

**PROGRAMA ATENCION SEGURA - SEGURIDAD DEL PACIENTE  
E.S.E TIERRADENTRO  
2013**



**LILIANA FAJARDO ANDRADE  
VICTOR DAVID OLAVE MONTAÑO  
ESTHER CECILIA SOTELO GÓMEZ**

**UNIVERSIDAD EAN  
FACULTAD DE POSTGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA  
SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA  
POPAYÁN  
2013**

**PROGRAMA ATENCION SEGURA - SEGURIDAD DEL PACIENTE  
E.S.E TIERRADENTRO  
2013**

**LILIANA FAJARDO ANDRADE  
VICTOR DAVID OLAVE MONTAÑO  
ESTHER CECILIA SOTELO GÓMEZ**

**TRABAJO PRESENTADO COMO PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD CON  
ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA**

**ASESOR ACADÉMICO: MAG. DORA ZAMORA**

**UNIVERSIDAD EAN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA  
SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA  
POPAYÁN  
2013**

Popayán, 27 de agosto de 2013

Doctor  
**JORGE ERNESTO OCHOA MONTES**  
Director Postgrados en Salud  
Universidad EAN  
Ciudad.

Apreciado Doctor:

Comedidamente me permito informarle que una vez hecho el acompañamiento y revisado el Informe Final de Investigación –IFI–, elaborado por **VICTOR DAVID OLAVE MONTAÑO; LILIANA FAJARDO ANDRADE y ESTHER CECILIA SOTELO GOMEZ**, estudiantes de la especialización “AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA” desarrollado por la Universidad EAN en la ciudad de **Popayán** titulado: “PROGRAMA ATENCION SEGURA – SEGURIDAD DEL PACIENTE ESE TIERRADENTRO 2013”, cumple con los requisitos técnicos, metodológicos y de rigor Investigativo establecidos en la norma ICONTEC y la “Guía estandarizada de Investigación de la EAN” y por lo tanto dicho Informe es **APROBADO**.

Cordialmente,

  
**DORA ZAMORA VARGAS**  
Asesor del Informe Final de Investigación

## CONTENIDO

	Pág.
PÁGINA DE ACEPTACIÓN.....	1
PÁGINA DE CONTENIDO .....	2
PÁGINA DE DEDICATORIA.....	3
PÁGINA DE AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN EJECUTIVO.....	5
0 INTRODUCCIÓN.....	7
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
2 JUSTIFICACION .....	11
3 OBJETIVOS.....	13
3.1 GENERAL.....	13
3.2 ESPECIFICOS .....	13
4 DISEÑO METODOLOGICO.....	14
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	14
4.2 UNIVERSO Y MUESTRA.....	14
5 MARCOS CONCEPTUALES.....	15
5.1 TEORICO.....	15
5.2 LEGAL.....	15
6 DESARROLLO DEL TRABAJO.....	25
7 CONCLUSIONES.....	60
8 RECOMENDACIONES.....	61
9 BIBLIOGRAFIA.....	62

## PÁGINA DE DEDICATORIA

Los estudiantes dedican el presente trabajo a:

A mi madre porque su fortaleza logró el ser humano que soy, a mis hijos Karen y Santiago por ser el motor que me motiva a superarme cada día, a mi empresa por darme la posibilidad de formarme profesionalmente con la satisfacción del deber cumplido.

Liliana Fajardo

A Dios por ser la piedra angular en mi vida.  
A mis padres, no hay un día en el que no le agradezca al cielo el haberme colocado entre ustedes, la fortuna más grande es tenerlos conmigo y el tesoro más valioso me lo han dado en valores y amor.  
A mi hermano que ha sido y será mi mayor reto.  
A mi amor porque me ha enseñado el significado de la palabra incondicional.

Esther Sotelo

A Dios Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor, a mis Padres, mi Hermana y mi Novia por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su comprensión y amor incondicional.

Víctor Olave

“...se requiere de muchos estudios para ser profesional, pero se requiere de toda una vida para aprender a ser persona”

## **PÁGINA DE AGRADECIMIENTOS**

Los estudiantes expresan sus agradecimientos por la especial colaboración y asistencia prestada en la realización del presente trabajo a:

- Nuestros profesores del Postgrado por su dedicación y esfuerzo por darnos sus conocimientos.
- A todas las directivas y personal administrativo de la ESE TIERRADENTRO, PUNTO DE ATENCIÓN PÁEZ, por su especial colaboración para el desarrollo del trabajo y
- A todas las personas partícipes indirectas en la ejecución del proyecto.

## RESUMEN EJECUTIVO

El tema de la seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud fue una realidad poco o nada discutida hasta comienzos de los años noventa, época para la que Brennan y Leape, dos investigadores estadounidenses, publicaron en el The New England Journal of Medicine, una de las más prestigiosas revistas del mundo científico, los resultados de su revisión de treinta mil historias clínicas escogidas al azar. Estos autores encontraron que hay “una cantidad importante de lesiones inflingidas a pacientes por la atención médica, y que muchas de estas lesiones son producto de atención subestándar”, y concluyeron diciendo que “la reducción de estos eventos requeriría identificar sus causas y desarrollar métodos para prevenir el error o reducir sus consecuencias”.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en la ESE Tierradentro, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad; se deben desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura.

La ESE Tierradentro, se compromete bajo el esquema del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud a una atención centrada en el usuario, creando cultura de seguridad en alianza con nuestros clientes internos y externos, generando conciencia de la multicausalidad del evento adverso, en un ambiente físico que garantice confort todo enmarcado en la misión y visión actuales de la organización.

**Palabras Clave:** Atención en salud, Calidad de la atención en salud, Evento adverso, Incidente, Política de Seguridad del Paciente.

## ABSTRACT

The issue of patient safety in the delivery of health services was actually discussed little or not until the early nineties, a period for which Brennan and Leape, two American researchers, published in The New England Journal of Medicine, one of the world's most prestigious scientific journals, the results of its review of thirty thousand randomly selected medical records. These authors found that there is "a significant amount of injuries inflicted on patients for medical care, and that many of these injuries are the result of substandard care," and concluded by saying that "the reduction of these events require identifying their causes and develop methods to prevent error or reduce its consequences. "

Patient safety is a priority for health care in the ESE Tierradentro, incidents and adverse events are red warning light on the existence of unsafe care. Adverse events were reported in any activity and are a key indicator of its quality, it must develop processes that ensure users safe care.

The ESE Tierradentro, undertakes under the scheme of the Mandatory Quality Assurance in Health to a focus on the user, creating safety culture in partnership with our internal and external customers, generating awareness of the multiple adverse event in a physical environment that ensures comfort all framed in the current mission and vision of the organization.

**Keywords:** Health care, quality health care, adverse event, incident, Patient Safety Policy.

## 0 INTRODUCCIÓN

“Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente”<sup>1</sup>

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en la ESE Tierradentro, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad; se deben desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles.

