

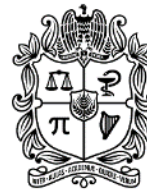


PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. Información General del Documento



<p>Objetivo:</p>	<p>1. Garantizar la calidad de los servicios de salud mediante la adopción de herramientas que fortalezcan las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro, para prevenir y disminuir el riesgo de eventos adversos en la atención en salud brindada a los pacientes.</p> <p>2. Construir e incorporar en el quehacer cotidiano de todos los involucrados (comunidad universitaria y partes interesadas), una cultura de seguridad del paciente, mediante la articulación de las funciones misionales, el Sistema de Bienestar Universitario y el Sistema de Seguridad del Paciente de la Universidad.</p>
<p>Alcance:</p>	<p>El Programa de Seguridad del Paciente de la Universidad Nacional de Colombia deberá implementarse en las dependencias con servicios habilitados (los cuales deberán contar con el registro en la plataforma REPS del ministerio de salud) para la prestación de servicios de salud humana y en los programas de las facultades de las áreas de la salud humana y psicología como parte del compromiso institucional con la formación de profesionales éticos y comprometidos con la seguridad del paciente.</p> <p>La Universidad Nacional de Colombia cuenta con 18 dependencias prestadoras de servicios de salud en sus 4 sedes andinas distribuidas así:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Área de Salud (con servicios de salud habilitados) en las sedes Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira. ● Unisalud con sus cuatro prestadores propios en las sedes Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira. ● Laboratorios de la Facultad de Medicina ubicados en la sede Bogotá: Centro de la Comunicación Humana, Laboratorio del Movimiento Corporal Humano, Laboratorio de la Ocupación Humana, Laboratorio de Lípidos y Diabetes, Laboratorio de Micobacterias y Cámara de Gesell. ● Facultad de Odontología ubicada en la sede Bogotá. ● Servicio de Atención Psicológica SAP, de la Facultad de Ciencias Humanas ubicada en la sede Bogotá. ● Instituto de Genética, laboratorio de citogenética en la sede Bogotá. <p>A continuación, se presenta información con el fin de contextualizar acerca de la diversidad, características y servicios ofertados por las diferentes dependencias que prestan servicios de salud en la Universidad Nacional de Colombia y que se encuentran ubicadas en las sedes andinas.</p> <p>Área de salud (con servicios de salud habilitados): es un servicio de apoyo a la comunidad universitaria estudiantil que brinda atención básica en medicina, odontología, psicología, optometría, enfermería, atención prioritaria, entre otros.</p> <p><u>Unisalud</u>: es la Unidad de Servicios de Salud especializada de la Universidad Nacional de Colombia, la cual es responsable de garantizar el bienestar de sus afiliados en materia de seguridad social en salud. La Unidad presta servicios de primer nivel de complejidad y algunos de segundo nivel en sus prestadores propios de las cuatro</p>



sedes andinas de la Universidad. Los servicios son ofertados dependiendo de los recursos disponibles en cada sede.

Instituto de Genética: esta dependencia ofrece servicios especializados en las áreas clínicas, forenses, de biodiversidad y asesorías en el campo genético. Cuenta actualmente con los siguientes servicios: consulta médica en genética clínica, Laboratorio de Análisis Citogenético (cariotipo), Laboratorio de Identificación Humana, Servicio de Secuenciación y Análisis Molecular – SSiGMOL.

Servicio de Atención Psicológica - SAP: esta dependencia juega un papel fundamental como centro de práctica para los estudiantes de psicología. Cuenta con los siguientes servicios: Psicoterapia (individual, familiar, pareja), Intervención en situaciones de crisis, Intervenciones grupales (habilidades sociales, manejo de la ira, regulación emocional), evaluación cognoscitiva, del desarrollo, de personalidad y Orientación vocacional individual y grupal.

Facultad de odontología: se realizan prácticas de pregrado y postgrado bajo la supervisión de los docentes, para los servicios de: rehabilitación oral, endodoncia, periodoncia, ortodoncia y ortopedia maxilar, cirugía oral, operatoria dental estética, odontopediatría. Se cuenta con un centro de imágenes diagnósticas.

Laboratorio de Micobacterias: laboratorio de la Facultad de Medicina que ofrece el servicio de procesamiento de muestras para análisis específico de micobacterias: Baciloscopia, Cultivo para micobacterias, Identificación molecular de Micobacterias, método molecular PRA, PCR para diagnóstico de tuberculosis, Detección rápida de Multidrogoresistencia, Prueba de Tuberculina.

Laboratorio de la Ocupación Humana: es un espacio de desarrollo académico, investigativo y de extensión, que brinda servicios de terapia ocupacional a la comunidad.

Centro de la Comunicación Humana: en esta dependencia se realizan prácticas del pregrado de Fonoaudiología y la maestría en Neurociencias. Brinda servicios de salud en los campos de habla, lenguaje y audición. Se encuentra habilitado para prestar servicios de fonoaudiología y terapia del lenguaje.

Laboratorio del Movimiento Corporal Humano: dependencia que presta el servicio de consulta externa en Fisioterapia con Valoración Integral, Asistencia Individual y Asistencia Grupal.

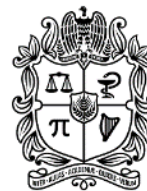
Cámara de Gesell: el propósito de esta dependencia es brindar atención diagnóstica y terapéutica a pacientes con dificultades de salud mental y Psiquiatría, mediante el servicio de consulta externa especializada, con el apoyo de estudiantes de pregrado y posgrado de medicina.



	<p><u>Laboratorio de Lípidos y Diabetes:</u> a través de los servicios de consulta externa en medicina general, endocrinología, nutrición y terapia física, esta dependencia atiende a personas con diagnóstico de diabetes y dislipidemia.</p> <p>Es importante mencionar que el presente programa aplica a las dependencias según los servicios habilitados y su tamaño y condiciones particulares.</p>
Justificación (Opcional):	<p>La Seguridad del Paciente, es definida por la Organización Mundial de la Salud, como 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 minimizar sus consecuencias; por lo tanto tiene una importancia crucial a lo largo de todo el proceso asistencial y administrativo en todos los niveles de atención y con todas las modalidades de prestación de los servicios de salud.</p> <p>Sin embargo, a pesar de los lineamientos dados por los organismos internacionales y nacionales en el área de la salud, los pacientes siguen sufriendo daños en el proceso de atención sanitaria. Si bien, la desaparición del riesgo en la atención en salud no es posible, es fundamental que se fomente un modo de actuar institucional que propenda por trabajar diariamente en torno a la Seguridad del Paciente, desarrollando una Cultura de Seguridad del Paciente tanto en la formación de los profesionales de las áreas de la salud como en la prestación de servicios de salud.</p> <p>El fomento de la Cultura de Seguridad del Paciente es uno de los objetivos primordiales para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la Universidad Nacional de Colombia, de modo que, a través de un entorno no punitivo, de aprendizaje, de confianza y de mejora continua de los procesos se logre brindar una atención cada vez más segura a los pacientes. Para lograrlo, se debe a su vez promover el reporte de los indicios de atención insegura dentro de las dependencias prestadoras de servicios de salud de la Universidad; para así conocer las fallas en los procesos que puedan facilitar la ocurrencia del error y de un evento adverso.</p> <p>Por lo tanto, la responsabilidad de la Universidad Nacional de Colombia, va más allá del compromiso derivado de la prestación de servicios de salud en sus dependencias e involucra su objetivo misional en la formación de profesionales de las áreas de la salud; quienes requieren el desarrollo de habilidades clínicas y la ética profesional para propender por el bienestar de los pacientes, así como además pueden aportar a la creación de conocimiento que favorezca la realización de estudios basados en la evidencia en temas de Seguridad del Paciente.</p> <p>La Resolución de Rectoría 663 de 2020¹ con modificaciones por la resolución 563 de 2023, crea el Sistema de Seguridad del Paciente en la Universidad Nacional de Colombia y deroga las resoluciones previas en lo relacionado con la Política y el Comité Nacional de Seguridad del Paciente, los cuales quedaron contemplados en los Capítulos III y IV de la Resolución mencionada.</p>



	<p>La creación del Sistema de Seguridad del Paciente en la Universidad Nacional de Colombia no sólo vuelve explícito el compromiso de las directivas de la Universidad con la seguridad del paciente a través de estándares elevados de calidad en la prestación de servicios de salud; sino con la formación de profesionales de las áreas de la salud éticos y conscientes de la importancia de no hacer daño, como parte fundamental de la práctica clínica.</p> <p>Es a través del Programa de Seguridad del Paciente que se da cumplimiento a la normatividad vigente, proporcionando los lineamientos a seguir en lo relacionado con las prácticas seguras que son transversales a las dependencias habilitadas de la Universidad; pero también, que se definen herramientas para el fortalecimiento de la Cultura institucional de seguridad tanto en la prestación de servicios de salud, como en los programas de las áreas de la salud y psicología, así como también en la comunidad universitaria en general.</p>
<p>Definiciones:</p>	<p>Atención en salud: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.²</p> <p>Acción correctiva: acción que elimina la causa de un evento adverso u otra situación no deseada, la cual debe ser tomada con el fin de prevenir la recurrencia del evento adverso. ³</p> <p>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 unas o varias acciones inseguras, las cuales tienen dos características esenciales: a) La atención se aparta de los límites de una práctica segura. b) La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente. ³</p> <p>Acción preventiva: acción que previene la ocurrencia del evento o incidente adverso³</p> <p>Adherencia: capacidad de alcanzar unión entre dos cosas, para efectos institucionales, lograr concordancia entre lo documentado y lo implementado.³</p> <p>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. ³</p> <p>Barrera de Seguridad: una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso. ³</p> <p>Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente: herramienta para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud. ³</p> <p>Calidad: grado en que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad que se produzcan los efectos buscados en la salud y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento. ³</p> <p>Comité de Seguridad del Paciente: instancia administrativa que actuará como un comité de carácter consultivo y decisorio, en la adopción e implementación de lineamientos y estrategias en materia de seguridad del paciente en la Institución. ³</p> <p>Cultura de seguridad: Es la manera como se combinan armónicamente en una</p>



organización los principios, valores, actitudes, aptitudes, conocimientos, habilidades, comportamiento y normas por parte de sus integrantes en forma individual y grupal; lo cual determina la manera más adecuada como se aborda la seguridad del paciente en la Universidad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, dependencias de la Universidad y la comunidad universitaria. Es deber de los diferentes actores de la Universidad facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.¹

Equipo de atención en salud: es el conjunto de profesionales, técnicos y tecnólogos encargados de manera conjunta, pero con el desarrollo de diferentes responsabilidades y actividades, del proceso de atención en salud de los pacientes.³

Evento Adverso: es la lesión o daño no intencional que se le produce a un paciente mientras se le atiende. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.²

Gestión del riesgo: el proceso de gestión de riesgos es la aplicación sistemática de políticas, procedimientos y prácticas de gestión establecer el contexto, identificar, analizar, evaluar, tratar, monitorear y revisar el riesgo.³

Guía de buenas prácticas en seguridad del paciente guía técnica no. 001 Recomendaciones que pueden tener en cuenta las Instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, que buscan: - Obtener procesos institucionales seguros - Obtener procesos asistenciales seguros - Involucrar a los pacientes y sus allegados en su seguridad - Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.³

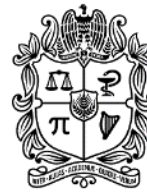
Incidente relacionado con la seguridad del paciente: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.¹

Indicio de Atención Insegura: acontecimiento o circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o un evento adverso.³

Mejoramiento continuo: es una herramienta de administración de la calidad que aporta a la competitividad de las organizaciones a lo largo del tiempo, mediante la aplicación constante de mejoras en cada una de las áreas y procesos de la organización.³

Paquete instruccional: herramientas basadas en el diseño instruccional (instruccional design) que generan especificaciones instruccionales por medio del uso de diversas opciones pedagógicas que permiten el fortalecimiento de competencias técnicas y operativas fundamentales en la práctica de la atención en salud y la seguridad del paciente.³

Programa de Seguridad: se entiende como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propende por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención de salud, maximizar la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran, reaccionar adecuadamente ante su ocurrencia y/o mitigar sus consecuencias. De igual forma, se incluyen todas las acciones encaminadas a la detención de incidentes que eventualmente pueden conducir a Eventos Adversos y el seguimiento a sus posibles consecuencias a fin de prevenir la ocurrencia de estos³.



	<p>Protocolo de Londres: protocolo para investigación y análisis de incidentes clínicos basado en el modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos.³</p> <p>Riesgo: es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.³</p> <p>Seguridad del paciente: reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. ¹</p>
<p>Documentos de Referencia:</p>	<p>Seguridad del Paciente en Colombia</p> <p><u>Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia</u> ⁴. Ministerio de Salud y Protección Social, noviembre de 2008.</p> <p><u>Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente</u> ⁵, Ministerio de Protección Social, 2007.</p> <p><u>Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud</u> ⁶. Ministerio de Salud y Protección Social, 2010.</p> <p><u>El Decreto 780 de 2016</u> ⁷ Art 4.1.1 del Ministerio de Salud y Protección Social⁸, el cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, define los cuatro componentes del sistema:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sistema Único de Habilitación. ● Sistema Único de Acreditación. ● Sistema de Información para la Calidad en Salud. ● Auditoría para el Mejoramiento Continuo. <p>El Decreto define los atributos de calidad, a saber: pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y seguridad.</p> <p>Por otra parte, define Seguridad del Paciente como 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.</p> <p>A través del Sistema Único de Acreditación en Salud, en el 2005, se introdujo por primera vez la Seguridad del Paciente como requisito de entrada a las instituciones que quisieran acreditarse, exigiendo contar con un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual condujo a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un Programa de Seguridad del Paciente.</p> <p>Posteriormente, el componente de Habilitación definió como requisito mínimo a los prestadores de servicios de salud, la implementación de la política y el programa institucional de seguridad del paciente; así como las buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas como prioritarias.</p>



Resolución 256 de 2016⁸ del Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

A través del Sistema Único de Habilitación, que es la puerta de entrada al sistema y por lo tanto de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud, se establecen los lineamientos para el aseguramiento de la Seguridad del Paciente en los diferentes servicios de salud.

