistema .

Al respecto cabe aclarar que los eventos o sucesos ocurridos de manera inoportuna que de una u otra forma afecten la seguridad del paciente, surgen de forma repentina y sin ningún tipo de mal intención; ninguna persona quiere hacer daño mediante le ejecución de su ejercicio de trabajo. Lo que sucede es producto de las malas prácticas, malos procesos y en algunos casos son errores tecnológicos que

afectan el correcto funcionamiento del sistema en sí; es por ello que las instituciones se dotan con el conocimiento necesario para fortalecer toda la capacidad de actuar y prevenir todos estos actos que nunca debieron ocurrir, dando protección a los pacientes de los riesgos externos e innecesarios, y que finalmente son el objetivo fundamental del personal del área de la salud.



## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Mediante la investigación analítica, realizar una revisión bibliográfica de aspectos, conceptos y términos generales más importantes, relacionados con la seguridad del paciente, con el objetivo de esclarecer definiciones que permitan entender la importancia del tema, logrando su aplicación en las labores del personal del área de la salud, proporcionando una mejora en la calidad de la atención de los usuarios

### **Objetivos Especificos**

- Conocer los principales conceptos de la política de seguridad del paciente.
- Establecer la cultura de seguridad del paciente en las instituciones, que permita disminuir el riesgo de ocurrencia de eventos adversos prevenibles.
- Analizar la literatura consultada del tema, asegurando obtener material necesario para lograr la educación del personal de las instituciones prestadoras de salud.
- Detectar posibles fallas que puedan generar algún tipo de riesgo a los usuarios, con el fin de tomar las medidas preventivas para evitar la generación de sucesos.
- Generar información necesaria que cumpla con criterios de claridad para informar a los usuarios aquellos posibles riesgos a los que podrían verse enfrentados a la hora de tomar algún tipo de servicio de salud



## **1. DEFINICION**

### **1.1 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. <sup>1</sup>

### **1.2 Atención en salud**

Son aquellos servicios de asistencia esencial para todos los individuos o poblaciones de la comunidad, con el fin de promover, preservar, prevenir o restaurar la salud <sup>1</sup>

### **1.3 Indicio de Atención Insegura**

Indicativo o sospecha de un posible acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso<sup>1</sup>

### **1.4 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

---

<sup>1</sup>Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Ministerio de la Protección Social. Noviembre 2008.



los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales. <sup>1</sup>

## **1.5 Riesgo**

Es la probabilidad de que se produzca un incidente o evento adverso. <sup>1</sup>

## **1.6 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<sup>1</sup>

### **1.6.1 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. <sup>1</sup>

### **1.6.2 Evento Adverso No Prevenible**

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. <sup>1</sup>

## **1.7 Evento adverso centinela**

Es un evento adverso en el que está presente la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente del estilo de vida. <sup>1</sup>

### **1.8 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. <sup>1</sup>

### **1.9 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. <sup>1</sup>

### **1.10 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. <sup>1</sup>

### **1.11 Barrera de Seguridad**

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso. <sup>1</sup>

### **1.12 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. <sup>1</sup>

### **1.13 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. <sup>1</sup>

#### **1.14 Comité central de seguridad del paciente**

Es un grupo conformado por el Subdirector o su representante y su grupo primario, Jefe de la Unidad de Gestión de Calidad y las Líderes del programa de la Subdirección de Salud; en el cual se toman decisiones referentes al Programa de Seguridad del Paciente en la institución. <sup>1</sup>





## 2. MARCO TEORICO

Coprender la prioridad de la seguridad del paciente es para las instituciones prestadoras de salud un reto que cada día hace que la labor del servicio de atención al usuario, sea aún más compleja ya que requiere de las buenas prácticas que cada empresa implemente dentro de sus equipos de trabajo previamente planeadas y paulatinamente ejecutadas por cada funcionario que cumpla dicha labor.

Según estudios estadísticos a nivel mundial comprueban la importancia de mantener y preservar dichas prácticas, estos datos son los que arrojan cifras significativas, como es el caso de las realizadas en Estados Unidos, donde se comprueba que cada año mueren aproximadamente 98.000 pacientes por causa de eventos adversos cifra que supera muertes por accidentes, cáncer, VIH entre otras.<sup>2</sup> Estos estudios, han despertado en la comunidad científica a tener como reflexión la necesidad absoluta de tomar medidas de choque que sean eficaces, las cuales permitan reducir de manera significativa el incremento de efectos adversos derivados de la atención en salud y lo que repercute para la vida de los pacientes.<sup>3</sup>



**Ilustración 1.** Comportamiento anual de reportes

<sup>2</sup> ASTOLFO LEON FRANCO: Fundamentos de seguridad del paciente para disminuir errores médicos. Primera edición. Cali- Colombia. Abril 2006.

<sup>3</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. COLOMBIA. La seguridad del paciente y la atención segura. Año 201 (Ministerio de la protección social, 2010)3.



Hacia el mes de junio del año 2008, en Colombia surge por medio de el Ministerio de la protección social "Los Lineamientos para la implementación de la Política de seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención en Salud SOGC, cuyo objetivo primordial es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y en lo posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, permitiendo contar con instituciones seguras y competitivas en cuanto a atención al usuario refiere.

Se abren los ojos dentro del sistema de salud en Colombia al comprender que la seguridad del paciente es la prioridad mientras se este prestando el servicio en salud. Los llamados eventos adversos surgen al momento de la realización de cualquier actividad y son los indicadores de la calidad. En nuestro país existe una sólida decisión por parte del Gobierno, prestadora y aseguradora de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud. <sup>4</sup>

Para garantizar una atención en salud segura, se hace necesaria la participación responsable de los actores que intervienen en el. Al momento de la ocurrencia de un evento adverso y entras el paciente ha sufrido algún daño, se juzga al profesional tratante y se tilda de culpable, sin tener en cuenta que dicho suceso ha ocurrido por la mala práctica de una cadena de errores que se pudieron prevenir de manera oportuna, evitándolo y promoviendo la sana atención dentro de la institución. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos

---

<sup>4</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. COLOMBIA. Guía técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en Salud. Año 2010.

asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias, antes de llegar a la ocurrencia del evento.