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

Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino mas bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en el. Cuando

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

## 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en la ESE Tierradentro, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad; se deben desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles.

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

Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino mas bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en

salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos.

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

## 2 JUSTIFICACION

### **POLITICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

La ESE Tierradentro, se compromete bajo el esquema del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud a una atención centrada en el usuario, creando cultura de seguridad en alianza con nuestros clientes internos y externos, generando conciencia de la multicausalidad del evento adverso, en un ambiente físico que garantice confort todo enmarcado en la misión y visión actuales de la organización.

Se crea en la ESE Tierradentro el Programa de Seguridad del Paciente, con el fin de promover procesos institucionales y asistenciales seguros, con estrategias que permitan involucrar en los procesos al personal interno, a los pacientes y sus familiares, a los proveedores, aseguradores y comunidad; direccionado a desarrollar la cultura de la seguridad de tal forma que se vea el impacto en la ocurrencia y manejo de los Eventos Adversos y favorezca la calidad de la atención en salud.

### **PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

- **ENFOQUE DE ATENCIÓN CENTRADO EN EL USUARIO**

Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

- **CULTURA DE SEGURIDAD**

El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

- **INTEGRACIÓN CON EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.**

La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes. La resolución 123 de 2012 contempla el estándar de seguridad del paciente con exigencias que enfocan hacia el desarrollo de un programa de seguridad del paciente. La Resolución 1441 de 2013, la incluye en los estándares de procesos prioritarios y se convierte obligatoria para los prestadores de servicios de salud.

- **MULTICAUSALIDAD.** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- **VALIDEZ.** Para impactarlo se requiere implementar metodologías herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- **ALIANZA CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA.** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- **ALIANZA CON EL PROFESIONAL DE LA SALUD.** La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GENERAL**

Diseñar la Política de Seguridad del Paciente en la ESE Tierradentro Punto de Atención Páez, para la vigencia 2013.

#### **3.2 ESPECIFICOS**

- Realizar una revisión exhaustiva de la información con la que cuenta la Empresa en relación a la seguridad del paciente.
- Confrontar la información encontrada en la ESE, con las exigencias del Ministerio de la Protección Social con respecto a la Política de Seguridad del paciente.
- Concertar con el personal de la ESE las acciones de despliegue en el desarrollo de la política de seguridad del paciente.

## **4 DISEÑO METODOLOGICO**

### **4.1 TIPO DE ESTUDIO**

- Descriptivo

### **4.3 UNIVERSO Y MUESTRA**

Población y muestra:

El universo será el 100% de la información y /o documentos que ha producido o adoptado la ESE Tierradentro en relación con la seguridad del paciente.

Área de estudio: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO Tierradentro, ubicada en Belalcázar Cauca, Municipio de Páez, Departamento del Cauca.

## **5 MARCOS REFERENCIALES**

### **5.1 TEORICO**

#### **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

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

#### **ATENCIÓN EN SALUD**

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

#### **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA**

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

#### **FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

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

#### **RIESGO**

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

## **EVENTO ADVERSO**

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

### **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE**

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

### **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE**

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

**Factores atenuantes:** son las acciones o circunstancias que impiden o moderan la progresión de un incidente que ocasionen, potencialmente un daño al paciente. Los factores atenuantes están diseñados para minimizar el daño al paciente después de haberse producido un error y provocó daños en los mecanismos de control. En conjunto, la detección más la mitigación pueden impedir la progresión de un incidente que dañen a un paciente . Si el incidente resulta en un daño las acciones aminorantes pueden ser introducidas.

**Factores o peligros contribuyentes:** Son las circunstancias, acciones o influencias que se cree es el origen de un incidente o puede aumentar el riesgo de ocurrencia; ejemplo dentro de los factores humanos están: el comportamiento, el desempeño o la comunicación; el sistema que corresponde al trabajo o medio ambiente; o factores externos a la organización como el entorno natural o política legislativa. Es de tener en cuenta que cada uno de ellos o en conjunto pueden contribuir a las fallas en la seguridad del paciente.

**Factor Contribuyente:** es una circunstancia, acción o influencia (por ejemplo, mala asignación de tareas o funciones o no entrega correcta de un paciente) que que potencialmente puede dar origen o desarrollo, al aumento del riesgo de un incidente. Los factores que contribuyen pueden ser externos (falla en las políticas institucionales), de la organización (por ejemplo, falta de disponibilidad de personal, de protocolos aceptados), relacionados con un factor personal (por ejemplo, un individuo defectos cognitivos o de conducta, el trabajo en

equipo deficiente o la falta de comunicación) o relacionados con el paciente (por ejemplo, la falta de adherencia al plan de tratamiento). Un factor que contribuye puede ser un precursor necesario de un incidente y puede o no puede ser suficiente para provocar el incidente.

## **INCIDENTE**

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

## **COMPLICACIÓN**

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

## **VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

## **BARRERA DE SEGURIDAD**

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

## **SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO**

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

## **ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO**

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

## **TECNOVIGILANCIA**

Sistema de vigilancia post mercado, constituido por el conjunto de instituciones, normas, mecanismos, procesos, recursos financieros, técnicos y de talento humano que interactúan para la identificación, recolección, evaluación, gestión y divulgación de los eventos o incidentes adversos no descritos que presentan los dispositivos médicos durante su uso, la cuantificación del riesgo y la realización de medidas en salud pública, con el fin de mejorar la protección de la salud y la seguridad de los pacientes, usuarios y todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente con la utilización del dispositivo.

## **ALERTAS DE SEGURIDAD**

Son un mecanismo empleado en diversos programas de seguridad del paciente en el mundo para poner en común riesgos de ocurrencia de atención insegura que podrían afectar a diversas instituciones. Estas recomendaciones se producen a partir de análisis realizados en diversas instancias que identifican situaciones potencialmente generadoras de eventos adversos. Se trata de un mecanismo que se ha demostrado de gran utilidad para diseminar las barreras de seguridad y prácticas seguras.

## **ANÁLISIS CAUSA RAÍZ**

Root Cause Failure en sus siglas en inglés, es una herramienta básica para determinar las causas que generan el desarrollo de fallas, o en su defecto dentro de un conjunto de fallas, la anomalía de mayor peso en cuanto al impacto operacional, económico o de seguridad. Es un proceso de

identificación de los factores causales o básicos que son la razón fundamental de una variación en el desempeño. Las variaciones en el desempeño pueden (y frecuentemente lo hacen) producir resultados adversos inexplicados o indeseados, incluyendo la ocurrencia del riesgo de un evento centinela.

### **BÚSQUEDA ACTIVA**

La búsqueda activa, implica una acción proactiva para la detección de casos que por cualquier razón no fueron notificados o ingresados al sistema. Es una fuente de información más y un instrumento de control de calidad de la vigilancia de rutina, porque permite detectar casos que escapan al sistema.