La Resolución 3100 de 2019⁹ del Ministerio de Salud y Protección Social, vigente a la fecha de realización de este documento, define los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, así como también el manual de inscripción de prestadores y de habilitación de los servicios.

Las condiciones tecnológicas y científicas tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unas condiciones esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios de salud, a partir de los estándares de habilitación. Estos estándares se enfocan en el riesgo, delimitan el punto en el cual los beneficios superan a los riesgos y su no cumplimiento implica probabilidad de que un riesgo se materialice afectando el estado de salud y la dignidad del paciente, por lo tanto, no pueden ser sustituibles por otro requisito. La no obligatoriedad implicaría que el Estado permite la prestación de un servicio de salud aun sabiendo que el usuario está en inminente riesgo, de esta forma no permiten la presentación de planes de mejora para su cumplimiento y su fin último es la seguridad del paciente.

Teniendo en cuenta lo anterior, las implicaciones del incumplimiento de los estándares traen las siguientes consecuencias:

- Eventos adversos para los pacientes.
- Costos sociales, institucionales, para el paciente, etc.
- Cierre de espacios de prácticas académicas.
- Cierre de servicios de salud.
- Sanciones legales y económicas.
- Impacto sobre los procesos de acreditación de programas e instituciones.

Resolución 2020007532 de 2020. Por la cual se actualiza el programa nacional de reactivo vigilancia.

Resolución 1403 del 2007. Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones que están relacionadas con el programa Nacional de Farmacovigilancia.

Decreto 2200 de 2005. Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. Este decreto tiene por objeto regular las actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico entre las que se encuentra: Participar en



la creación y desarrollo de programas relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos, especialmente los programas de farmacovigilancia.

Decreto 677 de 1995 del Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Por el cual se reglamenta parcialmente el Régimen de Registros y Licencias, el Control de Calidad, así como el Régimen de Vigilancia Sanitarias de Medicamentos, Cosméticos, Preparaciones Farmacéuticas a base de Recursos Naturales, Productos de Aseo, Higiene y Limpieza y otros productos de uso doméstico y se dictan otras disposiciones sobre la materia.

Decreto 4725 de 2005. Define a los dispositivos médicos de cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado solo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación.

Resolución 434 de 2001 del Ministerio de Salud. “Por la cual se dictan normas para la evaluación e importación de tecnologías biomédicas, se definen las de importación controlada y se dictan otras disposiciones”. Artículo 2: la presente resolución tiene por objeto establecer metodologías y procedimientos de evaluación técnica y económica, así como aquellos que permitan determinar la más eficiente localización, de tecnología biomédica y determinar los criterios para su importación o adquisición y adecuada incorporación a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que garantice la calidad de la atención en salud, basado en criterios de calidad de la atención en salud y costo-efectividad.

Resolución 4816 de 2008. Por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecnovigilancia. Artículo 10° y 12°.

Decreto 3275 de 2009 de la presidencia de la república. “Por el cual se modifica el artículo 1 y se adiciona un parágrafo al artículo 18 del Decreto 4725 de 2005”. Al objeto y ámbito de aplicación de la resolución 4725 del 2005 se le adiciona que se exceptúa del cumplimiento de las disposiciones contenidas en ese decreto a los reactivos de diagnóstico In Vitro y a los dispositivos médicos sobre medida.

Seguridad del Paciente en la Universidad Nacional de Colombia

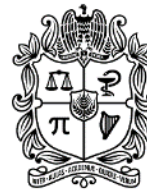
Política Institucional de Seguridad del Paciente de la Universidad Nacional de Colombia.

La Universidad Nacional de Colombia con el compromiso de la Alta Dirección articula, coordina y comunica desde el nivel Nacional, un modelo estandarizado de cooperación y participación responsable de los diversos actores que hacen parte del sistema de atención en salud, para sensibilizar, promover, concertar y coordinar acciones efectivas en seguridad del paciente para mejorar la calidad de la atención en salud y garantizar el respeto de los derechos de los pacientes.

Un factor importante en este compromiso es reconocer que los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Por lo tanto, es necesario identificarlos y estudiarlos para evitar y minimizar sus efectos en los pacientes, en concordancia con la Política de Seguridad del Paciente promovida por



	<p>el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS).</p> <p>Esta política involucra a todos los miembros de la comunidad universitaria directamente implicados en la prestación de los servicios de salud en nombre de la Universidad Nacional de Colombia, como son: la Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia- UNISALUD-, las Áreas de Salud de la Dirección de Bienestar Universitario, los servicios de salud que se prestan en las diferentes dependencias de la Universidad (Facultades de Medicina, Odontología, Ciencias Humanas, Instituto de Genética, laboratorios y todos aquellos que participen en actividades de docencia-servicio en el área de salud).</p> <p>La Universidad Nacional de Colombia, además de cumplir con sus principios institucionales se adhiere y desarrolla los principios establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la implementación de la Política de Seguridad del paciente.</p> <p>La Universidad Nacional de Colombia en su planeación estratégica engloba componentes esenciales como: la implementación de la política, un equipo funcional líder del programa de seguridad del paciente, la designación de un docente como coordinador nacional, la construcción de una cultura de seguridad del paciente, un sistema institucional de reporte y gestión de eventos relacionados con la seguridad del paciente: incidentes y eventos adversos, la creación, adopción o adaptación y seguimiento a la adherencia de guías para prácticas de atención seguras.</p> <p>Con el fin de implementar el Programa de Seguridad del Paciente se han definido tres ejes conductores, que permiten agrupar y viabilizar las acciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos. Estos impactarán las tres áreas misionales de la universidad en varios de sus procesos y la totalidad de sus sedes y dependencias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Construcción y fomento de la cultura de Seguridad del Paciente. 2. Gestión del riesgo en la atención en salud. 3. Promoción de la Seguridad del Paciente.
<p>Condiciones Generales:</p>	<p>Cada programa de las facultades de las áreas de la salud, psicología, y dependencias de la Universidad Nacional de Colombia que cuente con servicios de salud habilitados deberá:</p> <p>Definir un equipo o delegar un comité que asumirá los aspectos relacionados con la seguridad del paciente y documentará adecuadamente el contenido de sus sesiones.</p> <p>Designar formalmente un responsable de seguridad del paciente quién será el encargado de implementar el programa de seguridad del paciente según aplique, con base en la Guía “Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente en la Atención</p>



	<p>en Salud” del Ministerio de la Protección Social. Dicha guía señala cuatro componentes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Implementar procesos institucionales seguros.2. Implementar procesos asistenciales seguros.3. Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.4. Involucrar los pacientes y sus allegados. <p>Fomentar y fortalecer la cultura de Seguridad del Paciente mediante la divulgación y cumplimiento de la normatividad, de su política de Seguridad, así como los procesos de sensibilización e inclusión de tales temáticas en los planes de estudio.</p> <p>En lo relacionado con los reportes de incidentes o eventos adversos:</p> <p>Cada programa de las facultades de las áreas de la salud, psicología, y dependencias de la Universidad Nacional de Colombia que cuente con servicios de salud habilitados contará con un profesional responsable de seguridad del paciente, quién será el encargado de recolectar, clasificar y priorizar los reportes.</p> <p>Debido a su responsabilidad como prestadores directos y/ o soporte de los servicios de salud en las dependencias habilitadas, a los profesionales y estudiantes de áreas de la salud, así como los servidores administrativos, les corresponde dar cumplimiento a las acciones contenidas en el programa de Seguridad del Paciente. Igualmente, serán ellos desde su visión y contacto directo con el paciente quienes podrán contribuir en el reporte de eventos adversos dentro de una cultura de mejora continua.</p> <p>Los reportes deberán hacerse en el formato/aplicativo establecido de gestión de los eventos adversos, cumpliendo con una información mínima: perfil del reportante, nombre del paciente, número de identificación, edad, género, fecha y hora del suceso, servicio donde ocurrió, descripción del suceso, acciones inseguras identificadas y/o fallas en las barreras de seguridad.</p> <p>La custodia y confidencialidad de los reportes debe garantizarse como parte de los registros clínicos del paciente.</p> <p>Las circunstancias por reportar incluyen: indicios de acción insegura, acción insegura, cuasi-incidente, incidente (sin daño), evento adverso (incidente con daño), evento adverso a medicamento, evento adverso asociado al uso de un dispositivo médico, incidente adverso asociado al uso de un dispositivo médico, efectos indeseados por reactivos de diagnóstico “in vitro”, evento supuestamente atribuido a la vacunación o inmunización.</p>
--	--

Desarrollo del contenido



LINEAS DE ACCION DEL PROGRAMA

Las líneas de acción corresponden a la operativización del programa de seguridad del paciente en las dependencias y programas de las facultades de las áreas de la salud, psicología y demás dependencias con servicios de salud habilitados de la Universidad Nacional de Colombia.

1. Cultura de seguridad.
2. Gestión de la seguridad.
3. Procesos asistenciales seguros.
4. Buenas prácticas de seguridad del paciente.
5. Vigilancia (Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y reactivovigilancia).
6. Medición y seguimiento.

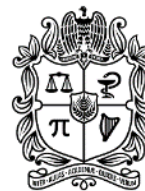
1. CULTURA DE SEGURIDAD

La Cultura de Seguridad es el conjunto de conocimientos y comportamientos compartidos por los colaboradores, sobre la importancia del bienestar y el cuidado de los pacientes, apoyados en procesos confiables y donde se promueve el aprendizaje, la responsabilidad y la ética profesional; y se empodera al personal para informar las fallas en el proceso de atención en salud, haciendo énfasis en los procesos y no sólo en el individuo.

La teoría de las Organizaciones Altamente Confiables¹⁰ (High Reliable Organizations: HRO), fue evaluada por la AHRQ para introducir el concepto de “Cultura de Seguridad” para los sistemas de salud. De acuerdo con la agencia, las características de las Organizaciones Altamente Confiables, las cuales son enumeradas a continuación, guardan una estrecha relación con los atributos desarrollados en las instituciones con Cultura de Seguridad implementada.

- a. Preocupación por el fracaso: todos los colaboradores deben ser conscientes de los errores y o riesgos en los procesos, de modo que siempre están en búsqueda activa ellos. Los líderes de organizaciones altamente confiables saben que no existen sistemas perfectos; lo cual implica transparencia, honestidad y sistemas de medición confiable y en evaluación permanente.
- b. Evitan simplificar: son instituciones donde se comprende y valora la complejidad del trabajo realizado y, por lo tanto, buscan la verdadera causa raíz de las fallas, para lo cual cuentan con personal entrenado en metodologías de análisis.
- c. Procesos vigilados: estas organizaciones conocen el trabajo realizado desde la primera línea del proceso, de modo que se detecta cualquier desviación de lo definido en el estándar. Tienen en cuenta que un pequeño cambio puede afectar la totalidad del sistema; por lo cual, saben del potencial de falla que también tienen las acciones de mejora.
- d. Compromiso con la resiliencia: las organizaciones altamente confiables fomentan la capacidad de identificar y contener el error para mejorar los procesos y adaptarse a los cambios, aprenden de todo tipo de eventos e incidentes, comparten modelos de atención exitosos, promueven la seguridad psicológica creando espacios de diálogo para compartir experiencias, e implementan el concepto de Cultura Justa donde todos los colaboradores expresan sin temor lo que consideran una amenaza para la seguridad del paciente.
- e. Reconocimiento a la experiencia: permiten a los colaboradores que puedan tomar decisiones de acuerdo con su experiencia y conocimiento, evitando jerarquías rígidas. Los líderes identifican quiénes en el proceso tienen habilidades y experticia para cada situación.

Así mismo, como parte de las herramientas brindadas por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia,



para orientar a los prestadores de servicios de salud en la implementación de las prácticas seguras, y los lineamientos definidos por la Organización Mundial de la Salud en materia de seguridad del paciente, se desarrollaron paquetes instruccionales. En el paquete denominado “Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente”¹¹, se pretende “desarrollar y fortalecer destrezas y competencias relacionadas con la promoción de la cultura de seguridad del paciente”. De acuerdo con los lineamientos del documento, el ambiente cultural al interior de las organizaciones debe favorecer:

- La reflexión organizacional sobre los temas de seguridad del paciente por medio de las rondas y las reuniones breves de seguridad del paciente.
- El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso.
- La sanción o la desaprobación del ocultamiento de un evento adverso ya que impide las acciones de mejoramiento.
- La información y el análisis de lo ocurrido con el paciente cuando sea pertinente.
- El énfasis en los resultados que se obtienen, antes de las acciones formales que se desarrollan.

1.1. Promoción de la Cultura de Seguridad en la Prestación de Servicios de Salud

De modo que, siguiendo las recomendaciones nacionales e internacionales se describen a continuación las diferentes estrategias que se proponen para la divulgación y fortalecimiento de la Cultura de Seguridad del Paciente en la Universidad Nacional de Colombia, en las dependencias donde se prestan servicios de salud. No sólo como parte del cumplimiento de los estándares mínimos de habilitación, sino como parte de su compromiso ético con la atención en salud de calidad y el mejoramiento continuo.

Estas estrategias no requieren un orden específico de implementación, sino que todas son fundamentales para la construcción y fortalecimiento de la Cultura de Seguridad.

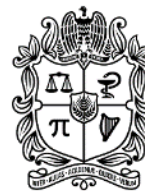
- **Liderazgo**

Para lograr una adecuada implementación del programa de seguridad del paciente y la promoción de una Cultura de Seguridad se debe contar con el compromiso de los líderes de las dependencias quienes designan un referente de seguridad del paciente, los cuales tienen las funciones descritas en la Resolución 563 de 2023.

Estos profesionales deberán velar por la aplicación de las prácticas seguras y el monitoreo de la implementación de los lineamientos del presente programa de seguridad del paciente. Así como también, realizarán los reportes asociados a situaciones que afecten la seguridad y fomentarán la cultura de la seguridad del paciente.