Como parte de la misma Política de Seguridad del Paciente, el Ministerio de la Protección Social por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrollo un documento que recoge las prácticas más importantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente.

Este documento fue nombrado como la Guía Técnica “Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, de la cual se pretende brindar a las instituciones prestadoras las técnicas para la implementación y ejecución práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.



### **3. PUESTA EN MARCHA DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE <sup>5</sup>**

Todos aquellos programas donde se garantiza la calidad de la prestación de los servicios desarrollados en las instituciones de salud, se realizan por motivos éticos, económicos, de efectividad y seguridad de pacientes. Se deduce que del último puede casar algún tipo de daño sobre los pacientes durante la atención profesional del área de la salud, dejando como resultado la calidad del servicio prestado.

Es por ello que las instituciones se deba adoptar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Sistema de Gestión de Calidad y el modelo Estándar de Control Interno que incluya una política de seguridad del paciente que dirija todas las acciones en lograr la prestación del servicio bajo condiciones que permitan el control y mitigación de los riesgos propios de la atención en salud y logren un sistema de salud en forma segura y altamente confiable.

Entendiéndose esto como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propende minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención de salud, maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran, reaccionar adecuadamente ante su ocurrencia y/o de mitigar sus consecuencias. Por ello se pretende implementar la política de seguridad del paciente como una formulación del estado futuro, el cual permita mediante la acción conjunta de cada uno de sus actores a prever posibles fallas, detectándolas a tiempo y realizando el

---

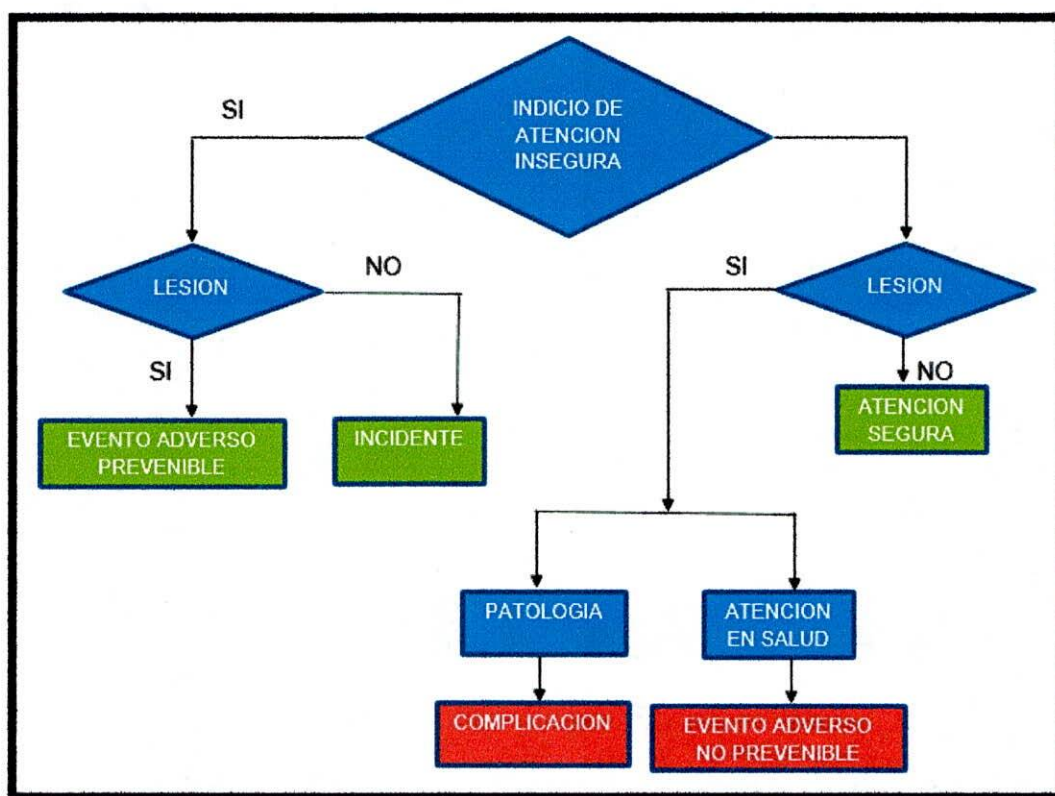
<sup>5</sup> OMS, Consejo Ejecutivo, 109a Reunión. Punto 3.4 del orden del día provisional. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría, 2001



correspondiente reporte, que servirá como crónica de un suceso no esperado, pero que puede ocurrir.

“La provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”<sup>6</sup>

### Flujo grama de seguridad del paciente



**Ilustración 2.** Flujo grama de Modelo basado en seguridad del Paciente

<sup>6</sup> Decreto 1011/2006

Si la institución de salud implementa una política de seguridad del paciente obtiene:

- ✓ Dirigir el sistema hacia obtención de resultados
- ✓ Crear una cultura organizacional de seguridad al paciente
- ✓ Se disminuye la ocurrencia de eventos adversos
- ✓ Socializar a todo el personal asistencial del área de la salud, sobre la importancia de trabajar sobre la seguridad del paciente
- ✓ Promover entre sus usuarios la importancia del autocuidado y promoción de seguridad.
- ✓ Promover la utilización de barreras de seguridad con el cual se pretende obtener un entorno de atención seguro
- ✓ Reducir costos por mala calidad en la atención y servicios de salud.