### **FALLAS ACTIVAS**

Son errores producidos por el factor humano.

### **FALLAS LATENTES**

Son errores producidos a nivel de la organización.

### **GUÍAS DE REACCIÓN INMEDIATA**

Son las acciones inmediatas que ejecuta cada uno de los procesos ante la presencia de un evento adverso y que se encuentran consolidadas a las diferentes guías de acuerdo con los procesos asistenciales.

### **PRÁCTICAS SEGURAS**

Son todas aquellas actividades o acciones que aplicadas de manera sistemática y monitorizada minimizan el riesgo de la aparición de los eventos adversos; ejemplo de ello está la medicina basada en la evidencia, transmisión de la información y retroalimentación o el uso seguro del medicamento. Hacer un cuadro de prácticas seguras por procedimientos.

## **RIESGO**

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

## **RONDAS DE SEGURIDAD**

Estrategia para intervenir y disminuir los costos de la no calidad, a través de un acompañamiento personalizado a los diferentes procesos y realizado por el equipo directivo y líder de seguridad del paciente de la organización, con el fin de tomar decisiones de mejoras inmediatas. Estas sesiones son programadas

## **SESIONES BREVES DE SEGURIDAD**

Es un acompañamiento personalizado a uno o dos procesos de la organización por el líder del proceso, líder de calidad y líder de seguridad del paciente. Son reuniones no programadas (no hay toma de decisiones, se hacen actas para registrar lo observado e identificar oportunidades de mejora).

## **SISTEMA DE REPORTE DEL EVENTO ADVERSO**

Conjunto de lineamientos o directrices para realizar el reporte de los eventos adversos establecidos por la organización, cuyo fin último es la minimización del riesgo, evitar la materialización del evento y lograr el aprendizaje organizacional.

## **SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO**

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

**Paciente:** es una persona receptor de la asistencia sanitaria. Los pacientes son llamados a la vez de los clientes, inquilinos o consumidores.

**Peligro:** es una circunstancia, agente o acción con el potencial de causar daño.

**Reacción adversa:** es un daño inesperado que surgen de un tratamiento justificado. Por ejemplo, hipertrofia de un músculo frente a un tratamiento muscular justificado y basado en la evidencia

**Recuperación de incidentes:** Es la capacidad de una organización de identificar comprender y abordar para que un factor contribuyente no se convierta en un incidente.

**Resiliencia:** El grado en que un sistema continuo previene, detecta, mitiga o mejora riesgos o incidentes.

**Resistencia al Incidente:** Es el grado en que un sistema u organización tiene la capacidad de rebotar a su estado original y proporcionar el contexto para la discusión, detección, mitigación mejoramiento y reducción del riesgo.

**Resultados en la Organización:** Es el impacto a la organización cuando a ésta se le imputa total o parcialmente un incidente. Indican también las consecuencias imputables a la organización como el uso de mayores recursos para la atención del paciente, atención a los medios de comunicación, acciones legales.

El mismo incidente o circunstancia puede ser percibido como un incidente o un factor contribuyente dependiendo del contexto, circunstancia o resultado. Un incidente por lo tanto, puede ser designado como un tipo de incidente principal en función de un contexto específico. Para el caso de FisioExpress un paciente viene por un esguince de cuello de pie se traslada del gimnasio al cubículo y cae pero no sucede nada, es un incidente sin daño, el tipo de incidente es un accidente con caída; pero si al otro día el paciente pasando del mismo sitio al mismo se cae por que se resbala con un líquido que estaba derramado es un incidente perjudicial y el tipo de incidente se debe a un manejo clínico, la caída es un factor que contribuye a aumentar el riesgo u ocurrencia y se puede denominar " factor del entorno de trabajo", y "de la organización o servicio."

**Resultados de pacientes:** Contiene los conceptos que se relacionan con el impacto en un paciente que este total o parcialmente relacionado a un incidente; se pueden clasificar según el tipo de daño, el grado de daño o cualquier impacto social o económico.

## 1 Legal

Colombia es uno de los países con más larga trayectoria en el desarrollo de metodologías de calidad en América Latina. Las propuestas iniciales aparecen en los años 80 en el Instituto de seguros Sociales, avanzando en el año 95 con el primer manual de acreditación, el decreto 2174 de 1996, el decreto 2309 de 2002 y uno de los más específicos el decreto 1011 de 2006 que da los lineamientos para todo lo relacionado con el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad.

Con el planteamiento del decreto 1011 de 2006 – SOGC, cuando se plantean sus cuatro componentes todos tienen relación directa con la Seguridad del paciente.

La resolución 1043 de 2006

El anexo técnico número uno de la resolución 1043 por la cual se establece el manual único de estándares y de verificación, en su estándar 9 especifica claramente lo relacionado a seguimiento al riesgo en la prestación de servicios y lo mínimo con lo que debe contar una Empresa Prestadora de Servicios de Salud para su identificación, manejo y disminución, direccionado a que los servicios que se presten sean lo más seguros posible.

En el Anexo Técnico 2 de la resolución 1043 de 2006 contiene los aspectos complementarios y aclaratorios del anexo técnico número 01 o manual único de estándares de habilitación y su verificación en el punto cuatro

encontramos la forma como se debe evaluar los indicadores de seguimiento al riesgo.

En el componente de sistemas de información de la resolución 1446 se plantea cómo se debe hacer el reporte de los Eventos Adversos que se presenten. La resolución 1445 de 2006 ahora replanteada en la Resolución 123 de 2012 referente a los estándares de Acreditación, plantea la seguridad del paciente como eje transversal de los estándares superiores de calidad y el último componente El PAMEC en muchos de sus planteamientos orienta las acciones a la disminución del riesgo.

En el año 2007 se saca la Guía Técnica, de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, El propósito de esta guía es brindar a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación práctica de los mencionado lineamientos en sus procesos asistenciales, recopila una serie de prácticas disponibles en la literatura médica que son reconocidas como prácticas que incrementan la seguridad de los pacientes, bien sea porque cuentan con evidencia suficiente, o porque aunque no tienen suficiente evidencia, son recomendadas como tales por diferentes grupos de expertos. Se complementa con el desarrollo de paquetes instruccionales que apoyan la implementación de sus recomendaciones en los procesos internos de las instituciones, los cuales están publicados en el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud, cuentan con una herramienta de “e-learning” para la auto instrucción y un aula virtual para la formación de instructores. El Ministerio de la Protección Social a través de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud entrega a disposición de todos los profesionales de la salud de nuestro país ésta herramienta, que si es implementada e internalizada en los procesos de atención, contribuirá al mejor cumplimiento del mandato constitucional de proteger la vida y la salud de los ciudadanos de nuestro país.

En el mes de junio de 2.008, el Ministerio de la Protección Social establece los Lineamientos para la Creación de la Política de Seguridad del Paciente en Instituciones de Salud, herramienta valiosa para direccionar la implementación de la política.