- **Rondas de Liderazgo**

Son un mecanismo que permite involucrar a las directivas con el trabajo operativo en sus dependencias. Las dependencias podrán ajustar la frecuencia de estas rondas de acuerdo con sus características, sin embargo, no se deberán realizar menos de dos al año. Estas rondas no deberán ser anunciadas y podrán realizarse en cualquier momento del horario de atención, esto con el objetivo de conocer la realidad del proceso de atención a los pacientes. En el recorrido se debe observar el proceso de atención para evidenciar oportunidades de mejora y se indagará por el conocimiento de los colaboradores por la forma de ejecución del proceso al cual pertenecen, ventajas y desventajas o dificultades que encuentran para su desempeño. Se deberá dejar evidencia de su realización mediante un acta firmada por los participantes de la ronda, donde se plasmen los hallazgos y se definan las oportunidades de mejora en caso de haberlas encontrado.



- **Seguridad Psicológica**

Las bases para la seguridad psicológica se encuentran en la adecuada comunicación entre los líderes de las dependencias y sus colaboradores. Lograr la seguridad psicológica requiere una jerarquía plana y un sistema de aprendizaje sólido que cree un entorno en el que las personas puedan hacer sugerencias cómodamente. Los líderes de las dependencias, deben ser modelos en la aplicación de las prácticas seguras y los planes de mejoramiento y aprendizaje; así como en la capacidad de retroalimentar los avances o sus fracasos y errores. Estos tipos de entrenamiento y retroalimentación son los mecanismos principales para lograr la seguridad psicológica.

- **Reuniones para la Seguridad del Paciente**

En ellas los colaboradores pueden expresar sus percepciones sobre el desarrollo de los diferentes procesos de atención. Pueden adaptarse al contexto de cada dependencia, deben contar con la presencia del líder de ésta y deberán conservar como objetivo identificar los problemas de carácter operativo que surgen en su sitio de trabajo que puedan afectar la seguridad del paciente, con el fin de diseñar o solucionar estas dificultades en el proceso y disminuir la probabilidad de error.

Los cambios y resultados derivados de las sugerencias y el diálogo de los líderes con los colaboradores deberán retroalimentarse en estos mismos espacios y así en la medida que los miembros de la dependencia se dan cuenta de que son escuchados y que los comentarios y aportes son bienvenidos, estos diálogos se volverán más naturales. De las reuniones para la seguridad del paciente puede dejarse evidencia de realización mediante memorias o informe de las conclusiones de la reunión realizada.

Se definirá la estrategia a realizar: como reuniones cortas Individuales de Seguridad del Paciente y de forma abierta o mediante la aplicación de encuestas anónimas que permitan tener información relacionada con:

- ¿Qué está funcionando bien?
- ¿Qué sugerencias de mejora tiene?
- ¿Qué no funciona bien que hace que sea difícil hacer el trabajo?
- ¿Qué podemos mejorar para mejorar la Seguridad del Paciente?
- ¿Quiénes son las personas que deberíamos destacar por su excelente trabajo?

Siempre deberán ser retroalimentados los resultados obtenidos por parte del líder para definir de forma conjunta las posibles soluciones.

- **Transparencia**

La transparencia se evidencia cuando los líderes, los colaboradores, los pacientes y sus familias, conocen los resultados y participan de las actividades involucradas en el proceso de aprendizaje y mejoramiento continuo.

Este proceso implica apertura, comunicación y responsabilidad.

- Transparencia entre colaboradores: como parte de las reuniones para la Seguridad del Paciente o al menos de forma semestral, se deberá realizar retroalimentación con respecto a los resultados de los planes de mejoramiento producto de los reportes relacionados con Seguridad del Paciente.

- Transparencia con los pacientes y sus familias: se deberá contar con el documento que indique el plan de manejo que se le dará a los eventos adversos. También se diseñarán mecanismos de comunicación con los pacientes donde se les informe los avances en temas de Seguridad del Paciente en las dependencias



- **Responsabilidad y Cultura Justa**

Esta estrategia define la importancia de hacer que los individuos sean responsables por sus acciones, pero no por fallas en los procesos o sistemas de la institución. Para esto es necesario que cada dependencia de salud de la Universidad Nacional cuente con procesos bien definidos, documentados y socializados, para que así los colaboradores tengan claro el marco de referencia esperado por la institución.

Por medio del desarrollo de perfiles y obligaciones contractuales específicas, y procesos de selección transparentes y por competencias, se garantiza contar con colaboradores idóneos para la realización de las tareas asignadas, dentro del marco ético profesional.

Así mismo, cada dependencia deberá contar con procesos, procedimientos y guías de práctica clínica documentadas, actualizadas, socializadas y evaluadas; según lo recomendado por la norma de habilitación en el estándar de procesos prioritarios.

Si bien la seguridad del paciente no se encarga de la fiscalización de los individuos o de emitir conceptos legales sobre la responsabilidad individual; el encargado del análisis de los eventos adversos, al indagar por los factores contributivos del individuo, deberá evaluar las acciones de los colaboradores involucrados en la situación, utilizando el siguiente Algoritmo de Responsabilidad¹², con el fin de direccionar mejor la investigación y favorecer la mejora de los procesos:

1. ¿Fueron las acciones del individuo evidentemente intencionales para causar daño o maliciosas?

Respuesta “Sí”: esto debe alertar ante una posible actividad delictiva y la dependencia deberá gestionar los trámites que correspondan para que los organismos internos de la Universidad procedan en consecuencia.

Respuesta “No”: se continúa con la siguiente pregunta.

2. ¿El individuo comprometido estaba pensando claramente o tenía alguna alteración mental/neurológica que le ocasionaba alteración en su conciencia?

El pensamiento puede estar afectado adversamente por problemas de salud, estresores sociales severos como el divorcio o un niño enfermo, drogas (legales o ilegales) o abuso de alcohol. Respuesta “No”: se deberá buscar apoyo de Seguridad y Salud en el Trabajo, la ARL o apoyo de trabajo social o psicología; según sea pertinente para evaluar la necesidad de apoyo al colaborador. Respuesta “Sí”: pasar a la siguiente pregunta.

3. ¿Las acciones del individuo fueron razonables y apropiadas?

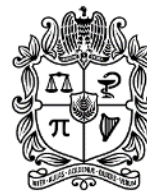
Para aclarar esta pregunta es fundamental la existencia de lineamientos bien definidos y socializados en la dependencia; de modo que se pueda evidenciar que lo estandarizado y esperado por la institución o dependencia sobre las acciones para determinado proceso o procedimiento eran o no conocidas por los colaboradores involucrados. Pero así mismo, en algunos casos puede ser relevante consultar con pares, al menos tres, de los profesionales involucrados para determinar si bajo las condiciones del caso se actuó de forma razonable y apropiada.

De acuerdo con estos conceptos se deberá definir si la dependencia tiene que realizar mejoras en el proceso o si las acciones no fueron apropiadas.

4. ¿Las acciones del individuo fueron arriesgadas, imprudentes o involuntarias?

En este punto la ayuda de pares también puede contribuir a definir si en las condiciones determinadas las acciones fueron adecuadas.

Si se llega a la conclusión de que las acciones fueron riesgosas, apuntan a posibles problemas de juicio de la



situación por impericia o desconocimiento del individuo.

Si el comportamiento es imprudente, significa que la persona voluntariamente asumió riesgos innecesarios, por lo que se deberán evaluar los procesos de sensibilización al personal.

5. ¿El individuo tiene antecedentes de comportamiento inseguro?

Si el mismo individuo ha estado involucrado en múltiples eventos adversos se deberá evaluar el perfil del colaborador, sus actitudes y aptitudes, el proceso al que pertenece, las tareas que le han sido asignadas y los planes de mejoramiento previos para definir el compromiso del individuo con la seguridad del paciente.

- **Respeto y Negociación**

Aunque el nivel de conocimiento y entrenamiento de los individuos de las dependencias sea diferente o, aunque tengan diferente tipo de contratación o vinculación con la dependencia y la Universidad, todos tienen el mismo nivel de responsabilidad en la aplicación de las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente y en la promoción de la Cultura de Seguridad. Por lo tanto, los jefes de cada dependencia deberán asegurarse de que el trato entre los colaboradores sea respetuoso.

Con los integrantes de la dependencia y para quienes ingresan a ella, desde el proceso de inducción, se debe abrir un espacio para los temas de Seguridad del Paciente que incluya el compromiso con el trato respetuoso con todos los integrantes del equipo.

- **Confiabilidad**

La confiabilidad es la capacidad de un sistema para reproducir con éxito un producto o servicio según las especificaciones, para esto y en cumplimiento con la norma de habilitación, cada dependencia deberá contar con evidencia de procesos estandarizados, documentados, socializados y evaluados.

Por lo tanto, en lo concerniente a Seguridad del Paciente, cada dependencia deberá contar con la medición de la adherencia a las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente, y de forma complementaria a las guías de práctica clínica, protocolos y procedimientos asistenciales y administrativos que le correspondan según los servicios ofertados.

Se debe dejar evidencia mediante las auditorías que se realicen a las Prácticas Seguras y las acciones de mejora contempladas en caso de ser requeridas.

- **Cultura del Reporte**

El reporte de los indicios de atención insegura es un componente fundamental dentro de la Cultura de Seguridad del Paciente, sólo aquellas instituciones que conocen las fallas pueden tener elementos para mejorar. Es a su vez un reflejo de la seguridad psicológica y el liderazgo. La Universidad Nacional de Colombia a través del Comité Nacional de Seguridad del Paciente ha definido los componentes del Formato de Reporte de Indicios de Atención Insegura.

Con el fin de favorecer la cultura del reporte, en cada dependencia, se realizarán actividades con los colaboradores para dar a conocer su contenido, características y forma de realización y de las cuales se deberá dejar evidencia de realización.

Siempre deberán existir formatos físicos disponibles aun cuando se haya definido el reporte electrónico; y el sitio de su ubicación dentro de la dependencia deberá ser de fácil reconocimiento y con adecuada identificación.



El referente para seguridad del paciente de cada dependencia deberá llevar un recuento de los indicios de atención insegura reportados y de su clasificación posterior a la realización del análisis pertinente.

- **Análisis, Medición y Mejoramiento**

Las dependencias de la Universidad Nacional de Colombia deberán realizar el análisis de los reportes de indicios de atención insegura que lo requieran, siguiendo las recomendaciones del documento “Guía de Gestión de Incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente”, dentro del cual se define como metodología el Protocolo de Londres. El referente de cada una de las dependencias será el líder experto en análisis. Sin embargo, los colaboradores de todas las dependencias deben tener los conocimientos básicos de esta herramienta para aportar de una forma más activa en el análisis de los eventos cuando sea requerido.

El Protocolo de Londres hace parte de los conocimientos mínimos que deben tener los colaboradores de las dependencias sobre Seguridad del Paciente y hace parte del Plan de Aprendizaje anual del Sistema de Seguridad del Paciente, tal como lo reglamenta la norma de habilitación nacional de prestadores de servicios de salud.

Una vez que se identifican las fallas en los procesos a través del análisis, un enfoque de mejora sistemática es necesario para rediseñarlos y lograr resultados importantes para el paciente, su familia, los colaboradores y la Universidad.

Los datos recogidos a través de estas herramientas de mejoramiento deberán compartirse con los colaboradores y el Coordinador del Sistema cuando éste lo solicite.

Finalmente, el Comité Nacional de Seguridad del Paciente llevará a cabo la Encuesta para medición de Cultura de Seguridad, adaptada de la Encuesta para Servicios Médicos Ambulatorios de la AHRQ, dado que es la única disponible a la fecha para el contexto de la Universidad, cada 2 años. Los resultados de las fortalezas y oportunidades de mejora se socializarán con las dependencias y se compararán con mediciones previas.

- **Participación del paciente y su familia**

Se deberán establecer y facilitar canales de comunicación con los pacientes y sus familias que propendan por la educación sobre sus derechos y deberes; así como también su compromiso con la Seguridad del Paciente.

Se deberá instituir al interior de las dependencias con una frecuencia mínima semestral, un Espacio Formativo y de Promoción de la Seguridad del Paciente para los Pacientes donde a su vez ellos puedan aclarar inquietudes y puedan sugerir mejoras en los diferentes procesos de atención.

La implementación de Formatos y mecanismos para quejas, sugerencias o felicitaciones; donde se realice una retroalimentación pronta y efectiva, es una herramienta que puede además aportar en temas relacionados con la Seguridad del Paciente.

Al interior de cada dependencia y de acuerdo con los servicios prestados, se deberán desarrollar elementos comunicativos que faciliten la comprensión del proceso de atención en salud tanto desde el punto de vista asistencial como administrativo.



- **Plan de Aprendizaje**

El Coordinador del Sistema programará anualmente el Plan de Aprendizaje al que se convocará a los Referentes de las diferentes dependencias.

A su vez los Referentes de Seguridad del Paciente podrán extender la invitación a los colaboradores de la dependencia que consideren pertinentes y deberán garantizar la socialización al interior de las dependencias ya sea de forma presencial o virtual.

El Plan de Aprendizaje anual siempre incluirá una sesión de generalidades y temas básicos en Seguridad del Paciente como es la taxonomía, mecanismo de reporte y análisis de eventos asociados con la seguridad del paciente, de acuerdo con los lineamientos normativos y definidos por la Universidad Nacional de Colombia.

Pero además con el ánimo de mantener sensibilizados a los colaboradores sobre la importancia de la Seguridad del Paciente, se incluirán los temas relacionados con las Prácticas Seguras teniendo en cuenta la literatura nacional e internacional disponible más actualizada al respecto.

Las evidencias de la socialización del plan de aprendizaje al interior de las dependencias (listas de asistencia, pre y postest, fotografías y/o videos) deberán estar disponibles y entregarse al Coordinador del Sistema cuando este lo solicite.

Los referentes de seguridad del paciente deberán tener en cuenta que la meta es que se evidencie participación de un mínimo del 80 % del personal asistencial y administrativo en las actividades de aprendizaje programadas.

Por otra parte, se espera observar el impacto mediato y a largo plazo de las sesiones de formación. El primero será verificado mediante pre y post test. A largo plazo, el impacto será verificado mediante el comportamiento del reporte de eventos en la seguridad del paciente.

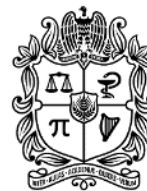
1.2. Promoción de la Cultura de Seguridad en la Academia

La Política de Seguridad del Paciente de la Universidad Nacional de Colombia contempla la promoción de la Cultura de la Seguridad del Paciente en la academia; de este modo en sus objetivos plantea, incluir en los programas académicos de salud actividades relacionadas con Seguridad del Paciente y promover proyectos relacionados con Seguridad del Paciente.