**UNICOC**  
Institución Universitaria Colegios de Colombia

Para disminuir los eventos adversos en una institución de salud se deben llevar a cabo las siguientes estrategias: <sup>7</sup>

- ✓ Definir la seguridad del paciente como prioridad estratégica y transformación cultural.
- ✓ Diseño y aplicación de herramientas para la detección de eventos adversos a diferentes niveles, medicamentosos, quirúrgicos, en manejos ambulatorios, tratamientos, entre otros.
- ✓ Implementar la herramienta de repetir lo aprendido "Teach Back": consiste en pedirle al paciente que repita con sus propias las indicaciones y

---

<sup>7</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

recomendaciones que el prestador le ha hecho, principalmente con el autocuidado en casa. Dicha herramienta se implementará a través de todo el personal médico y de enfermería, quienes en cada atención aplicarán ésta herramienta como mecanismo de seguridad del nivel de entendimiento,

- ✓ Implementar programas de educación continuada que capacite y sensibilice a todo el personal que labora en el Laboratorio en seguridad de paciente, se gestionará, organizará y coordinará un programa de capacitación permanente que permita crear una cultura de seguridad de paciente, orientado a la prevención de los principales eventos adversos y sus complicaciones, así como la importancia de la captación y prevención de los incidentes y seguridad de paciente
- ✓ Involucrar a todos los actores críticos: Junta directiva, equipos de salud, paciente y su familia.
- ✓ Implementar e instaurar un comité de seguridad o prevención del riesgo dirigido a definir, analizar y establecer lineamientos en materia de seguridad de paciente, estará integrado por los coordinadores de las diferentes áreas asistenciales y administrativas. Cada uno de los integrantes deberá analizar, investigar, clasificar la gravedad del evento o incidentes reportados y presentar al comité informe de los diferentes tipos de eventos o incidentes que afecten la seguridad del paciente que estén directamente relacionados con el proceso que lideran.
- ✓ Establecer el perfil de riesgo institucional debidamente tipificado, clasificado, servicio involucrado.



#### **4. LA CULTURIZACION DEL REPORTE FRENTE A UN EVENTO ADVERSO**

Un objetivo estratégico que se desea cada institución del país, es la implementación de un sistema de reporte del evento adverso, sería la culturización de la seguridad del paciente. Dicho sistema debe ser implementado en un ambiente netamente voluntario y lejos de la pena, frente al mejoramiento institucional y en el reconocimiento a la capacidad de aceptar los errores como oportunidades de mejora.

Cada institución debe diseñar su formato de reporte de evento adverso, de tal forma que este enmarcado su plataforma estratégica y que realcen y concuerden con su misión y visión de sus valores y sus atributos de calidad, puntos estratégicos a la hora de hablar de calidad en el servicio al cliente.

Debe estar disponible en la red interna de la institución o entidad; estar escrito en un lenguaje sencillo y contener solo lo necesario, conservando términos de seguridad del paciente homologados y entendidos por el responsable del reporte.

La institución o entidad debe definir un protocolo para el manejo del paciente y de su familia cuando ocurre un evento adverso, este debe seguir las siguientes recomendaciones:

- ✓ Pedir la información al paciente sobre su estado de salud, de su autocuidado y los riesgos.
- ✓ Promover en el paciente y en su familia la prevención de eventos adversos.
- ✓ Promover en el personal asistencial la necesidad de ir hacia el paciente cuando ocurre un evento adverso y acompañarlo.

Es de gran importancia que el área encargada de calidad, incentive al personal a cargo del paciente acerca de la cultura del reporte e implementación y puesta en marcha de la estrategia de seguridad, por todos los canales de comunicación que la empresa prestadora de servicio tenga dentro de sus instalaciones.

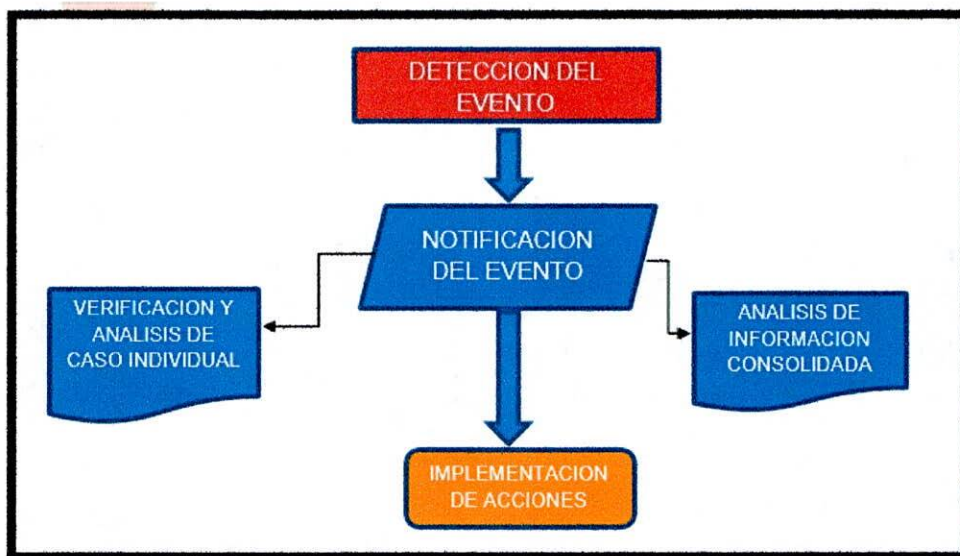
Una vez el personal que hace el reporte, adquiere una cultura de gestión del error, el volumen de reportes aumenta, por ello es importante la creación de bases de datos con el fin de generar gráficos, tendencias e informes para realimentar y hacer mejoramiento continuo. Todos aquellos reportes deben ser socializados los funcionarios, incentivando aún más el reporte de evento adverso.