## **6 DESARROLLO DEL TRABAJO**

### **6.1 OBJETIVOS DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

#### **A. GENERAL**

Disminuir el riesgo en la atención en salud a los pacientes atendidos en la ESE Tierradentro, mediante la implementación de un Programa de Seguridad que promueva la prevención de la ocurrencia de los eventos adversos, y el adecuado manejo de los que se presenten, teniendo en cuenta la normatividad vigente y la participación activa del paciente, su familia y el colaborador, en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden, potencialmente, incidir en la mejora de la seguridad de los procesos de atención.

#### **B.ESPECIFICOS:**

- Elaborar la política institucional de seguridad y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
- Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.

- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
- Aplicar estrategia IEC para la difusión de la política en la institución y la comunidad.
- Implementar estrategias que favorezcan las prácticas seguras en la atención en salud.
- Articular el programa de seguridad con los programas de la organización teniendo en cuenta la característica de transversalidad que implica su implementación.

## **6.2 ALCANCE**

Este manual es de aplicación a todas las áreas asistenciales y administrativas de la ESE Tierradentro.

## **6.3 EQUIPO INSITUCIONAL REFERENTE DE SEGURIDAD**

El equipo referente de Seguridad del Paciente de la ESE Tierradentro está conformado por el Líder de Seguridad del paciente, los enfermeros intramurales, los auxiliares de Enfermería de Programas y los Regentes de Farmacia de cada Punto de Atención.

Este equipo debe estar conformado formalmente mediante acto administrativo por parte del representante legal de la ESE.

Están encargados de la gestión institucional relacionada a la seguridad de los pacientes, están dirigidos por el Líder de Seguridad del Paciente y tienen las siguientes funciones:

- Desarrollar y generar los cambios pertinentes al programa de Seguridad del paciente.
- Liderar las rondas de seguridad
- Liderar las sesiones breves de seguridad
- Junto con los líderes de procesos y unidades funcionales hacer el análisis e investigación del evento adverso.
- Desarrollar junto con los líderes de procesos la vigilancia del evento adverso.
- Desarrollar las capacitaciones del programa que se ameriten.
- Dar los reportes necesarios a la Gerencia, de los adelantos y hallazgos en la ejecución del programa
- Hacer seguimiento a los indicadores trazadores.
- Velar por el sistema de búsqueda y seguimiento al evento adverso
- Velar por el cumplimiento al marco legal vigente o el que se vaya a desarrollar.
- Evaluar planes de acción.

Se reúne mensualmente, o en casos que ameriten lo hará en forma extraordinaria. Cuenta con un cronograma de trabajo que le permite medir sus avances.

## **6.4 CARACTERIZACION DE LOS EVENTOS ADVERSOS**

### **1. METODOLOGÍAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA CON LA CUAL SE PRESENTAN LOS EVENTOS ADVERSOS**

Para la ESE Tierradentro vamos a analizar intervalos periódicos de tiempo que midan la incidencia de ocurrencia de dicho fenómeno, para este propósito la metodología desarrollada a partir del estudio IBEAS que es una alternativa útil para este propósito, y nos proporciona herramientas para el análisis de indicio de evento adverso.

La incidencia de EA en la metodología IBEAS significa: “se considera EA incidente aquél que ocurre en cualquier proceso asistencial del paciente, ya pueda ser detectado en otro nivel asistencial o en otro hospital.”

### **2. PROCESOS PARA LA DETECCIÓN DE LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS**

Nuestro sistema de reporte intra institucional privilegia la confidencialidad de lo reportado, permite realizar un claro análisis

causal; dentro del cual se puede identificar los factores que están bajo el control de la institución, y diferenciarlos de aquellos que requieren acciones extra institucionales.

Para el proceso de detección se tiene definido un conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias, ellas son:

1. Fomentar el auto reporte de incidentes, errores y eventos adversos, teniendo en cuenta la premisa de trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.
2. Aceptar los reportes de otras personas o procesos en casos en que no se genere el auto reporte.
3. Revisar y resocializar cuáles son los eventos adversos más frecuentes por área de servicios: Urgencias, Hospitalización, Consulta Médica, Odontología, laboratorio clínico, rayos x, Fisioterapia, TAB.
4. Revisar y resocializar el reporte de reacciones medicamentosas y con dispositivos médicos en el área de farmacia.
5. Realizar Rondas de supervisión de Seguridad
6. Aplicar de listas de verificación, como instrumentos de tamizaje para la detección de eventos adversos hospitalarios.
7. Verificación de registros de ingresos de urgencias, hospitalización y partos.
8. Revisión de la notificación semanal de al SIVIGILA.

### **3. PROCESO PARA EL REPORTE DEL EVENTO ADVERSO:**

#### **QUE SE REPORTA:**

- Indicio de Atención Insegura
- Evento Adverso
- Evento Centinela
- Incidente

#### **COMO SE REPORTA**

- A través del formato para reporte de evento adverso que se encuentra disponible en una carpeta rotulada en cada uno de los servicios
- Informar verbalmente a la Coordinación del Área quien notificará en forma inmediata el reporte al Programa de Seguridad del paciente.

#### **A TRAVES DE QUE MEDIOS**

- Verbalmente se pueden reportar incidentes y/o indicios de atención insegura.
- A través de lista de verificación de supervisión diaria de pacientes
- Con el Formato de evento adverso: se utiliza para incidentes y/o indicios de atención insegura, eventos adversos y eventos centinelas. Al hacer el análisis se clasifican.
- Las personas implicadas en la ocurrencia de un evento adverso prevenible y/o un evento centinela, además de diligenciar el formato para reporte del evento adverso, deben incluirse en el ítem personas implicadas para los aportes pertinentes en el análisis.
- En formatos de fármaco vigilancia y tecno vigilancia adoptados en la ESE, según corresponda el caso.
- O mediante oficio al programa de seguridad del paciente.
- A través de correo electrónico del Programa de Seguridad: [seguridadesetierradentro@gmail.com](mailto:seguridadesetierradentro@gmail.com)

#### **CUANDO SE REPORTA**

- Se debe hacer reporte inmediato a la ocurrencia y/o detección del incidente o evento adverso, especialmente para casos graves; para casos leves la notificación máximo debe hacerse dentro de las 24 horas siguientes al conocimiento de la ocurrencia del evento o incidente.

#### **A QUIEN SE REPORTA**

- A la Coordinación del Programa de Seguridad del Paciente: todos los reportes deben ser entregados con copia a la coordinación de área.
- Se debe reportar al jefe inmediato y/o a la Coordinación del área respectiva: en casos de que la persona que coordina el Programa de Seguridad no se encuentre en el servicio. Posteriormente la persona que recibe el reporte debe pasarlo al Programa de Seguridad a primera hora del día hábil siguiente.