1.2.1. Docencia Segura

Las actitudes de los docentes en la práctica clínica son un factor fundamental dentro del aprendizaje; no sólo se aprenden los conocimientos sino los comportamientos. Por lo tanto, se debe promover que los docentes de las áreas de salud cuenten con los conocimientos básicos necesarios sobre Seguridad del Paciente y las Prácticas Seguras, para lo cual se dispone del Curso Virtual de Seguridad del paciente, siendo esta una estrategia que permite afianzar conocimientos y además brindar herramientas para abordar la Seguridad del paciente dentro de su programa curricular.

Así mismo, asistirán a las sesiones del Plan de Aprendizaje que se programen por el Referente de Seguridad del Paciente en la Dependencia o cuando se considere pertinente a las programadas por el Comité Nacional de Seguridad del Paciente y se evaluará tanto la apropiación de nuevos conocimientos como las Prácticas Seguras al menos 1 vez al año.



En las facultades del área de la salud, los Referentes para Seguridad del Paciente realizarán actividades para promover el Reporte de Indicios de Atención Insegura en los grupos de docentes y profesionales que cumplan actividades de supervisión y acompañamiento en las prácticas clínicas de la dependencia.

1.2.2. Seguridad del Paciente con los Estudiantes

Con el fin de lograr que la Seguridad del Paciente esté inmersa en la práctica diaria profesional, es necesario que desde el pregrado se imparta el concepto de que el tema de la Seguridad del Paciente “no sólo” se trata de procedimientos administrativos que no corresponden al profesional asistencial.

Al involucrar la Seguridad del Paciente en los procesos de aprendizaje, se logra generar cambios profundos de comportamiento en los futuros profesionales de la salud, lo cual se verá reflejado en el desarrollo de los procesos seguros en la prestación de servicios de salud, así como, se velará por el cumplimiento de los lineamientos generales de Seguridad del paciente en los procesos de investigación.

El Curso Virtual en Seguridad del Paciente será de obligatoria realización previo al inicio de las prácticas clínicas para los estudiantes de pregrado y postgrado de los programas de las áreas de la salud y psicología, y su certificado será expedido por la Facultad de Odontología, con una vigencia de 2 años. Para la realización de este curso semestralmente cada dependencia consolidará el listado de estudiantes a iniciar prácticas asistenciales el cual será enviado a los correos establecidos desde el Sistema de Seguridad del paciente para la respectiva matriculación.

Así mismo, el Comité Nacional de Seguridad del Paciente y los Referentes de Seguridad del Paciente difundirán a través de redes sociales y correos electrónicos institucionales datos interesantes y artículos relevantes sobre Seguridad del Paciente.

2. GESTIÓN DE LA SEGURIDAD

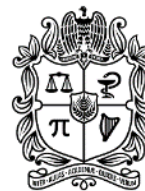
La gestión de la seguridad del paciente tiene como objetivo la detección temprana de los riesgos asociados a la prestación de servicios de salud, así como la definición de los mecanismos para el reporte de las fallas en la atención y el análisis de los eventos relacionados con seguridad del paciente, para así encontrar oportunidades de mejora en los procesos que lleven al mejoramiento continuo institucional y se eviten fallas que impacten al paciente.

2.1. Detección de riesgo

Una de las herramientas más importantes para la seguridad del paciente es la detección temprana de los riesgos en la atención en salud. La gestión del riesgo identifica tempranamente las fallas probables en el proceso de atención para mejorar los procesos y así evitar los eventos adversos.

El riesgo es la probabilidad de que ocurra un evento. Son fallas potenciales que pueden ocurrir en la ejecución de las actividades dentro del proceso de atención en salud y que pudieran llegar a generar daño en el paciente cuando las barreras de seguridad fallan también. Por medio de la identificación de los riesgos, se obtienen oportunidades de mejora que propenden por evitar la ocurrencia del evento adverso y así tener procesos más seguros.

Existen diferentes metodologías para la gestión del riesgo en la atención en salud. El Análisis de Modo y efecto de falla AMEF¹³ es una de las herramientas para la gestión del riesgo. A través de un grupo sistematizado de actividades y pasos, se pretende reconocer y evaluar las fallas potenciales de un proceso y los efectos que pudiera



tener.

Debido a la diversidad de servicios ofertados por las dependencias habilitadas de la Universidad Nacional de Colombia, serán identificados y priorizados los riesgos inherentes comunes y particulares de las dependencias en sus procesos de atención los cuales quedarán consignados en la matriz de riesgos.

Conjuntamente a esta priorización, la matriz de riesgo identifica los factores causales o contribuyentes, así como las actividades o acciones de mejora necesarias para su mitigación.

La monitorización y análisis de los indicadores de seguimiento a riesgos es facilitada gracias a que la institución cuenta con:

- La herramienta PHVA (planear, hacer, verificar y actuar) que permite realizar un seguimiento a los riesgos dentro de una cultura de mejora continua gracias a sus etapas cíclicas, circulares, donde es posible su revaloración de manera periódica.
- La identificación del o los responsables de las acciones de mejora.
- La existencia de una bitácora que cuenta con una fecha de inicio, de cierre, de seguimiento de hallazgos y estado de la actividad, con la que cada dependencia cuenta.

2.2 Reporte de Indicios de Atención Insegura

Como se mencionó en el capítulo anterior, el reporte de los indicios de atención insegura es un componente fundamental dentro de la Cultura de Seguridad del Paciente; es un reflejo de la seguridad psicológica y el liderazgo.

La Universidad Nacional de Colombia a través del Comité Nacional de Seguridad del Paciente ha definido los lineamientos para el reporte en el documento aprobado: “Guía de reporte primario de incidentes relacionados con la seguridad del paciente para las dependencias habilitadas de la Universidad Nacional de Colombia”; el cual además incluye el modelo de “Formato de Reporte de Indicios de Atención Insegura” que se deberá diligenciar ya sea de forma electrónica o física y podrá ser anónima, garantizando así su carácter confidencial.

Con el fin de favorecer la cultura del reporte, en cada dependencia, el Referente realizará actividades con los colaboradores para dar a conocer su contenido, características y forma de realización y de las cuales deberá dejar evidencia.

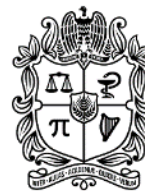
Siempre deberán existir formatos físicos disponibles incluso cuando se haya definido el reporte electrónico; y el sitio de su ubicación dentro de la dependencia deberá ser de fácil reconocimiento y deberá estar identificado.

El Referente de cada dependencia deberá llevar un recuento de los indicios de atención insegura reportados y de su clasificación posterior a la realización del análisis pertinente.

Se podrán realizar estímulos no económicos a aquellos servicios o individuos que reporten con mayor frecuencia o que logren mejores avances en la implementación de los planes de mejoramiento; lo cual se dará a conocer a los colaboradores en las Reuniones para la Seguridad del Paciente.

2.3. Análisis y gestión de situaciones relacionadas con seguridad del paciente

La Universidad Nacional de Colombia a través del Comité Nacional de Seguridad del Paciente ha definido los lineamientos para el análisis de los eventos relacionados con seguridad del paciente a través del documento: “Guía



para la gestión de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.”

Tal guía proporciona lineamientos para generar la participación de los pacientes y familiares, promocionar la atención segura en salud, identificar, evaluar y priorizar los riesgos, prevenir la ocurrencia de nuevos eventos, mejorar la calidad del servicio y realizar los reportes requeridos por los entes de control en el marco legal de los Programas Nacionales de Seguridad del Paciente: Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, Biovigilancia y Reactivo vigilancia, incorporando el cumplimiento de la normatividad nacional vigente.

Actualmente, se cuenta con diversidad de metodologías para el análisis de ocurrencia de incidentes y eventos adversos (Luengas 2009, Kelsey 2016, Ramos, Carbajal et al. 2016). Entre las metodologías de análisis más corrientemente utilizadas podemos encontrar, el método ancla, el análisis de ruta causal o análisis de causa raíz (Luengas 2009), y el protocolo de Londres (Taylor and Vincent 2007) que por su carácter sistemático y su abordaje del proceso de atención con un enfoque sistémico amplio fue la estrategia escogida por la Universidad Nacional, dado que contempla los diversos factores contributivos que pueden llevar a las acciones inseguras. Cabe aclarar, que una vez se cuente con este análisis se adjuntara como archivo adjunto la evidencia de la metodología utilizada y los resultados (causa raíz) serán registrados en el sistema softexpert dispuesto por la Universidad para tratamiento de ocurrencias y formulación de planes de mejoramiento, a los cuales se les realizara seguimiento desde el sistema de seguridad del paciente.

El Referente será el líder y experto en el análisis y se encargará de documentarlo según sea pertinente, como soporte de cada uno de los casos. Al final, el análisis debe llevar a la conclusión del caso; de modo que se defina si en efecto la situación se trató de un evento adverso, o si, por el contrario, se trató de un incidente o de una complicación. De cualquier forma, las oportunidades de mejora deberán quedar documentadas y se establecerán actividades o planes de mejoramiento para evitar que continúen las fallas y evitar la afectación de los pacientes.

El Modelo para el Mejoramiento debe combinar una metodología sistemática con conocimiento de la materia para generar los cambios deseados, por este motivo se recomienda que los encargados del análisis y realización de los planes de mejoramiento sean colaboradores con el perfil adecuado y entrenamiento para tal fin.

El Modelo de Mejoramiento inicia con tres preguntas y luego la aplicación del ciclo PHVA (Planear – Hacer – Verificar – Actuar) para probar los cambios y evaluar si conducen o no a una mejora.

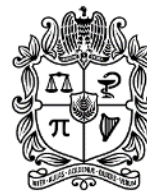
➤ ¿Qué estamos tratando de lograr?

Así se define el objetivo del mejoramiento, el cual debe ser conciso, medible y con un límite de tiempo. Le da al equipo de Seguridad del Paciente de la dependencia una visión clara del proyecto a realizar.

➤ ¿Cómo sabremos que un cambio es una mejora?

Con esta pregunta se definen los componentes de medición. Los resultados no serán mejores sin cambiar el proceso que lo impulsa; así una vez se tiene un proceso confiable, se puede verificar si el proceso es capaz de producir el resultado deseado.

El seguimiento a los indicadores de las Buenas Prácticas de la Seguridad del Paciente que apliquen a cada dependencia se constituye en el mecanismo más sencillo; sin embargo, al interior de cada dependencia de acuerdo con su contexto se podrán aplicar otros indicadores que consideren pertinentes para evaluar el proceso y los resultados. Estos resultados podrán ser requeridos por los entes de control o por el Coordinador del Sistema de Seguridad del Paciente.



➤ ¿Qué cambio podemos hacer que resulte en una mejora?

Generalmente las mejores propuestas e ideas para el mejoramiento provienen de los colaboradores y de los pacientes. Los líderes y los referentes deberán por lo tanto ser cercanos y a través del diálogo con los usuarios y los colaboradores, evaluar las partes del proceso que requieren cambios. También se podrán tener de referencia otras entidades para adaptar ideas que propendan por la Seguridad de los Pacientes.

Una vez se hayan aclarado estas preguntas, se podrá implementar con más facilidad el ciclo de mejoramiento PHVA. (Planear – Hacer – Verificar – Actuar).

3. PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS

El Ministerio de Salud y Protección Social a través del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud - SGOCS incorporó la Seguridad del Paciente como eje central, como se puede observar en Sistema único de Habilitación, brindando lineamientos y herramientas prácticas y generales. Entre ellas, la “Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, publicada en el año 2010 proporciona a las instituciones “recomendaciones técnicas” para la operativización de la Seguridad del Paciente a nivel institucional. En su segunda versión define los paquetes instruccionales y listas con un enfoque hacia el aprendizaje basado en problemas.

Para la implementación de las buenas prácticas de atención en salud, la Universidad Nacional seguirá las directrices proporcionadas en los paquetes instruccionales del Ministerio de Salud y Seguridad Social que se apliquen a las singularidades de las dependencias habilitadas.

3.2 Guías de Práctica Clínica

La Universidad Nacional y sus diversas dependencias cuentan con protocolos, manuales y guías de práctica clínica para sus procedimientos y patologías más frecuentes, así como para aspectos claves en los que se incluyen la capacitación del personal, aspectos de custodia y confidencialidad y el control de ingreso y salida entre otros.

- Las dependencias tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención, protocolos, manuales y listas de chequeo de los diversos servicios prestados.
- La dependencia cuenta con el procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica acorde con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Cuando sea posible, se adoptarán y actualizarán las guías que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. En caso contrario, se realizará la búsqueda sistemática de los documentos vigentes en diferentes países que cumplan con los criterios de selección establecidos por el Ministerio y que se adapten a la realidad de las dependencias de la Universidad.
- Los procesos, procedimientos, guías y protocolos serán socializados al interior de los equipos, dejando evidencias que permitan la trazabilidad del ejercicio. Se recomienda realizar pre y post test para evaluar de manera temprana la apropiación del conocimiento por parte de los equipos.
- Los documentos serán implementados por el personal encargado y responsable.
- La documentación e implementación de los documentos relacionados con la prestación de servicios que representen un alto riesgo para los pacientes será priorizada.
- La actualización documental se realizará en un plazo no mayor a 3 años de acuerdo con los lineamientos del SIGA y/o los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

La verificación de la adherencia a las guías de atención y protocolos es llevada a cabo a través de formatos de



seguimiento por parte de las dependencias. En caso de desviaciones en el cumplimiento de estas se retroalimentará a los equipos o se realizará actualización o resocialización de los documentos en pro de la mejora en el servicio. La medición de la adherencia se realizará de manera semestral.

4. BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

De acuerdo con la normatividad nacional y teniendo en cuenta la diversidad de servicios de salud ofertados por las dependencias habilitadas de la Universidad Nacional de Colombia, este programa de seguridad del paciente incluye las prácticas seguras que son representativas para todas las dependencias, aunque no necesariamente todas ellas le apliquen a una determinada dependencia. Por esto, el presente documento pretende estandarizarse para implementación en todas las dependencias habilitadas.

Se documentarán protocolos complementarios a este programa que proporcionarán los lineamientos para la implementación de las prácticas seguras, aplicables según las necesidades de cada dependencia o facultad con servicios de salud habilitados.