## 5. MARCO CONCEPTUAL

### 5.1 Tipología de Evento Adverso<sup>8</sup>

El evento adverso puede ocurrir por causas diferentes a un error médico, como consecuencia de la variabilidad biológica de los humanos, fallas en los equipos, en el mantenimiento, en la organización, en la comunicación con el paciente y familiares, accidentes, en la coordinación, en la capacitación del personal, etc. A pesar de lo anterior, el personal asistencial es el responsable de prevenirlos, evitarlos, identificarlos con oportunidad y limitar el daño que pudieran producir al paciente, si queremos garantizar una atención con calidad, segura y respeto del principio ético de beneficencia.



**Ilustración 3.** Flujo de información frente a un evento adverso

<sup>8</sup><http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/1592/Mu%C3%B1ozLina2015.pdf?sequence=1>





**Ilustración 4.** Clasificación de evento adverso

Derivadas de la situación previa podrían ocurrir dos circunstancias, relativas a que el evento adverso pudiera ser:

- Previsible y prevenible.
- No previsible, no prevenible y por lo tanto inevitable.

Siendo el evento adverso un daño no intencional causado al paciente como un resultado clínico no esperado durante el cuidado asistencial y puede o no estar asociado a error es cualquier lesión no intencional causada por la atención en salud, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente<sup>9</sup>. Los eventos adversos son secundarios a la concatenación de diferentes errores en los distintos procesos y que finalmente produce daño al paciente. Es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan

<sup>9</sup> Anexo Técnico, Resolución 1446 de 2006

definir e identificar las barreras de seguridad y puede tener varios grados de intensidad o de severidad, como son:

- ✚ Evento Adverso Grave: Es aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica.
- ✚ Evento Adverso Moderado: Es aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de un día de duración.
- ✚ Evento Adverso Leve: Es aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria.

## **5.2 Factores de riesgo sobre el evento adverso<sup>10</sup>**

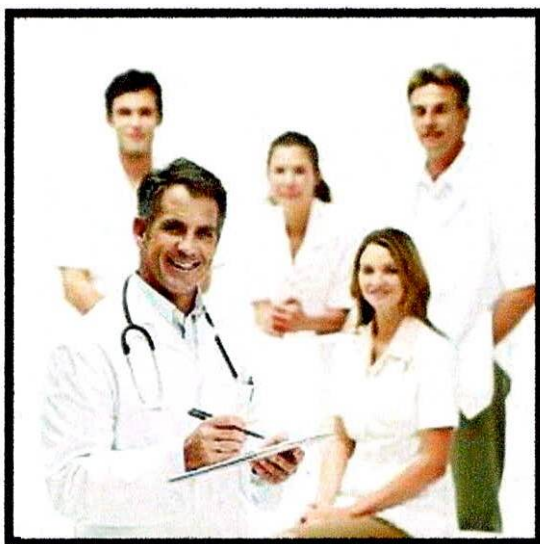
Existen factores directos e indirectos. Los factores directos están relacionados con el profesional de la salud y los factores indirectos (activos o latentes) relacionados con el entorno, la estructura, el mantenimiento, los sistemas.

### **5.2.1 Factores directos relacionados con el profesional de la salud.**

- ✚ Falta de comunicación entre el paciente, familia y el equipo de salud.
- ✚ Diversidad de Criterios del personal asistencial, de acuerdo a la escuela.
- ✚ Formación y destreza
- ✚ Exceso de confianza.
- ✚ Delegación de responsabilidad

---

<sup>10</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud. Herramientas para promover la Estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, 2007



*Ilustración 5. Personal de la salud*

### **5.2.2 Factores indirectos relacionados con el entorno, estructura, el mantenimiento y los sistemas**

- ✚ Influencia del entorno
- ✚ Sobredemanda
- ✚ Falta de recursos de toda índole: físicos, humanos, insumos
- ✚ Errores administrativos.
- ✚ Falta de estandarización en los procesos de atención.
- ✚ Falta de planeación en la programación y desarrollo de actividades y procesos



### **5.3 Causas de los eventos adversos y eventos centinela**

Las causas de los eventos adversos pueden ubicarse en numerosas situaciones, desde la posibilidad de fallas en la estructura, fallas en el proceso que incluyen: la cultura de la organización, el proceso mismo de la atención médica, la competencia profesional y los factores inherentes al paciente.

#### **5.3.1 Fallas en la estructura**

Se pueden presentar por:

- ✚ Deficiencias en el entorno: factores ambientales.
- ✚ Deficiente capacitación del personal.
- ✚ Diseño arquitectónico inadecuado.
- ✚ Diseño de servicios inseguros.
- ✚ Equipo insuficiente.
- ✚ Fallas en el equipo.
- ✚ Mantenimiento insuficiente.
- ✚ Medicamentos insuficientes o de mala calidad.
- ✚ Personal insuficiente

#### **5.3.2 Fallas en el proceso.**

Se pueden presentar por las siguientes deficiencias:

- ✚ Alergia no conocida a medicamentos.
- ✚ Carencia de guías clínicas.
- ✚ Carencia de sistemas de alarma.