#### **COMO SE ASEGURA LA CONFIDENCIALIDAD DEL REPORTE**

- Todos los documentos y la información relacionada con un incidente o evento adverso, son manejados y custodiados por el Programa de Seguridad y son conocidos únicamente por el grupo investigador y las personas implicadas en el hecho.
- Los eventos adversos ocurridos y el análisis que se hace de ellos, se dan a conocer a todo el personal periódicamente, como

estrategia para prevenir la ocurrencia de errores en la atención y evitar que se repitan los que ya han ocurrido, pero sin mencionar los nombres de los trabajadores involucrados.

#### **4. PROCESO DE ANALISIS DEL REPORTE Y RETROALIMENTACION**

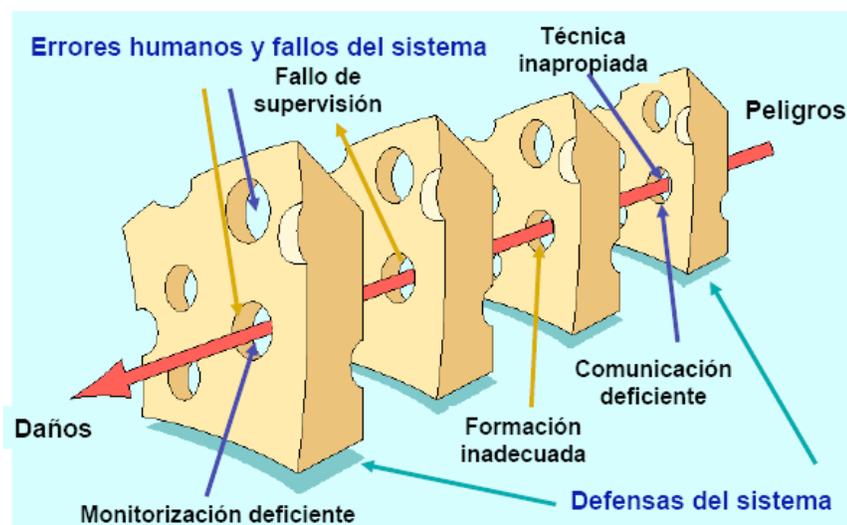
##### **EL MODELO EXPLICATIVO DE LA OCURRENCIA Y LA CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO**

La opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido.

El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, y es el que utilizaremos en este documento, es del queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó.

El siguiente gráfico ilustra este modelo. (Fig 1)

## Modelo explicativo



Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:769.

JM<sup>o</sup> Aranaz, C Aibar ©

Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad.

En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido se debe considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento. Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones, para lo cual se aplica el Protocolo de Londres. Las personas encargadas del análisis de los reportes según el caso son: Coordinadores de área, Coordinador Médico, Coordinador de calidad, Jefe del Programa de Seguridad del Paciente, Regente de Farmacia. En algunos casos es necesario el reporte de personas externas a los procesos, cuando el grupo investigador lo considera necesario.

El Programa de Seguridad debe hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejoramiento planeadas y garantizar retroalimentación al reportante.

Un proceso estructurado de la reflexión es en general más exitoso que cualquiera de los dos más que la suspicacia o las ideas de las evaluaciones rápidas de "expertos".

**a. Pasos a seguir para el análisis de un evento adverso:**

1. Identificación y decisión de investigar: en este ítem se determinará el tiempo para la intervención dependiendo de la gravedad del evento, catalogándolo como de carácter inmediato o mediato.
2. Selección del grupo investigador: Este grupo se conformará por mínimo por dos personas con diferente perfil preferiblemente. No se debe olvidar que se contempla la invitación de expertos cuando el caso lo amerite.
3. Organización de la información: esta incluye todos los registros médicos, documentos y formularios, información de las condiciones que afectan el entorno laboral.
4. El grupo seleccionado se reúne con el talento humano involucrado.
5. Se clasifica si es un evento adverso, si es centinela, o casi evento. Si es por la revisión de una historia clínica, se hace un breve resumen de lo encontrado.
6. Se puede hacer una descripción del problema:
  - Determinación cronológica del evento: Como es de vital importancia conocer con la mayor exactitud posible el desencadenamiento del evento adverso se debe hacer mapa cronológico así como una narración de los hechos si se prefiere apoyándose en un gráfico de flujo.
  - Identificación de problemas en la prestación de la atención: involucra todas las circunstancias en las que se desencadena el evento adverso.
  - Identificación de factores contributivos: haciendo énfasis en el proceso clínico que incluye: carga laboral, número de órdenes verbales, comunicación en el equipo de trabajo, entre otras.

- Se hace el análisis de causa de espina de pescado o 6M, el cual se describe brevemente, estableciendo las causas principales, de los 3 porque.
- 7. Se describe la reacción inmediata, la forma como se procedió clínicamente en el momento de presentarse el evento.
- 8. Hacer recomendaciones puntuales y formular plan de acción: en este punto es importante hacer claridad en que si bien el producto del análisis hará recomendaciones puntuales sobre el hecho presentado (medidas correctivas), siempre habrá lugar a la formulación de planes de mejora que se sigan sistemáticamente.
- 9. Realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora e informar resultados al líder de seguridad.
- 10. Realizar informe técnico mensual de avances en planes de mejora y de los resultados de los indicadores.

**Nota: La metodología de análisis es: causa - raíz espina de pescado**

## **5. COMO SE ESTIMULA EL REPORTE**

Las Directivas y Coordinadores de área de la Clínica deben demostrar y ser explícitos en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad.

Es necesario promover una cultura que anime la discusión y la comunicación de aquellas situaciones y circunstancias que puedan suponer una amenaza para la seguridad de los pacientes; y que vea en la aparición de errores y sucesos adversos una oportunidad de mejora. Instituir una cultura de seguridad del paciente justa, educativa y no punitiva, pero que fomente la responsabilidad.

Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente.

Garantizar la confidencialidad de los análisis y sensibilizar al personal acerca de la importancia de reportar errores y eventos adversos, resaltando que no se denuncia a las personas sino los hechos.

## **6. LISTADO DE EVENTOS ADVERSOS ESE Tierradentro**

Este listado de referencia de eventos adversos trazadores del anexo técnico de la resolución 1446 de 2006 clasificados según la terminología

propuesta por los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente.

### **INDICIOS DE ATENCION INSEGURA**

1. Reingreso al servicio de urgencias por misma causa antes de 72 Horas.
2. Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 15 días.
3. Utilización inadecuada de elementos con otra indicación.
4. Entrega equivocada de reportes de laboratorio.