4.1. Identificación Correcta del Paciente en los Servicios Asistenciales y en las Muestras de Laboratorio.

Es el procedimiento mediante el cual el equipo de trabajo tiene la certeza, durante el proceso de atención en salud, de que la identidad del paciente es la correcta, mediante la implementación de diferentes herramientas como, por ejemplo: verificación cruzada, brazaletes de identificación, entre otros.

Los errores de identificación pueden ocurrir en cualquiera de las fases del proceso de atención, desde la solicitud de una cita, la admisión a la institución, pasando por la atención asistencial y la generación y autorización de las órdenes médicas. Así, deberá entonces prestarse especial atención a las fases críticas del proceso ^{14,15,16}:

- Ingreso del paciente.
- Diligenciamiento de la historia clínica.
- Toma de muestras de laboratorio.
- Toma de imágenes diagnósticas.
- Administración de medicamentos.
- Realización de procedimientos.
- Traslado de pacientes.
- Generación de órdenes médicas.

Es así como las fallas en la identificación correcta pueden llevar a errores en el diagnóstico, tratamiento, entrega del recién nacido, en los procedimientos, en la aplicación de derivados sanguíneos o incluso pueden llevar a la muerte del paciente.

De acuerdo con los servicios ofertados en las dependencias habilitadas de la Universidad Nacional de Colombia, las principales Fallas Activas que se pueden presentar en el proceso de identificación del paciente son:

- Error en la identificación al ingreso.
- Identificación del paciente con datos diferentes a los personales.
- Mala calidad en la captura de los datos del paciente, por errores de ortografía o que no corresponden al paciente.
- Muestras mal identificadas o sin identificar.
- Error en la transcripción de resultados.
- Toma de muestras a paciente equivocado.



- Análisis de muestra equivocada.
- Error en la entrega de resultados.
- Orden de paraclínicos mal diligenciada.
- Órdenes de medicamentos o remisiones mal diligenciadas.

➤ Prácticas seguras y herramientas para disminuir los errores en la identificación de los pacientes:

La responsabilidad primaria de la verificación de la identidad del paciente es de los profesionales de la salud que brindan la atención. Ellos tienen la responsabilidad primaria de verificar que coincida la identidad del paciente con la registrada en las órdenes, resultados, muestras etc. En los puntos clave del proceso de atención.

La estrategia de identificación del paciente tiene un carácter transversal en toda la institución, por lo tanto, su alcance involucra a todos los servicios prestados por las diversas dependencias de la Universidad, siendo responsabilidad del personal involucrado en el proceso asistencial.

Por lo cual, los integrantes de los equipos de las dependencias deberán:

- Brindar información oportuna y clara a los pacientes sobre la importancia del proceso de identificación con el objetivo de lograr su involucramiento en el mismo como parte esencial en su atención.
- Tener en cuenta que la responsabilidad es compartida por todo el personal de salud en la realización de una correcta identificación del paciente.
- Desarrollar, implementar y participar en los planes de aprendizaje al interior de las dependencias para que todos los integrantes del equipo fortalezcan sus conocimientos y habilidades en el proceso control y verificación de la identidad del paciente.
- Instaurar, realizar y participar en los seguimientos al proceso de identificación, reporte, seguimiento y corrección de las fallas y eventos relacionados con la identificación del paciente.
- Notificar eventos adversos relacionados con fallas en la identificación, así como, participar en el análisis de su causa, factores contributivos, acciones inseguras, consecuencias y acciones de mejora del proceso de ser necesarias.

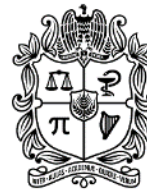
Teniendo en cuenta las recomendaciones internacionales de la Joint Commission en su publicación Patient Safety Solutions Vol. 1.¹⁵, las dependencias habilitadas de la Universidad Nacional deberán implementar lo siguiente:

➤ Protocolo de Identificación:

Se estandarizará para las dependencias con servicios de salud habilitados el proceso de identificación desde el ingreso del paciente y en todo el continuo de la atención de acuerdo con los servicios ofertados. Teniendo en cuenta las particularidades de cada dependencia serán definidos los mecanismos de identificación correcta del menor que participa del proceso de atención, así como también serán definidos lineamientos para la atención de estudiantes menores de 18 años que asisten a cualquier servicio de salud, sin embargo, no cumple los criterios de acompañamiento permanente de un acudiente.

➤ Protocolo de toma de muestras¹⁷

En este se deberá contemplar la marcación de los tubos y frascos requeridos, previo a la toma y delante del paciente, verificando si es posible la identificación con él también. En los laboratorios clínicos o de patología, es importante que los protocolos garanticen la identificación correcta en las diferentes fases (preanalítica, analítica y postanalítica) así como definir qué hacer cuando el resultado no coincide con los datos de la historia clínica del paciente.



➤ Protocolo de los 5 correctos ¹⁸

Es una herramienta ampliamente difundida especialmente para la administración de medicamentos; pero que usted puede utilizar también para la correcta identificación del paciente o previo a la realización de un procedimiento. Consiste en verificar, al menos, lo siguiente:

- Paciente correcto.
- Medicamento correcto.
- Dosis correcta.
- Ruta correcta.
- Hora correcta.

➤ Protocolo de entrega de resultados

En las dependencias donde aplique se deberá contar con un protocolo o procedimiento para la entrega de los resultados, el cual deberá contemplar al menos lo siguiente:

- Se evitará la entrega telefónica de los resultados.
- Se imprimirán los resultados solo en el momento que sean reclamados.
- Se dispondrá de infraestructura para el escaneo/impresión de resultados que lleguen de laboratorios referentes.

4.2. Comunicación Efectiva

La comunicación efectiva se define como la forma de comunicación que logra transmitir un mensaje de forma clara y entendible para su interlocutor sin que se generen dudas, confusiones o interpretaciones erróneas.

En el área de la salud, la comunicación efectiva y clara facilita la atención de alta calidad en salud y a su vez sirve de garante para la seguridad del paciente. Las malas prácticas de comunicación y la falta de continuidad en la comunicación son la principal causa de eventos adversos en centros de atención en salud.

Así mismo, para favorecer el proceso de comunicación efectiva, es fundamental enseñar a los pacientes y su familia, habilidades de lectura y comprensión crítica de la información en salud y que así puedan participar activamente del proceso de atención.

De igual modo, el dialogo abierto con el paciente y su familia disminuye el riesgo de demandas y hace parte del compromiso ético con los pacientes. Las dificultades en la comunicación están relacionadas con la desinformación y la mala interpretación y éstas pueden generar un deterioro en el resultado final del proceso de atención en salud¹⁹

De acuerdo con los servicios ofertados en las dependencias habilitadas de la Universidad Nacional de Colombia, las principales Fallas Activas que se pueden presentar en el proceso de comunicación efectiva ²⁰ son:

- Mecanismos de comunicación no estandarizados.
- Uso de acrónimos, siglas, y/o abreviaturas no estandarizadas ni socializadas.
- Comunicación inadecuada en cambios de turnos.
- Comunicación no adecuada en el traslado de pacientes.
- Errores en la generación de la agenda médica o en su confirmación.
- No evaluación de las expectativas de los pacientes.
- Reporte inoportuno de paraclínicos.



- Error en la comunicación de la información de consentimiento informado (omitir información o entregar más información).

Prácticas seguras y herramientas para disminuir los errores en la comunicación:

Con el fin de disminuir los errores en la comunicación en salud, en las dependencias habilitadas podrán implementar estrategias para fortalecer en sus colaboradores:

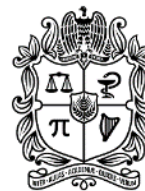
- Construcción y mantenimiento de una cultura de seguridad enfocada hacia una mayor y mejor comunicación, compromiso hacia mejores prácticas y estandarización de procesos.
- Diligenciar el consentimiento informado de acuerdo con el procedimiento establecido, verificando la comprensión del procedimiento y sus posibles complicaciones, así como el efecto en la salud del paciente en caso de disentimiento.
- Propiciar espacios con el paciente que permitan la discusión de conceptos y alternativas en las diversas intervenciones en salud que lo demanden.
- Explorar el grado de entendimiento del paciente de los temas relacionados con su consulta: diagnóstico, pronóstico, medicación, efectos adversos, signos de alarma, fecha de próximo control, etc, solicitándole al finalizar la consulta/ servicio que con sus palabras exprese las indicaciones dadas por el profesional.
- Mantener respeto por la opinión o creencias del paciente evitando actitudes inapropiadas.
- Utilizar las tecnologías que permitan una comunicación clara y frecuente entre los servidores de la dependencia.
- Incluir en los planes de aprendizaje de los servidores, sesiones que fortalezcan la comunicación asertiva y comunicación clínica.
- Implementar y actualizar cuando sea necesario de protocolos y manuales sobre el manejo de la documentación clínica
- Educación continua del paciente y sus cuidadores.
- Desestimular el uso de acrónimos y abreviaturas dentro del ámbito de la institución o crear un diccionario de las siglas o acrónimos aceptados y realizar seguimiento a la adherencia al mismo.

A continuación, se mencionan algunas herramientas que se podrán implementar en las dependencias habilitadas de acuerdo con los servicios ofertados y sus particularidades:

- Reuniones de inicio y de cierre
- Técnica de comunicación SAER
- Técnica de Lenguaje Crítico
- Técnica de comunicación Teach Back
- Protocolo de malas noticias SPIKES/EPICEE ²¹
- Protocolo de Comunicación de resultados críticos
- Estrategias de educación al paciente y la familia ²²
- Protocolo de comunicación de eventos adversos ²³
- Protocolo de manejo de la segunda víctima ²⁴

4.3. Consentimiento Informado

El consentimiento informado es un momento crucial para mejorar la relación con el paciente y comunicarse de forma adecuada. Hace parte del Acto Médico y consolida la relación médico-paciente ²⁵. Además, permite generar el espacio para el desarrollo de la autonomía del paciente frente al manejo de su vida y salud.



El consentimiento informado no es sólo un documento; es el proceso que obliga al médico o profesional de la salud responsable de la atención a informar al paciente, sobre:

Riesgos, beneficios y demás circunstancias relevantes relacionadas con la situación de salud del paciente y con la intervención propuesta para que, el paciente, de acuerdo con su criterio y convicciones personales, decida libremente si se somete o no a la intervención o procedimiento sugerido ²⁶.

Las dependencias habilitadas de la Universidad Nacional podrán ajustar sus consentimientos informados y deberán contar con un procedimiento o documento que de los lineamientos particulares para la elaboración del consentimiento informado de acuerdo con los servicios ofertados teniendo en cuenta la ley de ética médica (Ley 23 de 1981), Código de ética del odontólogo (Ley 35 de 1989) y Código ético y deontológico del Psicólogo (Ley 1090 de 2006) la norma de historias clínicas (Resolución 1995 de 1999) ²⁷ y la resolución de habilitación de servicios de salud vigente, junto con las demás normas internas que le apliquen. Además, deberán considerar lo siguiente:

➤ Elementos del consentimiento informado

- Voluntariedad.
- Información en cantidad suficiente.
- Información con calidad suficiente.
- Competencia: definida como la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos; para que, a continuación, pueda tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores.

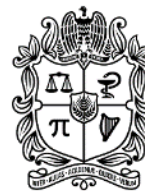
➤ Firma del consentimiento informado

Además del profesional responsable del procedimiento a realizar, el consentimiento deberá firmarse por:

- El paciente o su representante legal.
- Los padres de un menor de edad, los terceros responsables o acudientes legales cuando el paciente no lo pueda hacer, siempre y cuando manifiesten y determinen los mejores intereses y beneficios hacia la persona menor o incapacitada que representen o tengan la preparación emocional y física para la adecuada realización del proceso de recopilación de información.
- Los menores de edad, mayores de 12 años, cuando las condiciones lo permitan, deberán dar su propio consentimiento y para ello debe dársele toda la información y adaptarla a su nivel de entendimiento.
- El documento debe llevar escrito nombre completo de los que firman con su tipo y número de documento de identificación

➤ Contenido del Consentimiento informado

- Nombre del tratamiento o procedimiento a realizar: Qué es lo que se va a hacer.
- Objetivos: Para qué se va a hacer el procedimiento o tratamiento.
- Beneficios: Qué se espera obtener como resultado.
- Riesgos más graves y frecuentes para ese procedimiento o tratamiento en específico.
- Alternativas: Cuáles alternativas existen a lo que se está proponiendo que estén disponibles teniendo en cuenta la literatura médica basada en la evidencia disponible.
- Riesgos de No Tratamiento: Qué ocurriría clínicamente si el paciente decide no acceder a lo que se le ofrece.



- Qué hacer si necesita más información: A quién preguntar, dónde y cómo.
 - Posibilidad de revocabilidad: Qué hacer si cambia de idea frente al consentimiento otorgado o rechazado. El disentimiento puede ser un documento aparte.
- Recomendaciones generales:
- Escriba con términos sencillos y frases cortas.
 - Incluya dibujos o gráficos si es posible
 - Utilice un tamaño de letra apropiado.
 - Procure que el documento no ocupe más de un folio por las dos caras.
 - Evalúe la legibilidad del texto.
 - Si el procedimiento lo requiere, evalúe la posible valoración por el Comité de Ética, si su institución cuenta con uno.
 - Evite manipular la decisión del paciente

El referente de seguridad del paciente de las dependencias habilitadas deberá entrenar al personal asistencial y a los mismos pacientes acerca de la importancia de su participación en la aprobación o no de los procedimientos y deberá sensibilizar al personal asistencial en la importancia legal del consentimiento informado y sus repercusiones por no diligenciamiento adecuado.

4.4. Uso Seguro de Medicamentos

Los errores en los procesos relacionados con los medicamentos pueden traer graves consecuencias para los pacientes. La campaña “Medicación sin Daños”²⁸ de la Organización Mundial de la Salud involucra tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud en el proceso de atención, para así garantizar el uso seguro de medicamentos y busca impulsar un proceso de cambio para reducir el daño al paciente asociado a las prácticas en la medicación insegura.