- ✚ Competencia profesional insuficiente.
- ✚ Desactualización del personal sobre sus competencias.
- ✚ Criterios clínicos incorrectos.
- ✚ Cultura de la organización.
- ✚ Deficiencias en los sistemas.
- ✚ Desatender a la medicina basada en evidencias.
- ✚ Desconocimiento de sus problemas.
- ✚ Diseño organizacional inadecuado.
- ✚ Disponibilidad de información insuficiente.
- ✚ Exceso de confianza.
- ✚ Factores inherentes al paciente.
- ✚ Falta de aceptación de las limitaciones propias.
- ✚ Falta de conciencia de los riesgos.
- ✚ Falta de experiencia.
- ✚ Falta de información.
- ✚ Identificación deficiente del paciente.
- ✚ Idiosincrasia a medicamentos.
- ✚ Intolerancia a medicamentos o material de curación.
- ✚ Medidas de seguridad insuficientes.
- ✚ Negativa a colaborar en su atención.
- ✚ Participación insuficiente del paciente y la familia. 37
- ✚ Presencia de personal extraño.
- ✚ Prisa.
- ✚ Proceso de la atención médica.

- ✚ Procesos no estandarizados.
- ✚ Protección insuficiente en traslados.
- ✚ Razonamiento clínico inadecuado.
- ✚ Registros deficientes en el expediente clínico.
- ✚ Relación médico-paciente deficiente.
- ✚ Riesgos del procedimiento.

#### **5.4 Factores que incrementan los riesgos.**

- ✚ Autoridad excesiva del responsable del proceso.
- ✚ Complejidad de los procesos.
- ✚ Comunicación insuficiente.
- ✚ Deficiencias en la comunicación entre el personal.
- ✚ Deficiente comunicación con el paciente.
- ✚ Deficiente comunicación con la familia.
- ✚ Delegación sucesiva de la responsabilidad.
- ✚ Falta de supervisión.
- ✚ Número de personas involucradas en el proceso.
- ✚ Vigilancia no profesional o insuficiente.

#### **5.5 Factores que disminuyen los riesgos.**

- ✚ Competencia profesional del personal.
- ✚ Estandarización de los procesos.



- ✚ Identificar al responsable de prevenir cada riesgo.
- ✚ Reconocimiento a los logros.

### **5.6 Cambios para reducir riesgos**

- ✚ Implementar cultura de la seguridad en la institución.
- ✚ Evaluar y mejorar entorno laboral.
- ✚ Estandarizar y simplificar procesos.
- ✚ Mejorar la motivación intrínseca de los profesionales de la salud, ética profesional y normas.
- ✚ Uso de protocolos y listas de chequeo.
- ✚ Mejorar la información y retroalimentación.
- ✚ Evitar cambios frecuentes de profesional tratante Implementar estrategias de recordación
- ✚ Disminuir nombres parecidos o similares.
- ✚ Implementar código de barreras.
- ✚ Automatizar procedimientos.

## **6. Clasificación de los tipos de atención insegura que pueden causar eventos adversos<sup>11</sup>**

### **Tipo 1 relacionados con trámites administrativos para la administración en salud**

- ✚ No se realiza cuando este indicado
- ✚ Incompleta o insuficiente
- ✚ No disponible
- ✚ Paciente equivocado
- ✚ Proceso o servicio equivocado

### **Tipo 2 Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales**

- 
- ✚ No se realiza cuando este indicado
  - ✚ Incompleta o insuficiente
  - ✚ No disponible
  - ✚ Paciente equivocado
  - ✚ Proceso equivocado/ Trámite / Procedimiento
  - ✚ Parte de cuerpo equivocada

### **Tipo 3 Relacionada con fallos en los registros clínicos**

- ✚ Documentos que faltan o no disponibles

---

<sup>11</sup><http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>

- ✚ Retraso en el acceso a documentos
- ✚ Documentos para el paciente equivocado o documento equivocado
- ✚ Información en el documento confusa o incompleta

#### **Tipo 4 Infección ocasionada por la atención en salud**

- ✚ Torrente sanguíneo
- ✚ Zona Quirúrgica
- ✚ Absceso
- ✚ Neumonía
- ✚ Catéteres intravasculares
- ✚ Prótesis infectadas
- ✚ Urinaria Dren / sondas vesicales
- ✚ Tejidos blandos

**UNICOC**  
Institución Universitaria Colegios de Colombia

#### **Tipo 5 Relacionados con medicación**

- ✚ Paciente equivocado
- ✚ Medicamento equivocado
- ✚ Dosis / frecuencia incorrecta
- ✚ Formulación o presentación incorrecta
- ✚ Ruta equivocada
- ✚ Cantidad incorrecta
- ✚ Instrucciones incorrectas
- ✚ Contraindicación
- ✚ Almacenamiento incorrecto
- ✚ Omisión de medicamentos o dosis



- + Medicamento vencido
- + Reacción adversa al medicamento

### **Tipo 6 Relacionada con sangre o sus derivados**

- + Paciente equivocado
- + Sangre equivocada
- + Dosis o frecuencia incorrecta
- + Cantidad incorrecta
- + Instrucción incorrecta
- + Contraindicado
- + Almacenamiento incorrecto
- + Omisión a medicamentos o dosis
- + Sangre vencida

### **Tipo 7 Relacionado a dietas o dispensación de alimentos**

- + Paciente equivocado
- + Dieta equivocada
- + Cantidad incorrecta
- + Frecuencia incorrecta
- + Consistencia incorrecta
- + Almacenamiento incorrecto

### **Tipo 8 Relacionado con la administración de oxígeno**

- + Paciente equivocado
- + Gas equivocado

- ✚ Flujo y concentración
- ✚ Modo de entrega equivocado
- ✚ Contraindicación
- ✚ Almacenamiento incorrecto
- ✚ Fallas de administración
- ✚ Contaminación

### **Tipo 9 Relacionados con dispositivos y equipos médicos**

- ✚ Presentación y embalaje deficientes
- ✚ Falta de disponibilidad
- ✚ Inapropiado para la tarea
- ✚ No estéril/ sucio
- ✚ Fallas / mal funcionamiento
- ✚ Desalojado/ desconectado/ eliminado
- ✚ Error de uso