### **EVENTO ADVERSO**

1. Pacientes con neumonías broncoaspirativas en pediatría.
2. Pacientes con úlceras de posición.
3. Distocia inadvertida.
4. Shock hipovolémico post - parto
5. Maternas con convulsión intrahospitalaria
9. Entrega equivocada de un neonato
10. Robo intra – institucional de niños
11. Fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados
12. Suicidio de pacientes internados
13. Consumo intra - institucional de psicoactivos
14. Caídas desde su propia altura intra – institucional
15. Retención de cuerpos extraños en pacientes internados
16. Quemaduras por lámparas de fototerapia y para electrocauterio
17. Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos
18. Flebitis en sitios de venopunción.
19. Ruptura prematura de membranas sin conducta definida
23. Asalto sexual en la institución
25. Asfixia perinatal
26. Deterioro del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow sin tratamiento
27. Secuelas post - reanimación
28. Pérdida de pertenencias de usuarios
29. Pacientes con diagnóstico que apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnóstico.

### REPORTE DE EVENTO ADVERSO GENERAL

Nº	NOMBRE DEL EVENTO	MARCAR (X)
1	Cancelación de consulta o actividades sin información previa al usuario	
2	Reacción medicamentosa	
3	Shock hipovolémico postparto	
4	Maternas con convulsión intrahospitalaria	
5	Reingreso al servicio de urgencias por la misma causa antes de 72 horas	
6	Reingreso al servicio de hospitalización por la misma causa antes de 15 días	
7	Entrega equivocada de un neonato	
8	Robo intrainstitucional de niños	
9	Fuga de pacientes	
10	Suicidio de pacientes internados	
11	Consumo intrainstitucional de psicoactivos	
12	Caída de pacientes desde su propia altura o desde la cama o camilla	
13	Flebitis en sitio de venopunción	
14	Ruptura prematura de membranas sin conducta definida	
15	Entrega equivocada de reportes de laboratorio	
16	Asalto sexual en la institución	
17	Asfixia perinatal	
18	Pérdida de pertenencias de los usuarios	

### FORMATO E.A ODONTOLOGIA

Nº	NOMBRE DEL EVENTO	MARCAR (X)
1	MICROEXPOSICION PULPAR POR PROCEDIMIENTO DE OPERATORIA.	
2	HIPERSENSIBILIDAD POSTOPERATORIA.	
3	FRACTURA DENTAL CORONAL O RADICULAR POST TRATAMIENTO ENDODONTICO.	
4	FRACTURA DENTAL CORONAL O RADICULAR.	
5	HEMORRAGIA POST EXODONCIA.	
6	ALVEOLITIS	
7	CAIDA DE OBTURACION	
8	INFECCIONES DERIVADAS DE PROCEDIMIENTOS	

**REPORTE DE EVENTO ADVERSO EN LABORATORIO CLINICO**

<b>Nº</b>	<b>NOMBRE DEL EVENTO</b>	<b>MARCAR (X)</b>
1	FLEBITIS EN SITIO DE VENOPUNCION	
2	PERDIDA O DAÑO DE LA MUESTRA	
3	REALIZACION DE EXAMEN A PACIENTE EQUIVOCADO	
4	INTERCAMBIO EN LA ENTREGA DE RESULTADOS	
5	CAMBIO DE NOMBRE O IDENTIFICACION DEL USUARIO EN EL REPORTE	
6	COMPLICACION DEL PACIENTE POR FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS.	
7	PERDIDA DEL DERECHO A LA INTIMIDAD POR DIVULGACION DE RESULTADOS	
8	PERDIDA DE RESULTADOS	

**FORMATO EA VACUNACION**

<b>Nº</b>	<b>NOMBRE DEL EVENTO</b>	<b>MARCAR (X)</b>
1	LINFADENITIS SUPURATIVA	
2	OSTEITIS POR BCG	
3	REACCION ALERGICA AL BIOLOGICO MODERADA O SEVERA	
4	PARALISIS FLACIDA DE MIEMBROS INFERIORES	
5	CONVULSIONES	
6	TROMBOCITOPENIA	
7	FORMACION DE ABSCESO EN SITIO DE APLICACION	
8	APARICION DE ENFERMEDAD INMUNOPREVENIBLE POTSVACUNAL	

# I

## 6.5 MONITOREO DE LOS EVENTOS ADVERSOS

### 1. SESIONES BREVES DE SEGURIDAD

Cada mes el líder de calidad y seguridad del paciente, junto con el líder de cada proceso (uno diferente cada mes o al que a consideración del líder de calidad o seguridad del paciente le parezca pertinente de acuerdo al movimiento de indicadores) realizará un acompañamiento no programado, se realizará un acta donde se registrará lo observado y se identificarán oportunidades de mejora con acciones de mejora a llevar a cabo para mejorar las actividades que den respuesta al programa de seguridad del paciente.

### 2. RONDAS DE SEGURIDAD

#### **Definición:**

Consiste en una visita planificada del personal ejecutivo relacionado con el área y con Seguridad del Paciente, para establecer una interacción directa con el personal y los pacientes, cuidando en todo momento guardar una actitud educativa.

Se puede hacer rondas de seguridad general o específica, por ejemplo de medicamentos, siendo este un proceso crítico dentro del tema de seguridad del paciente.

#### **Objetivo General:**

Fortalecer una cultura justa de seguridad de pacientes y contribuir a la construcción de un ambiente de trabajo seguro desde el compromiso de los directivos, realizando la verificación del cumplimiento de los requisitos de calidad y seguridad.

#### **Objetivos Específicos:**

- Identificar la ocurrencia de prácticas inseguras en la prestación del servicio, específicamente en el proceso de administración de medicamentos.
- Educar in situ al personal en cuanto a prácticas seguras en administración de medicamentos.
- Tomar contacto con los pacientes para identificar aspectos relacionados con su seguridad.
- Crear compromisos para mejorar la seguridad del paciente.

#### **Para qué deben hacerse?**

- Demostrar compromiso con la seguridad.

- Fomentar cambio de cultura frente a seguridad.
- Identificar oportunidades de mejoramiento de la seguridad.
- Establecer líneas de comunicación acerca de seguridad entre líderes, colaboradores y ejecutivos.
- Comprobar mejoramientos de la seguridad del paciente.

#### **Metodología.**

- Conversación de corredor.
- Conversaciones individuales.
- Observación directa.
- Revisión de Historias Clínicas.
- Entrevistar tanto personal de salud como pacientes.
- Utilización de formato de verificación.
- Consignar las observaciones en acta.
- Informar a la coordinación de Punto medio de acta y a las unidades o servicios involucrados para cumplimiento de las recomendaciones.
- Reconocimiento escrito a quienes realizan prácticas seguras.

#### **Frecuencia.**

- Inicialmente se realizar 2 veces por mes y posteriormente espaciar a una vez por mes cuando el proceso esté fortalecido.
- Sin cancelaciones.
- Horario estricto.
- Duración: dos horas

#### **Quiénes participan?**

- Enfermera Coordinadora Programa de Seguridad del Paciente
- Regente de Farmacia
- Coordinador de área o Enfermera asistencial del área de urgencias y hospitalización.