Los errores relacionados con los medicamentos en la atención en salud pueden ocurrir en cualquier parte del proceso; desde la prescripción, pasando por la entrega o dispensación y finalmente en la administración, ya sea que ésta la realice el mismo paciente o el personal de salud.²⁹

De acuerdo con los servicios habilitados por las dependencias de la Universidad Nacional, los siguientes pueden ser los errores o fallas activas más frecuentes en el proceso de uso de los medicamentos:

- No identificación oportuna de los efectos secundarios o de las interacciones medicamentosas que pueda tener un medicamento en un paciente determinado
- Brindar información inadecuada o no darle al paciente ninguna información sobre el medicamento prescrito
- Errores en la realización de fórmulas médicas: ilegibles o incompletas
- Utilización de medicamentos sin registro sanitario INVIMA
- No realización de conciliación medicamentosa
- No revisión de los antecedentes alérgicos del paciente
- Incumplimiento de los protocolos de almacenamiento y dispensación de los medicamentos
- Administración del medicamento equivocado
- Incumplimiento a lo definido para el manejo de los medicamentos LASA
- Dispensación incompleta o inoportuna de los medicamentos



- Incumplimiento del protocolo de los 5 correctos

A continuación, se enumeran algunas estrategias que podrán implementar las dependencias habilitadas de la Universidad Nacional para disminuir los errores en el uso de los medicamentos

1. Acciones para disminuir los errores con los medicamentos LASA ³⁰
 - Revisión del listado de medicamentos de la dependencia en caso de que se manejen y definir cuáles son similares en sonido o apariencia.
 - Desarrollar mecanismos para la socialización de medicamentos LASA con los colaboradores
 - En caso de almacenar medicamentos en la dependencia marcar los medicamentos LASA para facilitar el proceso de verificación
 - Promover la correcta realización de las fórmulas medicas
2. Estrategia 5 Momentos para la Seguridad en la Medicación ³¹

Esta estrategia resalta los puntos clave donde se puede reducir el riesgo de daño asociado con el uso de medicamentos. El objetivo de la herramienta es involucrar a los pacientes en su propio cuidado de una manera más activa y fomentar la curiosidad sobre los medicamentos que se encuentra usando. Cada momento incluye preguntas críticas, unas para el paciente y otras para el profesional de la salud. Así se indagarán los siguientes momentos:

- Al inicio de la medicación
- Tomando el medicamento
- Cuando se adiciona un medicamento
- Al revisar el tratamiento
- Al finalizar el tratamiento
- De acuerdo con las particularidades de cada dependencia esta herramienta podrá ajustarse.

3. Protocolo de 5 correctos en la Medicación ³²

En las dependencias en las que se realice el proceso de administración de medicamentos, la dependencia deberá contar con el protocolo de los correctos que contemple al menos:

- Paciente correcto
- Medicamento correcto
- Dosis correcta
- Vía correcta
- Hora correcta

4. Zona de Cero Interrupciones ³³

Si bien es una estrategia ampliamente utilizada en el medio hospitalario, en las dependencias donde se administren medicamentos deberá implementarse para disminuir el riesgo de error durante el proceso.

El personal que se encuentre realizando la tarea de administración de medicamentos estará identificado y los



colaboradores de la institución deberán conocer que dicho identificador implica no interrumpir la labor de esta persona.

4.5. Prevención de Caídas

La caída de un paciente se define como un descenso no planificado al suelo con o sin lesiones para el paciente. La Organización Mundial de la Salud, define las caídas como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad.

Una caída puede provocar en el paciente fracturas, laceraciones o hemorragias internas; lo cual aumenta la estancia hospitalaria o el uso de servicios de salud.

Los principales factores de riesgo para que un paciente se caiga en un servicio de salud son ³⁴:

- Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas
- Efectos secundarios de medicamentos
- Enfermedades de base del paciente
- Edad del paciente: Aunque las caídas son un riesgo para todas las personas en general; algunos pacientes por su edad tienen un riesgo más elevado.
- Niños: Los niños pueden tener mayor riesgo de caídas debido a su estado de desarrollo, a su curiosidad y al aumento progresivo de su nivel de independencia; lo cual, los lleva a adoptar conductas más riesgosas
- Personas mayores: Las personas mayores son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas y el riesgo aumenta con la edad. Esto puede deberse, a los cambios físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como al consumo de medicamentos hipotensores o con efectos en el sistema nervioso central o a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la población de edad avanzada.

En las dependencias habilitadas de la Universidad Nacional, algunas de las acciones inseguras y factores contributivos que incrementan el riesgo de caída de un paciente son ³⁵:

- No aplicación o aplicación inadecuada de las escalas de valoración del riesgo de caídas
- No educación al paciente y su familia en las medidas preventivas de caídas
- Infraestructura que favorece las caídas o que no brindan el apoyo suficiente para aquellos con alto riesgo
- No cumplimiento de las normas de señalización en la institución
- Ausencia de mecanismos de alerta o de llamado para el paciente en los baños

Por lo tanto, a continuación, se enumeran medidas generales que pueden disminuir el riesgo de caída en las dependencias y que deben implementarse de acuerdo con los servicios ofertados en el protocolo de prevención de caídas:

- La prevención de caídas inicia desde la consulta externa con la adecuada prescripción de medicamentos, con el control adecuado de las enfermedades de base y con la educación al paciente y su familia.
- Educar al personal asistencial sobre las técnicas de movilización
- Tener en cuenta las personas en condición de discapacidad o con necesidades especiales de comunicación.
- Identificar adecuadamente a los pacientes con alto riesgo de caída y educar al paciente y familiares al respecto.
- Durante las transferencias es posible que algunos pacientes requieran movilización en silla de ruedas



- Mantenimiento de las condiciones adecuadas de las áreas de consulta y procedimientos. Esto incluye suficiente espacio para circulación y monitoreo, así como una adecuada iluminación tanto diurna como nocturna en los servicios de las dependencias.
- Se debe garantizar la presencia de botones de alarma o de llamado en baños y se deberá verificar su adecuado funcionamiento
- Se debe educar a los colaboradores, paciente y familiares sobre el cumplimiento de la señalización de piso húmedo en los corredores, salas de espera y espacios generales de los servicios
- En pacientes con alto riesgo educar sobre la importancia de las medidas preventivas, el uso de elementos de soporte en caso de requerirlos y calzado con suela antideslizante.
- Promover la detección temprana de fragilidad en los pacientes mayores, así como de los requerimientos de vitamina d y la evaluación de factores de riesgo de osteoporosis cuando sea pertinente. Así mismo el médico tratante deberá dejar registro de las medidas tomadas para la corrección de alteraciones en la movilidad, alteraciones visuales u otras que puedan incrementar el riesgo de caída del paciente
- Vigilancia activa de condiciones de seguridad

Mecanismos de Verificación y Mejora:

- La Universidad desarrollará, socializará y hará seguimiento semestral a la adhesión del protocolo para la minimización de riesgos de caída de los usuarios. Igualmente documentará las acciones de mejora si aplica.
- Se documentarán los análisis y acciones de mejora relacionados con: causas del evento adverso, acciones inseguras y factores contributivos.

4.6. Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) son uno de los mayores problemas para la seguridad del paciente; por esto la OMS en el año 2005 publicó la estrategia: “Una atención limpia es una atención más segura”³⁶.

En esta campaña se enfatizó en el lavado de manos como medida fundamental en todos los niveles de atención y en todos los servicios para evitar la transmisión de infecciones en la atención sanitaria.

Los microorganismos pueden transmitirse a través de diversos mecanismos:

- Por contacto directo
- Por contacto indirecto
- Oral
- Por gotas
- Transmisión por vía aérea
- Transmisión por vectores

Para disminuir la ocurrencia de infecciones asociadas a la atención en salud, las dependencias habilitadas deberán implementar las siguientes medidas:

- Precauciones Estándar^{37, 38}

Las Precauciones Estándar o Medidas Esenciales son una serie de estrategias que requieren ser aplicadas por el equipo de salud en la atención de TODOS los pacientes, independientemente de su diagnóstico y de saber si posee o no alguna infección o colonización por un microorganismo.



Dentro de estas medidas se encuentran:

1. Higiene de manos.
2. Uso de guantes y uso de elementos de protección personal (EPP).
3. Prevención de exposiciones por accidentes con instrumentos cortopunzantes.
4. Cuidados para el manejo del ambiente y de la ropa, los desechos, soluciones y equipos.
5. Higiene respiratoria y etiqueta de tos.
6. Limpieza y desinfección de dispositivos y equipos biomédicos.

➤ Protocolo de Higiene de Manos ³⁹:

Las dependencias habilitadas deberán contar con Protocolo de Lavado de Manos que contemple las recomendaciones de la OMS, este deberá socializarse y el referente de seguridad del paciente deberá auditar la implementación adecuada de este protocolo.

El fortalecimiento de esta práctica en la Universidad se realizará mediante la implementación de las siguientes estrategias:

-Educación al personal sobre el lavado de manos, impulsando los cinco momentos definidos por la OMS:

- o Antes de tocar al paciente cuando se acerque a él.
- o Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
- o Después de un riesgo de exposición a líquidos corporales.
- o Después de tocar a un paciente.
- o Después del contacto con el entorno del Paciente.



Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos

1 ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2 ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASÉPTICA	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aséptica. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3 DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes). Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4 DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente. Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5 DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente). Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

**Organización
Mundial de la Salud**

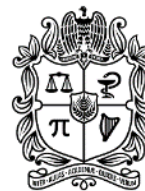
Seguridad del Paciente
UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands

Puntos para el lavado de manos en número suficiente, de fácil acceso, en condiciones adecuadas y con disponibilidad permanente de los insumos requeridos.

Semestralmente se evaluará la adherencia de esta práctica por la proporción de personal asistencial que aplique los principios de la higiene de manos.

Así mismo deberá incluirse en el protocolo, la desinfección o fricción de manos; la cual de acuerdo con los lineamientos de la OMS consiste en la aplicación mediante fricción de un agente antiséptico con base en alcohol sobre la superficie de las manos, eliminando microorganismos transitorios y disminuyendo microbiota residente de la piel, conformada por los microorganismos que se encuentran habitualmente en la piel de la mayoría de las



personas. Las soluciones para desinfección de las manos más eficaces son aquellas con concentraciones de alcohol entre 60% y 95%.

➤ Protocolo de uso de guantes y otros elementos de protección personal (EPP)

Protegerse no sólo permite que el personal de salud se cuide, sino que evita que el paciente se contamine con microorganismos que usted le puede transmitir.

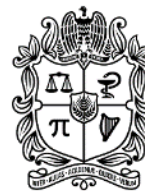
Cada dependencia habilitada deberá definir los procedimientos en los que los colaboradores requieran el uso de elementos de protección personal, así como el tipo de elementos necesarios, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones generales:

- El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos. Recuerde que siempre se debe realizar higiene de manos previa a la postura de guantes e inmediatamente posterior a su retiro.
- Cambie de guantes cada vez que se rompan.
- Cuando la atención de un paciente requiere de intervención en distintas zonas corporales con diferente riesgo de contaminación, es necesario cambiar de guantes.
- Siempre se deben cambiar los guantes entre la atención de un paciente y otro. No reutilice los guantes.
- Si utiliza una bata larga, los guantes deben ponerse siempre sobre el puño de la bata.
- El uso de doble guante no es recomendado de rutina.
- El uso de otros EPP como batas desechables, protección ocular, mascarillas, respiradores, polainas entre otros serán definidos por la dependencia de acuerdo con el servicio y el procedimiento a realizar, teniendo en cuenta que para su uso se deberá tener claro cuáles son los riesgos de contaminación con el procedimiento a realizar y el tipo de paciente a atender. Así mismo se deberá contar con las instrucciones para su uso y posterior retiro y eliminación, teniendo presente que las partes de los EPP más contaminadas son aquellas que tienen mayor contacto con el paciente y la zona corporal más riesgosa para el usuario de los elementos es el rostro; por lo tanto, los EPP de esta zona se retiran al final, luego de haberse lavado las manos.

➤ Otras estrategias adoptadas en la universidad para prevención de infecciones

Las prácticas seguras dirigidas a la disminución del riesgo de infección asociada a la prestación de servicios de salud aplicables de acuerdo con los servicios ofrecidos por las dependencias habilitadas incluyen:

- Adherencia al protocolo de limpieza y desinfección de equipos, dispositivos médicos y superficies en general
- Implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares
- Adherencia y seguimiento permanente de las normas de precaución universal independientemente de si el paciente es considerado infectado o no.
- Existencia de procedimientos, guías, protocolos, manuales, lineamientos pertinentes de acuerdo con los servicios ofertados por la dependencia habilitada, los cuales podrán ser estandarizados cuando las condiciones de diferentes dependencias así lo permitan.
- Estandarización de: manuales y guías para el uso y reúso de dispositivos médicos, teniendo en cuenta las especificaciones del fabricante; procedimientos siguiendo las recomendaciones del fabricante para el procesamiento y control de calidad que demuestran eficacia y desempeño y esterilidad del producto.
- Documentación, actualización, socialización e implementación del Programa de tecnovigilancia que garantice que el dispositivo médico no ha perdido la eficacia y desempeño para el cual fue diseñado, ni exponga al riesgo de infecciones ni complicaciones al usuario.



- Socialización de estos documentos a los servidores y a los estudiantes que roten en la dependencia.
- Seguimiento a la adherencia a protocolos institucionales para el control de infecciones entre los que se encuentran: protocolo de higiene de manos, protocolo institucional de asepsia, antisepsia de herida quirúrgica.
- Establecimiento de planes de mejora en los casos en que aplique.
- Iluminación adecuada de las áreas destinadas a la prestación de los servicios
- Cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo de equipos y dispositivos médicos y odontológicos
- Monitorización de la efectividad de las acciones a través de los comités de vigilancia epidemiológica e infecciones hospitalarias- COVE y de seguridad del paciente.
- Realización de desinfección y esterilización de equipos e instrumental en las dependencias en las que aplica de acuerdo con el Manual de bioseguridad.
- Asepsia y antisepsia de equipos y superficies en los diversos servicios de acuerdo con el Manual de limpieza y desinfección. Adherencia y seguimiento permanente de las normas de precaución universal independientemente de si el paciente es considerado infectado o no.

Seguimiento de conductas específicas

- Verificación del estado de inmunidad de todos los servidores del equipo para los biorriesgos prevenibles por este medio.
- Control post operatorio por parte del cirujano oral.
- Seguimiento de enfermería a pacientes que requieren curación por diferentes causas.
- Utilización de barreras de seguridad según lo definido en el protocolo institucional para los servicios que así lo requieran.