### **Tipo 10 Relacionado con las creencias o comportamiento del paciente**

- ✚ Incumplimiento de normas o falta de cooperación
- ✚ Desconsiderado/ rudo / hostil / inapropiado
- ✚ Arriesgado / temerario / peligroso
- ✚ Problema con el uso de sustancias
- ✚ Acoso
- ✚ Discriminación y perjuicio
- ✚ Autolesionante / suicida

### **Tipo 11 Caídas de pacientes**

- ✚ Unidad odontológica
- ✚ Cama
- ✚ Silla
- ✚ Camilla
- ✚ Baño
- ✚ Equipo terapéutico
- ✚ Escaleras /Escalones
- ✚ Siendo llevado por otra persona

### **Tipo 12 Accidentes de pacientes**

- ✚ Contundente
- ✚ Corta penetrante
- ✚ Otras fuerzas mecánicas
- ✚ Temperaturas
- ✚ Amenazas por la respiración
- ✚ Exposición a sustancias químicas u otras sustancias
- ✚ Otros mecanismos específicos de lesión
- ✚ Exposición a efectos de la naturaleza

### **Tipo 13 Relacionados con la infraestructura o e ambiente físico**

- ✚ Inexistente / inadecuado
- ✚ Daños / defectuoso /desgastado



## **Tipo 14 Relacionados con la gestión de recursos o con la gestión organizacional**

- ✚ Relacionados con la carga de trabajo
- ✚ Disponibilidad de los servicios
- ✚ Disponibilidad de personal
- ✚ Organización de equipos
- ✚ Protocolos/ políticas/ procedimientos/ disponibilidad de guías



**UNICOC**  
Institución Universitaria Colegios de Colombia

## **7. MARCO NORMATIVO**

- Constitución Nacional, artículo 49 establece que la salud es un derecho fundamental y un servicio público y en desarrollo del mismo el Congreso de la Ley 100 de 1993, a través de la cual creó el Sistema de Seguridad Social Integral, en el libro segundo establece a partir del artículo 152 y siguientes el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ley 100 de 1993, en su artículo 153 en el numeral 9º indica que el Sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la Calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.
- Decreto 2174 de 1996, modificado por el 2309/02 organiza el Sistema de Garantía de Calidad, aplicable a todas las personas naturales y jurídicas que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se desarrolla mediante las resoluciones 1439 y 1474.
- Ley 872 de 2003, "Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en las prestación de los servicios a cargo de las entidades y gentes obligados", en su artículo 2 establece la obligatoriedad del desarrollo y funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad en 55 todos los

organismos y entidades del Sector Central y del Sector Descentralizado por servicios de la Rama Ejecutiva del poder público del orden nacional, corporaciones autónomas regionales, entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral.

- Decreto 4110 del 09 de diciembre de 2004, se reglamenta la Ley 872 de 2003 y en su artículo 1° adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, la cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos, entidades y agentes obligados conforme al artículo 2° de la Ley 872 de 2003.
- Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 es parte integrante del decreto 4110.
- Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, "Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005, en su artículo 1 establece la obligación de adoptar el MECI 1000:2005, el cual forma parte del citado decreto.
- Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006 se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que define las normas, requisitos, mecanismos y procesos desarrollados en el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. 56
- Resolución 1043 de 2006 exige en los estándares de habilitación el seguimiento a riesgos institucionales relacionados con procesos de control y



seguimiento a los principales riesgos de cada uno de los servicios que ofrece la institución.

- Resolución 1446 de 2006, establece a nivel del sistema de información de monitoria interna el seguimiento de los eventos adversos que se vigilan al interior de los actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- Resolución 1445 de 2006, se establecen los estándares de acreditación dirigidos hacia la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos.
- Ley 1122 de 2007 (enero 9) por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1441 de 2013

## **8. MARCO CONTEXTUAL**

### **8.1 Protocolo para la Implementación del reporte de Evento Adverso orientada al área de Odontología**

#### **8.1.1 Alcance**

Este protocolo va dirigido al personal que interviene en los procesos y procedimientos del área de odontología, que en el ejercicio de sus funciones puede identificar y gestionar los incidentes y eventos adversos sucedidos durante la atención clínica. Puede servir como guía para las instituciones de salud, para el diseño de sus programas de detección, identificación y puesta en marcha de las medidas que se deben tomar como garantía de la atención segura del paciente.

#### **8.2 Responsables**

Funcionarios auxiliares, técnicos, profesionales, especialistas, de las áreas asistenciales y administrativas que desempeñan sus funciones en el área de atención odontológica.

#### **8.3 Resultados esperados**

- ✓ Reporte oportuno de todos los indicios de atención insegura que se presenten durante la atención Odontológica o tiempo de consulta
- ✓ Identificación oportuna de todos los eventos adversos sucedidos dentro de las clínicas prestadoras de servicio odontológico
- ✓ Realizar el direccionamiento adecuado de los reportes
- ✓ Gestión de los incidentes y eventos adversos, que incluya, la atención integral y oportuna del paciente de acuerdo con las Guías y Protocolos de

atención que le apliquen y la implementación de acciones de mejora con el fin de prevenir eventos similares en el futuro.

#### **8.4 Materiales**

- ✓ Historia Clínica manual (Incluye cualquier registro generado en físico).
- ✓ Historia Clínica sistematizada (En caso de contar con este apoyo sistematizado).
- ✓ Formato Único de Reporte de Eventos Adversos (diseñado por cada entidad o institución)
- ✓ Consolidado de reporte y gestión del Evento Adverso. (Archivo Excel)

#### **8.5 Funciones**

- ✓ Paso No. 1: Identificar la presencia de un indicio de atención insegura. Responsable: Funcionarios del área asistencial y administrativa de la entidad o institución. En cualquier contacto (asistencial o administrativo) los funcionarios deberán tener presente la posibilidad de una atención insegura y estar atentos a identificar los indicios de ella.
- ✓ Paso No. 2: Atender prioritariamente al paciente. Responsable: Funcionarios del área asistencial y administrativa de la entidad o institución que identifican la situación.
  - a) Si la situación presentada corresponde a un indicio de atención insegura, el funcionario deberá realizar de forma inmediata el manejo requerido para atender la necesidad del paciente (bien sea esta asistencial o administrativa).