#### **METAS**

- 100% de los colaboradores esté convencido de que la política no punitiva frente a eventos adversos está activa y funciona.
- El reporte de eventos adversos incidentes e indicios de atención insegura relacionados con medicamentos se incremente en un 20%.
- Que se logre la meta de los indicadores de seguridad:
- Eventos adversos (<10%)

## **LISTAS DE CHEQUEO:**

Para reducir errores, eventos adversos, minimizar riesgos, promover el cumplimiento de medidas y garantizar la mayor seguridad para el paciente. Se debe considerar realizar listas de verificación de las actividades más importantes.

Alguna de las listas de verificación serán diligenciadas por el mismo personal asistencial, otras serán aplicadas durante rondas de seguridad y por las personas del programa que estarán realizando supervisión en las diferentes áreas.

Para aplicación por parte del Programa de Seguridad durante supervisión y rondas en los servicios:

- Formatos de verificación de rondas de seguridad para aplicación durante las rondas de seguridad en áreas asistenciales.
- Supervisión diaria de pacientes para aplicación a todos los pacientes de hospitalización y Urgencias.
- 5 momentos Lavado de manos se hará a un porcentaje representativo del personal de las áreas de Urgencias, Hospitalización, Laboratorio clínico, Imágenes y Consulta Externa.
- Colocación de sonda vesical: para aplicación a un porcentaje representativo de procedimientos en el servicio de Urgencias y/o hospitalización.
- Venopunción: para aplicación a un porcentaje representativo de procedimientos en el servicio de Urgencias
- Paso sondas entéricas: para aplicación a un porcentaje representativo de procedimientos en el servicio de Urgencias
- Aislamientos: para aplicación a todos los pacientes de hospitalización y Urgencias dada la complejidad.

Para diligenciamiento por parte del personal asistencial:

- Prevención de caídas: Hace parte de la historia clínica y es de aplicación en todas las áreas asistenciales (urgencias, hospitalización, cirugía y unidades críticas) a todos los pacientes al ingreso y con la periodicidad indicada en el protocolo según el área y las condiciones del paciente.
- Prevención de úlceras por presión: Hace parte de la historia clínica y es de aplicación en las áreas asistenciales de urgencias y hospitalización.

### **3. INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Definir, elaborar, alimentar, analizar, socializar y evaluar los indicadores específicos para Seguridad del Paciente.

El objetivo de los indicadores es realizar seguimiento y medir cumplimiento de las estrategias para la Seguridad del Paciente definidas por la institución. La Información será obtenida a través de supervisión directa al personal y a pacientes, revisión de historias clínicas, aplicación de listas de chequeo y sistema de reporte de eventos adversos.

Los resultados y análisis de los indicadores serán socializados con el personal para generar compromiso y apropiación de la información y así contribuir al fomento de la cultura de seguridad en todos los colaboradores. Algunos serán aplicables para todas las áreas hospitalarias donde se hará supervisión y otros serán específicos de cada área.

Los siguientes son los indicadores que se llevarán para todas las áreas hospitalarias:

INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	META	OBTENCION DE INFORMACION	OBJETIVO
Identificación de pacientes	Promedio diario de pacientes con identificación completa/ Promedio diario de pacientes supervisados x 100	100%	Supervisión diaria de pacientes-Lista de chequeo	Evaluar cumplimiento de estrategia Identificación de Pacientes para prevenir errores
Caídas de pacientes	# caídas de pacientes / # pacientes ingresados en el periodo x 100.	<2.7 %	Supervisión diaria de pacientes-Lista de chequeo-Sistema de Reporte de Eventos	Evaluar la implementación y adherencia a la estrategia prevención de Caídas
Errores en administración de medicamentos	No. errores en administración de medicamentos/ No. pacientes ingresados en el periodo x 100	<1.5 %	Supervisión diaria de pacientes-Revisión de historias clínicas-Lista de chequeo-Sistema de Reporte de Eventos	Evaluar la implementación y adherencia a la estrategia Medicamentos Seguros.
Flebitis	Promedio diario de flebitis en el Periodo/ Promedio diario de catéteres venosos periféricosx100	<1.5 %	Supervisión diaria de pacientes-Revisión de historias clínicas-Lista de chequeo-Sistema de	Evaluar la implementación y adherencia a la estrategia Atención limpia y segura y

			Reporte de Eventos	medicación segura.
Úlceras por presión	Número de úlceras por presión nuevas/ No. pacientes ingresados en el periodo x 100	<2.5 %	Supervisión diaria de pacientes-Lista de chequeo- Sistema de Reporte de Eventos	Evaluar la implementación y adherencia a la estrategia Piel Sana
Paciente semisentado	Promedio diario de pacientes con cabecera >30 grados/ Promedio diario de pacientes supervisados x 100	>97%	Supervisión diaria de pacientes-Lista de chequeo	Evaluar la implementación y adherencia a la recomendación de mantener la cabecera entre 30 y 45 grados para prevenir broncoaspiración y neumonías intrahospitalarias.
Lavado de Manos	No. de momentos de lavado de manos observado/ No. momentos de lavado de manos indicado según protocolo x 100	>90%	Lista de chequeo	Evaluar la implementación y adherencia a la estrategia Atención Limpia y Segura
Infección nosocomial				
Detección y registro de eventos adversos	No. eventos adversos detectados y registrados/ No. pacientes ingresados en el periodo x 100	<10%	Supervisión diaria de pacientes- Revisión de HCLista de chequeo- Sistema de Reporte de eventos	Evaluar sistema de reporte y cultura de seguridad.
Gestión de eventos adversos	No. eventos adversos gestionados/ No. eventos adversos reportados en el periodo x 100	100%	Base de datos de reporte de eventos adversos-análisis y planes de acción	Evaluar la gestión de los eventos adversos y hacer seguimiento
Muerte materna				

## 6.6 ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD - PRACTICAS SEGURAS

Para desarrollar este capítulo se tomará como referente la **Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”** de Ministerio de Protección Social 2010, que establece las recomendaciones que pueden tener en cuenta las Instituciones para incentivar,

promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud.

La “Buena Práctica” corresponde a la recomendación **acerca de la mejor manera de alcanzar** el propósito hacia el cual está dirigida la buena práctica.<sup>1</sup>

## **PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS:**

### **PRACTICA 1. ARTICULACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS DE LA ESE Tierradentro.**

#### **Acciones:**

- ❖ Establecer, implementar y armonizar la política de Seguridad del Paciente con el direccionamiento estratégico de la ESE Tierradentro.
- ❖ Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente.
- ❖ Articular el programa de seguridad del paciente con los programas de salud ocupacional, PGIRHS, Vigilancia Epidemiológica y los que desarrollen en busca de disminuir los riesgos en la atención en salud.
- ❖ Socializar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución. Promover un entorno no punitivo.
- ❖ Garantizar los recursos para el desarrollo de la política y del programa de seguridad del paciente.