Gestión de eventos adversos

- Realización de vigilancia activa con base en los COVE de cada dependencia.
- Seguimiento y gestión a la notificación de eventos adversos relacionados con la presentación de infecciones asociadas a la prestación de los servicios.
- Desarrollo de auditorías semestrales que evalúen los indicadores relacionados con la prevención de infecciones relacionadas con la atención sanitaria.

La Universidad Nacional de Colombia cuenta con un plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares, que contribuye a la sostenibilidad ambiental de todas las unidades académicas y administrativas. Este documento proporciona los lineamientos para el manejo integral de los residuos generados en el marco de las actividades que generen residuos en la atención a la salud y otras actividades dentro de la institución. Como parte integral del plan de gestión Integral, la Universidad Nacional cuenta con anexos, procedimientos, procesos y actividades que permiten dar cumplimiento a los requerimientos de las autoridades ambientales y sanitarias.

➤ Protocolo de Uso seguro de Antibióticos ^{40, 41}

Como profesional de la salud tiene la responsabilidad de promover el buen uso de los antibióticos y evitar la proliferación de microorganismos multirresistentes tanto en la comunidad como en el medio hospitalario. Para esto también se deberá educar a los pacientes sobre los riesgos de la auto formulación. Este protocolo aplicará para aquellas dependencias donde aplique se deberá contar con un protocolo de uso seguro de medicamentos de acuerdo con los lineamientos de la OMS



7.7. Cirugía/Procedimiento Seguro

Los procedimientos quirúrgicos, odontológicos entre otros pueden traer una serie de riesgos para el paciente; por eso a través de la campaña “Cirugía Segura Salva Vidas” la OMS da los lineamientos que buscan disminuir el riesgo de errores en la identificación, en el sitio de realización del procedimiento, los riesgos relacionados con la anestesia, con el uso de hemoderivados, así como con la prevención de infecciones asociadas al sitio operatorio ^{42,43}.

A través de la implementación de las prácticas seguras de Cirugía Segura se busca evitar los “Never Events” o eventos que nunca deberían ocurrir ^{46,47}:

- Realización del procedimiento quirúrgico en el paciente equivocado
- Realización del procedimiento equivocado al paciente
- Realización del procedimiento quirúrgico en el sitio equivocado
- Permanencia de cuerpos extraños en el cuerpo del paciente

En algunas de las dependencias habilitadas de la Universidad Nacional se prestan servicios de odontología general y especializada a quienes les aplica esta práctica segura.

En lo relacionado con la realización de una cirugía o un procedimiento en general, se debe tener en cuenta la fase previa (preoperatoria), la realización del procedimiento (operatoria) y la fase posterior a este (postoperatoria).

Antes de realizar cualquier tipo de procedimiento o cirugía, es fundamental que el profesional realice una adecuada Identificación de Riesgos, algunos ejemplos son:

- Errores en documentos para el trámite del procedimiento.
- Historia Clínica incompleta o mal diligenciada.
- Información al paciente incompleta o inadecuada.
- Demoras en el diagnóstico.
- Demoras en la remisión.
- Demoras en tratamiento.
- Remisión con poca o nula información, inexacta, incorrecta.
- Errores en manejo farmacológico que trae el paciente.
- Error en la indicación del procedimiento.
- Interacciones medicamentosas.
- Efectos secundarios/uso inadecuado de analgésicos.
- Mal manejo de antibióticos.
- Errores en procedimientos previos.
- No adherencia a guías de práctica clínica.
- No adherencia a las prácticas seguras de la OMS.
- Caídas del paciente en el servicio.
- Caídas de objetos pesados sobre el paciente.
- Lesiones por instrumental cortopunzante, quemaduras.
- Ingesta o aspiración de material o líquidos odontológicos.
- Daño ocular

Entre otros, diligenciar completamente la historia clínica, con especial énfasis en los antecedentes personales del



paciente para identificar apropiadamente el riesgo quirúrgico:

- Riesgo de infección.
- Necesidad de profilaxis antibiótica.
- Riesgo de sangrado.
- Realice identificación del riesgo cardiovascular.
- Alergias

Se debe escribir explícitamente en la Historia Clínica el nombre del procedimiento a realizar, el sitio y la justificación clínica para este. Así mismo, se definirá en los casos que se requiera, el tipo de anestesia y/o analgesia a usar.

Con la evaluación adecuada prequirúrgica el profesional podrá estimar el riesgo cardiovascular con las herramientas definidas por las dependencias. La clasificación ASA es ampliamente conocida y puede ser una herramienta de fácil uso y acceso para los profesionales de la salud que así lo requieran en las dependencias habilitadas

Así mismo la valoración prequirúrgica es la oportunidad para educar al paciente y su familia sobre el procedimiento a realizar.

- Marcación del sitio a intervenir ^{46, 47}:

Cuando se habla de procedimiento correcto se debe tener en cuenta que este se realice en el lado y el lugar correcto, en el órgano correcto, a la persona correcta y utilizando el implante o prótesis correcta en caso de requerirla. Para esto se recomienda la implementación de la práctica que consiste en la marcación del sitio de la intervención, lo cual para el caso de las dependencias habilitadas que prestar servicios de odontología también se puede utilizar.

La lista de chequeo quirúrgica ^{42, 43} puede utilizarse en la realización de procedimientos médicos y odontológicos, podrá ser ajustada de acuerdo con los requerimientos de cada dependencia y de los servicios ofertados para que se socialice y se realice en los momentos que sea pertinente.

- Verificación de existencia de alergias.
- Corroboración de identidad del paciente y firma de consentimiento informado
- Indicación sobre la naturaleza de la intervención: Cirugía programada o urgencia
- Verificación de imágenes diagnósticas
- Identificación de zona de intervención
- Verificación de medicación necesaria
- Chequeo de material e instrumental necesarios
- Revisión del funcionamiento de instrumental rotatorio, equipo de aspiración quirúrgica, etc.
- Creación de la lista de verificación de documentos administrativos de soporte
- Diligenciamiento completo de la Historia Clínica del paciente.
- Desarrollo de sistema de alerta de conteo de material médico-quirúrgico.
- Diseño de plan de contingencia en caso de cirugías de urgencia o prolongación de tiempos quirúrgicos.
- Información clara sobre el procedimiento al paciente y su familia: Este incluirá preparación antes del procedimiento y cuidados posteriores al mismo.
- Procedimiento de compra, chequeo y mantenimiento de equipos, instrumental y dispositivos médicos necesarios para el procedimiento.



- Planeación en la compra y mantenimiento de insumos médicos necesarios.
- Establecimiento y mantenimiento de un área de procedimientos adecuada (iluminación y ventilación).
- Prevención de las infecciones del Sitio Operatorio

Uno de los eventos más frecuentes relacionados con la realización de procedimientos y cirugías es la infección del Sitio Operatorio. Para evitarlos es fundamental contar con líderes en la dependencia que tengan claras las medidas relacionadas con seguridad del paciente y destine los recursos suficientes para la consecución de insumos que permitan prácticas seguras.

En el servicio de odontología y en los que apliquen otros procedimientos, es importante tener en cuenta las siguientes precauciones estándar:

- Cumplir con el Manual Institucional de Bioseguridad.
- Realizar adecuada Higiene de manos.
- Uso de elementos de protección personal.
- Cumplir con las medidas de higiene respiratoria.
- Implementar las medidas de seguridad con cortopunzantes.
- Implementar las medidas de seguridad en prácticas de inyección.
- Realizar adecuada limpieza y desinfección de superficies.
- Cumplir con el Proceso de Esterilización.

La profilaxis antibiótica debe tenerse en cuenta desde la valoración preoperatoria de acuerdo con las guías de práctica clínica que le apliquen a la intervención a realizar. Se recomienda que en los servicios de consulta externa donde aplique se deberá citar al paciente con el tiempo suficiente para administrar el medicamento antes del ingreso al procedimiento.

- Otros riesgos asociados al procedimiento ⁴⁸

De acuerdo con el procedimiento a realizar la dependencia deberá evaluar la probabilidad de ocurrencia de trauma asociado al uso del instrumental, infecciones oculares por salpicaduras y quemaduras por uso de líquidos ácidos/básicos o el uso del electrobisturí.

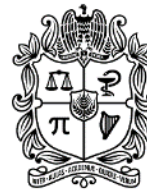
Al finalizar el procedimiento comienza la fase postoperatoria, en la cual es importante tener en cuenta:

- Recomendaciones por escrito, específicas para el procedimiento y haberlas explicado desde antes del procedimiento.
- Dejar agendada la cita de control antes de que el paciente salga de la dependencia
- Diligenciar adecuadamente las fórmulas y ordenes adicionales incluyendo la incapacidad que el paciente pueda requerir.
- Dar por escrito al paciente los signos de alarma y donde acudir en caso de urgencias
- Solo dar la salida del paciente en el momento que se verifique que está en condiciones de hacerlo.

4.8. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental

La salud mental es el estado de bienestar en que la persona es consciente de sus capacidades, afronta de manera efectiva las presiones de la vida diaria, trabaja activamente y contribuye al desarrollo de su comunidad. La salud mental es un asunto de todos pues afecta la vida, no sólo de las personas que padecen enfermedades mentales, sino también la de sus cuidadores influyendo de forma negativa en la productividad de la sociedad ^{49, 50}.

En la atención primaria y de consulta externa no sólo en las dependencias con servicios de psicología y psiquiatría sino en medicina general, el profesional de salud deberá estar alerta a los posibles síntomas y signos



que pueda manifestar el paciente para lograr una atención oportuna en lo referente a su situación emocional ⁴⁹.
⁵¹.

- Las fallas activas más frecuentes en la atención de los pacientes con diagnóstico o posible riesgo de enfermedad mental son ^{49, 50, 52}:
 - No valoración del riesgo por parte del profesional de la salud
 - Error en el diagnóstico u omisión del diagnóstico de enfermedad mental (depresión, ansiedad, estados alterados de conciencia y riesgo de suicidio)
 - No remisión a psiquiatría o psicología en los casos que se requieren
 - Ausencia de seguimiento al paciente con enfermedad mental o que ha acudido a los servicios para la atención de una crisis emocional
 - No identificación del riesgo de autolesión, consumo de sustancias psicoactivas y suicidio

- Actividades para mitigar el riesgo:
 - Identificación del riesgo.
 - Clasificación del riesgo al ingreso y egreso del paciente
 - Prevenir suicidio
 - Prevenir agresión física
 - Prevenir violación
 - Prevenir consumo de cigarrillo y psicoactivos

4.9. Atención de pacientes Gestantes y Recién Nacidos

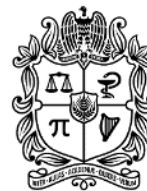
De acuerdo con la literatura, a mayor parte de muertes maternas tiene lugar después del parto, generalmente durante las 24 horas siguientes. Aproximadamente la cuarta parte de las muertes ocurre durante el embarazo y alrededor del 15% durante el parto. La investigación ha demostrado que los recién nacidos que pierden a sus madres tienen menos probabilidades de sobrevivir ^{52,54}.

Debido a que las mujeres y los recién nacidos se ven expuestos a una considerable carga de riesgos y daños derivados de una atención poco segura, agravados por la alteración en la prestación de los servicios esenciales a causa de la pandemia de COVID-19, en el año 2021 la OMS recalcó la importancia de la atención segura para las maternas y los recién nacidos en el día mundial de la seguridad del paciente y de acuerdo con sus cifras informó que cada día mueren aproximadamente 810 mujeres por causas prevenibles vinculadas al embarazo y el parto ⁵⁵.

En las dependencias habilitadas de la Universidad Nacional de Colombia, si bien no se presta atención del parto; a varias de sus dependencias acuden a consulta mujeres gestantes que son candidatas de ofrecerles un adecuado control prenatal que puede contribuir con la detección temprana de anomalías en el proceso del embarazo y del parto. Así mismo, en algunas dependencias se cuenta con servicio de pediatría, en el cual se realiza la atención del recién nacido.

En las dependencias donde no se cuente con atención específica para la gestante y el recién nacido pero que dentro de su población puedan asistir mujeres gestantes se deberán tener en cuenta las siguientes prácticas seguras ⁵⁶:

- Atención oportuna evitando demoras por trámites administrativos
- Uso seguro de medicamentos teniendo en cuenta la clasificación del riesgo de su uso en gestación y lactancia



- Remisión a la especialidad o el nivel de atención que corresponda dejando evidencia en la historia clínica del riesgo detectado.
- Promoción de la planificación familiar según el tipo de servicios ofertados y donde corresponda, identificando grupos de riesgo y favoreciendo una adecuada consejería

En las dependencias de la Universidad donde se cuente con atención específica para las gestantes y el recién nacido, además de las medidas anteriores deberán contar con un programa de control prenatal o detección temprana de los riesgos asociados a la gestación.

En lo relacionado con la formación del personal asistencial se deberá tener en cuenta:

- Disponer de un entrenamiento y formación del personal de atención que incluya capacitación y difusión de guías y protocolos de atención.
- Asegurar que los programas de educación al trabajador incluyan componentes prácticos sobre identificación de signos de alarma y la forma de responder a emergencias obstétricas
- Formar al personal para que conozca y transmita información acerca de los derechos en salud sexual y reproductiva

Así mismo se deberá identificar y direccionar según lo tenga definido la dependencia, a aquellas maternas que cumplan con los criterios de interrupción voluntaria del embarazo.

5.VIGILANCIA

El principal objetivo de los programas de vigilancia (farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia) es contribuir a la protección de la salud y la seguridad de pacientes, mediante acciones de detección, reducción y control del riesgo que se puede generar como resultado de la utilización de medicamentos, dispositivos médicos o reactivos in vitro que puedan ocasionar incidentes o eventos adversos que pongan en riesgo la integridad o salud de los usuarios.