- b) En caso que la situación presentada sea de origen asistencial, garantizar la atención del paciente, tomar las medidas necesarias para evitar que el paciente siga sufriendo las consecuencias de una atención insegura y registrar claramente en la historia clínica la atención ofrecida.
- ✓ Paso No. 3: Reportar la situación presentada. Responsable: El funcionario asistencial o administrativo que identificó la situación.
- a) Una vez se haya realizado la atención del paciente, el funcionario debe realizar el reporte en el formato único de reporte de eventos adversos (diseñado por la entidad o institución.). El diligenciamiento del formato se debe realizar en forma completa, teniendo en cuenta todos los ítems, explicando detalladamente tanto el suceso como las acciones que se tomaron frente a la ocurrencia del evento. Importante no olvidar registrar los dos apellidos del paciente, el número y tipo de identificación y el centro de atención en donde se presentó la situación.
- b) Si el suceso está relacionado con medicamentos es necesario que se diligencien en forma completa los datos correspondientes a lote, registro de Invima, fecha de vencimiento, laboratorio, motivo de la prescripción, dosis, vía de administración, fecha de inicio, fecha final, diagnóstico, peso, talla y estado de embarazo.
- c) Si el suceso está relacionado con un dispositivo médico, se debe registrar lote, registro de Invima y si es un equipo biomédico, registrar además serie, activo.

- d) Si es de origen administrativo, el funcionario debe registrar en el formato único de reporte de eventos adversos, la atención ofrecida al usuario.

- ✓ Paso No. 4: Entregar el formato de reporte completamente diligenciado.

Responsable: El funcionario que identificó la situación.

- a) Una vez diligenciado completamente el formato, el funcionario debe realizar la entrega de dicho documento, a su superior inmediato, a través de los canales de comunicación ya establecidos.
- b) Si la situación presentada cumple con los criterios para considerarse como un evento adverso centinela, el funcionario debe comunicarlo **INMEDIATAMENTE** a su superior inmediato.

- ✓ Paso No. 5: Revisar y direccionar los reportes. Responsables: Gestores y jefes de área.

- a) Los gestores o jefes de área deben dar lectura a la totalidad de los formatos que reciben, con el propósito de instaurar mejoras inmediatas para aquellas situaciones que así lo requieran y conocer los pormenores en el funcionamiento de los servicios que pudieron dar origen a atenciones inseguras.
- b) El gestor o jefe de área debe remitir la totalidad de los formatos a la Unidad de Gestión de Calidad.
- c) Para los casos en los cuales el evento esté relacionado con un medicamento o un dispositivo médico, se entregará copia del reporte a la Sección Medicamentos y Dispositivos Médicos, por parte del jefe de área o gestor correspondiente.

- d) Para los casos en los cuales el evento esté relacionado con una probable infección asociada al cuidado de la salud, se entregará copia del reporte al referente de Infecciones del área de Epidemiología.
  - e) Para los casos en los cuales el evento esté relacionado con el uso de sangre o componentes sanguíneos, se entregará copia del reporte al referente de Hemovigilancia de la entidad o institución.
- ✓ Paso No. 6: Consolidar y clasificar los reportes. Responsables: Equipo de seguridad del paciente de la Unidad de Gestión de Calidad (Auditores).
- a) Ingresar los reportes recibidos en el archivo "Reportes Eventos Adversos año que corresponda".
  - b) Realizar la clasificación preliminar de los casos de acuerdo a la descripción del evento y la revisión de la historia clínica del usuario.
  - c) Solicitar el análisis y planes de mejora a las jefaturas o gestores, de los incidentes y eventos adversos no serios y convocar un comité de seguridad del paciente con los integrantes del Comité a que haya lugar, para analizar los casos que así lo ameriten, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Acta de conformación del Comité de Seguridad Del Paciente.
- ✓ Paso No. 7: Analizar y reclasificar los reportes. Responsables: Equipo de seguridad del paciente de la Unidad de Gestión de Calidad (Auditores) y/ o jefe o gestor.
- a) Realizar el análisis correspondiente de los casos presentados, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Acta de conformación del Comité de Seguridad del Paciente y la metodología definida en el Programa de Seguridad del Paciente; se realizará Protocolo de Londres 4, a los casos



preclasificados como Eventos Adversos Prevenibles moderados a severos o como eventos centinela, si no se ha hecho ya el análisis en otro contexto.

- b) Tras realizar el análisis del reporte, el equipo clasifica el caso como: Incidente, Complicación, Evento Adverso Prevenible, Evento Adverso No Prevenible o Atención Segura.
- ✓ Paso No. 8: Realizar planes de mejoramiento. Responsables: Gestores y jefes de área.
- a) El gestor o jefe de área con base en el análisis realizado, las fallas detectadas y/o las recomendaciones generadas (cuando no aplique Comité), definirá e implementará los planes de mejoramiento que permitan disminuir el riesgo en situaciones similares. Las mejoras deben estar encaminadas a establecer barreras de seguridad o mejorar las ya existentes que se identificaron como insuficientes. Las mejoras propuestas deben quedar documentadas en el formato corporativo de Plan de mejoramiento.
- b) Cuando el caso sea analizado mediante Comité de Seguridad del Paciente, las mejoras deben ser concertadas en la misma sesión. Las mejoras propuestas deben quedar documentadas en el formato diseñado para cada institución o entidad de Plan de mejoramiento.
- c) En cualquiera de los dos casos, el gestor o jefe de área a la que corresponda implementar la mejora, debe remitir al equipo de seguridad del paciente de la Unidad de Gestión de la Calidad, los soportes de la ejecución del mismo, dentro del plazo establecido.

### **8.6 Seguimiento a planes de mejoramiento.**

**Responsables:** Equipo de seguridad del paciente de la Unidad de Gestión de Calidad (Auditores).

- a) Periódicamente, según lo establecido en el formato de Plan de Mejoramiento correspondiente, el equipo de seguridad del paciente de la Unidad de Gestión de Calidad realizará la verificación de la implementación de las actividades de mejoramiento. La efectividad de las mismas se establecerá a través de la presencia o ausencia de nuevos eventos, por la misma causa.
- b) Los hallazgos del seguimiento deben quedar documentados y servirán de soporte para la medición del indicador RAE de seguridad del paciente

### **8.7 Cuidados especiales**

- ✓ Cuando durante el proceso de atención, un funcionario sufre un accidente o lesión, se debe seguir el Protocolo institucional de ATEP (Accidente de trabajo y enfermedad profesional).
- ✓ Cuando durante el proceso de atención de un usuario, un familiar o acompañante (no afiliado) sufre un accidente o lesión, se debe seguir el Procedimiento corporativo de accidente usuario.
- ✓ Para la atención de los pacientes que lo requieran, se debe seguir las pautas establecidas por los Protocolos de consentimiento informado de las instituciones o entidades.
- ✓ En los casos de evento adverso centinela el reporte debe ser de manera INMEDIATA, una vez la jefatura respectiva recibe el reporte, junto con el jefe

de la unidad de calidad, revisan el caso para informar a las instituciones o entidades y determinar la activación del comité de crisis.

### **8.8 Riesgo del procedimiento**

- ✓ No realizar el reporte del suceso identificado.
- ✓ Diligenciamiento inadecuado o incompleto del formato para reporte de eventos adversos.
- ✓ No registro adecuado en la historia clínica.
- ✓ No entregar el reporte al funcionario indicado.
- ✓ Demora en el análisis de los casos y en la implementación de planes de mejoramiento.
- ✓ No implementación de los planes de mejoramiento.
- ✓ Implementación de un plan de mejoramiento que no refuerce una barrera de seguridad

### **8.9 Acciones correctivas**

- ✓ Divulgar la política de seguridad del paciente y el protocolo de identificación, reporte y gestión del evento adverso.
- ✓ Retroalimentación al funcionario sobre el adecuado diligenciamiento del formato.
- ✓ Retroalimentación al funcionario sobre el adecuado diligenciamiento de la historia clínica.
- ✓ Estrategia para priorización de casos, teniendo en cuenta los eventos adversos prevenibles graves y/o centinelas.



- ✓ Intervención del comité central de seguridad del paciente, conformado por el Subdirector y los jefes de departamento de la institución o entidad.



**UNICOC**  
Institución Universitaria Colegios de Colombia

## **CONCLUSIONES**

Al realizar el análisis de cada uno de los conceptos y términos presentados durante la elaboración del presente documento, se comprende la importancia de la prevención que cada institución o entidad prestadora de salud, debe tener como objetivo primordial dentro de sus instalaciones. La seguridad del paciente se convierte en uno de los pilares fundamentales dentro de los prestadores de servicios de salud, ya que es el factor número uno como indicador de calidad y con el cual será evaluada las practicas ejercidas durante la ejecución de los ejercicios profesionales dentro de las consultas.

Es importante socializar a los funcionarios los procesos y protocolos que se pretenden implementar en las entidades o instituciones, como parte de la capacitación que todo personal sea administrativo o asistencial garantizando de este modo las intervenciones o practicas seguras que encaminen el servicio a la obtención de resultados positivos, procedimientos de calidad y cumpliendo con el objetivo principal de preservación de la seguridad de los pacientes y sus familias.

### **Bibliografía**

- FRANCO, A. L. (Abril 2006). *Fundamentos de seguridad del paciente para disminuir errores medicos*. Primera edición. . Cali- Colombia .: Consultado [30 Julio 2016].
- Miisterio de la proteccion Social. (2008). *Clasificación de los tipos de atención insegura que pueden causar eventos adversos*. Bogota - Colombia: consultado [ del 30 Julio 2016 al 3 Agosto 2016 de <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>].
- Ministerio de la Proteccion Social. (2008). *Lineamientos para la implementacion de la Política de Seguridad del Paciente*. Bogota - Colombia: Consultado [ 1,2,3 Agosto 2016].
- Ministerio de la proteccion social. (2010). *Guia tecnica Buenas practicas para la seguridad del paciente en la atencion en salud*. Bogota - Colombia: Consultado [ del 30 julio a 3 Agosto 2016].
- Miniterio de la proteccion social. (2007). *Herramientas para promover la seguridad del paciente*. Bogota - Colombia: consultado [ 29, 30 Julio 2016].
- Muñoz, L. (2015). *Tipologia de Evento Adverso*. consultado [1 Agosto 2016].
- OMS, consejo Ejecutivo. (2001). *Calidad de la atencion: Seguridad del paciente, Informe secretaria*. Bgota- Colombia: Consultado [1, 2 , 3 Agosto 2016].
- Social., M. d. (Año 2013). *La seguridad del paciente y la atención segura*. Bogota- Colombia: consultado [ Julio 29 a Agsto 3 2016].
- Social., M. d. (Noviembre 2008). *Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente*. . consultado[ 29 Julio al 3 Agosto 2016].