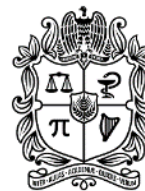
5.1 FARMACOVIGILANCIA

La farmacovigilancia es definida por la OMS como “la ciencia y las actividades relacionadas con la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos de los medicamentos o cualquier otro posible problema relacionado con los fármacos”⁵⁸

Su principal orientación es supervisar los medicamentos contribuyendo a su uso seguro y racional mediante la evaluación permanente de sus riesgos. Tratándose así, de una actividad compartida por los profesionales de la salud y relacionada con la vigilancia sanitaria de los mismos para identificar los efectos adversos que eventualmente pueden producir los medicamentos, los cuales ocupan un lugar específico y no es otro que el grupo de factores de riesgo del consumo, el cual tiene relación con todos los elementos, agentes o circunstancias capaces de alterar la seguridad o inocuidad de los productos objeto de atención.

➤ Los principales objetivos son:

- Formular directrices y lineamientos para garantizar la gestión de medicamentos en una forma segura en pro de la seguridad del paciente.
- Identificar y evaluar los riesgos generados por la gestión de medicamentos para prevenir incidentes y eventos adversos.
- Generar mecanismos y estrategias para disminuir y controlar los riesgos generados en la gestión de medicamentos.



- Vigilar y gestionar en cuanto aplique tanto en las dependencias y facultades de salud con servicios de salud habilitados eventos y reacciones adversas a medicamentos.
- Identificación de factores de riesgo y de los posibles mecanismos subyacentes de las reacciones adversas.
- Estimación de los aspectos cuantitativos de la relación beneficio/riesgo y difusión de la información necesaria para mejorar la regulación y prescripción de medicamentos.

➤ Que se debe vigilar

RAM: Reacción Adversa a Medicamento

EAM: Evento Adverso a Medicamento

PRM: Problema Relacionado con Medicamento Muchos de las RAM y de los PRM no son prevenibles y están condicionados por factores no modificables como la edad o el sexo del paciente. En consecuencia, es muy poco lo que se puede intervenir directamente sobre ellos.

5.2 TECNOVIGILANCIA

Tecnovigilancia es un Sistema de vigilancia postmercado de dispositivos médicos (DM) que identifica, recoleciona, evalúa, gestiona y divulga los eventos o incidentes adversos que presentan los dispositivos médicos (DM) durante su uso, para mejorar la protección de la salud y la seguridad de los pacientes.⁵⁹

Dentro de los estándares de obligatorio cumplimiento establecidos por la normatividad vigente se encuentra la implementación del programa de Tecnovigilancia, esto con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes para lo cual este programa debe contar con requisitos como: calidad y capacidad de reunir la información más completa sobre eventos o incidentes adversos producidos por los dispositivos médicos y equipos biomédicos, de manera que constituyan fuentes de conocimiento y sirvan de base para futuras actividades de prevención.

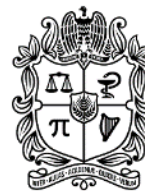
Ante la aparición de un evento o incidente adverso generado por un dispositivo médico deben tomarse medidas apropiadas al respecto, así como, establecer soluciones efectivas y aplicables que beneficien tanto a los pacientes como a las dependencias y programas de salud con servicios habilitados.

Las actividades y acciones que se desarrollaran para la implementación, seguimiento y evaluación del Programa de Tecnovigilancia se encontraran descritas en el Documento institucional Programa de Tecnovigilancia, así como las acciones de seguimiento y evaluación que permitirán el mejoramiento, fortalecimiento y la adopción de prácticas seguras.

5.3 REACTIVOVIGILANCIA

Conjunto de actividades que tiene por objeto la identificación y cualificación de efectos indeseados ocasionados por defectos en la calidad de los reactivos de diagnóstico in vitro, así como la identificación de los factores de riesgo o características que puedan estar relacionadas con estos. El Programa Nacional de Reactivovigilancia se basará en la notificación, registro y evaluación sistemática de los problemas relacionados con los reactivos de diagnóstico in vitro, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de estos para prevenir su aparición.⁶⁰

La garantía de la seguridad y confianza en la etapa pre-analítica, analítica y post-analítica se convierte en un factor fundamental dentro del ámbito clínico y en la seguridad del paciente, por lo cual los servicios habilitados de laboratorio clínico en la Universidad nacional de Colombia representan un servicio de apoyo diagnóstico de vital importancia para la definición de Diagnóstico y conducta terapéutica.



De igual modo, se debe garantizar la identificación, evaluación, análisis, seguimiento, prevención y divulgación oportuna de la información relacionada con los efectos indeseados o fallas con los reactivos de diagnóstico IN VITRO utilizados en la prestación del servicio de toma de muestras y de laboratorio clínico, que conlleven a presentar factores de riesgo con el fin de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de estos para prevenir su aparición.

Las actividades de vigilancia post-comercialización a los reactivos de diagnóstico in vitro, utilizados en los Laboratorios Clínicos habilitados en la sede Bogotá de Unisalud, deben permitir identificar los eventos e incidentes relacionados con seguridad del paciente, gestionar de manera integral la información, obteniendo el compromiso y la participación activa de todos los integrantes del equipo personas involucrados en el ciclo de vida del producto y la atención de los pacientes, con el fin de proteger la salud de la población y el medio ambiente en el marco de un sistema de gestión de riesgos, articulado y gestionado por las autoridades sanitarias competentes.

Las actividades y acciones que se desarrollaran para la implementación, seguimiento y evaluación del Programa de Reactivo vigilancia se encontraran descritas en el Documento institucional Programa de Reactivo vigilancia, así como las acciones de seguimiento y evaluación que permitirán el mejoramiento, fortalecimiento y la adopción de prácticas seguras en el uso adecuado de los reactivos de diagnóstico in vitro.

6. MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO

La vigilancia y gestión de eventos adversos y riesgos priorizados constituye un aspecto fundamental en el mejoramiento institucional. Para esto no solamente deberán realizarse actividades de autocontrol o de auditoría por los referentes de seguridad del paciente en las dependencias habilitadas, sino por el coordinador general del sistema.

Por medio del seguimiento de la promoción de la cultura institucional de seguridad, así como de la implementación de las practicas seguras, podrán detectarse de forma temprana oportunidades de mejora que disminuirán el riesgo de ocurrencia de los eventos adversos.

Debido a la diversidad de los servicios ofertados por las dependencias de la Universidad, cada una deberá contar con las Guías de Práctica Clínica, procedimientos, protocolos que apliquen a los servicios ofertados, las cuales serán actualizadas mínimo cada 3 años o cada vez que se considere pertinente y deberán ser socializadas y evaluadas con la regularidad definida en cada dependencia para así apoyar la adecuada ejecución de las tareas y los procesos.

En lo relacionado con Seguridad del Paciente, se deberá contar con la evidencia de la socialización de las practicas seguras y la medición a la adherencia a las practicas seguras al menos cada 6 meses por medio de los indicadores reglamentarios y aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente, incluidos en estos documentos con la periodicidad definida por cada dependencia, no mayor a seis meses. En caso de encontrar acciones inseguras por la no adherencia a los lineamientos, se debe hacer seguimiento de estos y ejecutar las acciones necesarias para obtener una mejora y disminución de su presentación. Los riesgos priorizados se ajustarán periódicamente de acuerdo con los resultados obtenidos, a la normatividad vigente y a los lineamientos institucionales de gestión del riesgo emitidos por el SIGA.

Con el fin de consolidar la información de las dependencias habilitadas en lo relacionado con Seguridad del Paciente, el Coordinador del Sistema evaluara indicadores relacionados con los siguientes grupos:

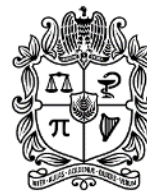


Reporte de eventos adversos
Gestión de eventos relacionados con seguridad del paciente
Gestión de la cultura de seguridad institucional
Implementación de las prácticas seguras
Gestión en formación del personal

Los indicadores definidos consolidados para las 18 dependencias se encontrarán en un documento anexo al presente documento.

BIBLIOGRAFIA

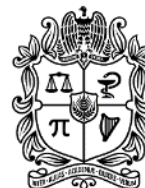
1. Resolución de Rectoría 663 de 2020: “por medio de la cual se crea el Sistema de Seguridad del Paciente en la Universidad Nacional de Colombia”
2. Ministerio de Salud y Protección Social, noviembre de 2011, Lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS.pdf>
3. Ministerio de Salud y Protección Social, noviembre de 2010 Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>
4. Ministerio de Salud y Protección Social, noviembre de 2008; Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia
5. Ministerio de Protección Social, 2007; Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente
6. Ministerio de Salud y Protección Social, 2010; Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud.
7. Ministerio de Salud y Protección Social, 2016; El Decreto 780 de 2016
8. Ministerio de Salud y Protección Social; Resolución 256 de 2016
9. Ministerio de Salud y Protección Social; Resolución 3100 de 2019
10. Frank Federico. Is Your Organization Highly Reliable? IHI. Healthcare Executive JAN/FEB 2018
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente. 2008
12. Frankel A, Haraden C, Federico F, Lenoci-Edwards J. A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care. White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare; 2017
13. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Seguridad del Paciente y la Atención Segura. Guía Técnica: “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Versión 2.0
14. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. **Asegurar la correcta identificación del paciente** en los procesos asistenciales. Versión 2.0
15. Joint Commission International. **Patient Identification**. Patient Safety solutions. Vol 1. Sol 2. Mayo 2007.
16. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. **Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio**. Versión 2.0



17. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. **Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.** Versión 2.0
18. High 5s Fact Sheet **The High 5s Correct Site Surgery** Standard Operating Protocol
19. **Health Partners. Patient Safety Essentials Toolkit.** 2019.
20. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social: Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. **Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden a los pacientes.** Versión 2.0
21. BaileWF,BuckmanR,LenziR,etal.SPIKES—Asix
stepprotocolfordeliveringbadnews:applicationtothepatientwithcancer.Oncologist2000;5(4):302-11
22. www.ahrq.gov/questionsaretheanswer
23. Bell, S., Smulowitz, P., Woodward, A., Mello, M., Duva A., Boothman, R., & Sands, K. (2012). **Disclosure, apology,** and offer programs: Stakeholders’ views of barriers and strategies for broad implementation. *The Milbank Quarterly*, 90(4): 682-705. doi: 10.1111/j.1468-0009.2012.00679.
24. Rinaldi C, et al. Becoming a “**second victim**” in health care: Pathway of recovery after adverse event. *Rev Calid Asist.* 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.05.001>
25. República de Colombia. Ley 23 de 1981.
26. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social: Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. **Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.** Versión 2.0
27. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1995 de 1999
28. WHO. **Medication without harm.** Strategic framework. <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>
29. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. **Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.** Versión 2.0
30. Joint Commission International. **Look-Alike, Sound-Alike** Medication Names. Patient Safety Solutions | volume 1, solution 1 | May 2007
31. WHO. **Medication without harm.** Strategic framework. <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>
32. Joint Commission International. **Look-Alike, Sound-Alike** Medication Names. Patient Safety Solutions | volume 1, solution 1 | May 2007
33. Monteiro, Cintia, Avelar, Ariane Ferreira Machado, & Pedreira, Mavilde da Luz Gonçalves. (2015). **Interruptions of nurses'** activities and patient safety: an integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 169-179. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0251.2539>
34. Sentinel Event Alert . **Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities.** A complimentary publication of The Joint Commission Issue 55, September 28, 2015.
35. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. **Procesos para la Prevención y reducción de la frecuencia de caídas.** Versión 2.0
36. Organización Mundial de la Salud. **Atención limpia atención segura.** World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge : 2005-2006 / World Alliance for Patient Safety.



37. Organización Panamericana de la Salud. **Prevención y Control de infecciones asociadas a la atención en salud**. Recomendaciones Básicas. 2017
38. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. **Manual de medidas básicas para el control de infecciones en IPS**. 2018.
39. Joint Commission International. **Measuring Hand Hygiene Adherence: Overcoming the Challenges**. 2009
40. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. **Plan Nacional de Respuesta a la Resistencia a los antimicrobianos**. Plan Estratégico Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud Junio de 2018
41. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Dirección de Salud Pública. **Uso prudente de antibióticos en instituciones prestadoras de servicios de salud**. Primera edición. 2008.
42. Organización Mundial de la Salud. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. **Cirugía segura salva vidas**. 2008
43. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. **Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos**. Versión 2.0
44. Protocolo Universal de Prevención de **Intervenciones y Procedimientos Quirúrgicos Erróneos, y de Intervenciones en Pacientes Equivocados (Wrong Person Surgery™)**. Hable
45. Centers for Disease Control and Prevention. **Summary of Infection Prevention Practices in Dental Settings: Basic Expectations for Safe Care**. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Dept. of Health and Human Services; October 2016.
46. AHRQ Patient Safety Network . Mark My Tooth | . Commentary by Richard A. Smith, DDS Published July-August 2007
47. SIGN, MARK & X-RAY Prevention of Wrong-Site Spinal Surgery David A. Wong, MD, MSc, FRCS(C) Chair NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY 2014
48. <https://www.ada.org/en/science-research/dental-quality-alliance/dqa-improvement-resources>
49. Ministerio de Salud y Protección Social. Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental. Versión 2.0
50. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
51. <https://www.who.int/health-topics/suicide/campaign-materials-handouts>
52. https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1
53. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, 2016-2030. New York: United Nations; 2015
54. Por una maternidad sin riesgos, cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Elizabeth I. Ransom – Nancy C. Yinger. 2002
55. <https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day/2021>
56. Ministerio de Salud y Protección Social. Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido. Versión 2.0
57. Ministerio de Salud y Protección Social. Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Versión 2.0
58. The importance of pharmacovigilance. Safety monitoring of medicinal products. Geneva: World Health Organization; 2002.



59. <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Tecnovigilancia.aspx#:~:text=Tecnovigilancia%20es%20un%20Sistema%20de,la%20seguridad%20de%20los%20pacientes.>
60. INVIMA. Resolución 2013038979 de 2013. Por la cual se implementa el Programa Nacional de Reactivovigilancia.
61. Resolución de Rectoría 663 de 2020: por medio de la cual se modifica la Resolución 663 de 2020 “Por el cual se crea el Sistema de Seguridad del Paciente en la Universidad Nacional de Colombia”

Elaboró:	Equipo Técnico del Sistema de Seguridad del Paciente	Revisó:	Comité Nacional de Seguridad del Paciente	Aprobó:	Comité Nacional de Seguridad del Paciente
Fecha:	Diciembre 2022	Fecha:	Diciembre 2022	Fecha:	Diciembre 2022