### **PRACTICA 2. LA COMUNICACIÓN Y LA PROMOCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD.**

Cuando se habla de cultura de seguridad se trata de trabajar hacia la construcción de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinen el compromiso, el estilo y el desempeño de la institución.

#### **Se debe encaminar a:**

- ❖ Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua.
- ❖ La percepción compartida de la importancia de la seguridad.
- ❖ La confianza de la eficacia de las medidas preventivas.
- ❖ Un enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido.
- ❖ La existencia de un plan de capacitación y recursos
- ❖ El desarrollo de un clima organizacional educativo, más que en encontrar culpables para imponer castigo.

Para conocer, caracterizar y cuantificar los factores que determinan la cultura de seguridad en la ESE Tierradentro; se aplicará la “Encuesta de clima de seguridad” a fin de obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover este clima cultural y evaluar el impacto de este proceso

Como resultado final de este proceso, los colaboradores de la ESE Tierradentro deben sentir la posibilidad de hablar libremente de sus fallas y por ende el auto-reporte de los incidentes y eventos adversos que suceden se debe hacer evidente, sin sentir miedo por tratarse de un ambiente no punitivo pero responsable.

### **PRACTICA 3. CAPACITACIÓN AL CLIENTE INTERNO EN LOS ASPECTOS RELEVANTES DE LA SEGURIDAD EN LOS PROCESOS A SU CARGO.**

#### **Acciones:**

- ❖ La capacitación del personal debe estar orientada al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de atención en salud a cargo del trabajador de la salud.
- ❖ La capacitación de estar ilustrada en lo posible con ejemplos de la cotidianidad de la institución.
- ❖ La forma en que se presenten los contenidos al trabajador de la salud debe ser sencilla y concreta.

### **PRACTICA 4. COORDINAR PROCEDIMIENTOS Y ACCIONES RECÍPROCAS DE LOS PROGRAMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE ASEGURADOR Y PRESTADOR.**

- **Procedimientos de referencia de pacientes:**  
Definir, implementar y realizar seguimiento a los procedimientos que aseguren que los pacientes que requieren atención de manera urgente, no sean referidos a otros centros sin que éstos garanticen, previamente su atención.
- **Procedimientos para la autorización de servicios:**  
Definir implementar y realizar seguimiento a los procedimientos que garanticen la realización oportuna de procedimientos y hospitalización en la IPS solicitante.
- **Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente.**

Medir, analizar y tomar acciones con respecto a los tiempos de espera en la prestación de los servicios de salud de los servicios de la ESE Tierradentro que en su momento puedan afectar la seguridad de los pacientes.

- **Seguridad en la entrega de medicamentos POS y no POS:**  
Elaborar, implementar y hacer seguimiento de los procedimientos que aseguren la oportunidad de entrega de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, así como la disponibilidad de los incluidos en el POS.

## **PRACTICA 5. UTILIZACIÓN Y/O DESARROLLO DE SOFTWARE PARA DISMINUIR RIESGO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

La literatura soporta el efecto benéfico de esta práctica en la reducción de la frecuencia de los errores de medicación, los cuales incluyen daños serios a los pacientes:

- ❖ Orden médica hecha por computador en toda la institución
- ❖ Generación de alarmas a través de sistemas que detectan aparición de Eventos Adversos o indicios de atención insegura.
- ❖ Incluir aplicativos para la atención del paciente, como historia clínica electrónica, (preferiblemente) de manera segura y controlada. Definir planes de contingencia para la reducción de riesgos en el caso de tener historia clínica electrónica y física a la vez. Vigilancia permanente a las alarmas de alergias y demás riesgos de atención en la historia clínica.

### **6.7 SEGURIDAD EN EL AMBIENTE FÍSICO Y LA TECNOLOGÍA EN SALUD** **Acciones:**

- Ambiente físico seguro.
  - ❖ Evaluar las condiciones de localización segura de los hospitales y Puestos de Salud.
  - ❖ Evaluar las condiciones de vulnerabilidad (estructural y funcional).
  - ❖ Evaluar las condiciones de suministro de agua potable, fluido eléctrico y plan de contingencia acorde con las condiciones de seguridad establecidas por las Normas Nacionales.
  - ❖ Evaluar las condiciones ambientales a cada uno de los servicios de tal manera que se minimicen los riesgos de Infección Intrahospitalaria.
  - ❖ Identificar, analizar y definir conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad de los

pacientes: Procedimientos para la oportuna entrega de suministros a las áreas.

- Equipamiento tecnológico seguro.
  - ❖ Implementar procesos de evaluación del equipamiento (industrial, biomédico, administrativo) incorporando desde el inicio la determinación de especificaciones técnicas de los insumos a utilizar en la ESE Tierradentro.
  - ❖ Elaborar e implementar un modelo de seguridad del equipamiento. Evaluar si la tecnología existente satisface la seguridad de los pacientes y es acorde con las necesidades de la institución.
  - ❖ Realizar análisis a partir de los reportes de tecnovigilancia.

## **6.8. COMO MEJORAR LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES.**

### **1. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.**

- Definir e implementar procesos de mejora y estandarización de la comunicación cuando los pacientes no están bajo el cuidado del personal de salud o bajo la responsabilidad de alguien.
- Definir mecanismos de comunicación en los registros de la historia clínica.
- Definir los acrónimos o abreviaturas que no serán usadas.
- Tomar acciones para mejorar la oportunidad del reporte de exámenes al personal que recibe la información.
- Asegurar la efectiva comunicación durante los cambios de turnos y el traslado de pacientes intra e interinstitucionalmente.
- Realizar la revista médica para identificar variaciones en tratamiento y definir conductas.

### **2. Prevenir el cansancio del personal de salud.**

El cansancio en el personal de Salud se ha identificado como uno de los factores que afectan la Seguridad de pacientes.

Debe incluir:

- ❖ Adecuada proporción de pacientes en relación al personal de Salud que presta servicios.
- ❖ Asignación de horas de jornada laboral.
- ❖ Prevención del trabajo en jornadas continuas entre instituciones que superen los límites máximos recomendados.
- ❖ Propiciar espacios y tiempos de descanso del personal de salud.

### **3. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado.**

- ❖ Promover la cultura del consentimiento informado
- ❖ Garantizar que el consentimiento informado sea un acto profesional de comunicación con el paciente.
- ❖ Asegurar su registro en la historia clínica
- ❖ Garantizar que es entendido y consentido por el paciente.
- ❖ Garantizar mecanismos para verificar el cumplimiento de consentimiento informado.

### **6.9 INVOLUCRAR LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD**

Entre más esté el paciente comprometido con su salud, más ayudará a prevenir que sucedan los eventos adversos.

Deben ser tenidos en cuenta los diferentes tipos de pacientes en especial por la interculturalidad que se maneja en el municipio de Páez, con la etnia Nasa, para lo cual se debe utilizar el interlocutor para evitar las barreras de comunicación.

#### **Acciones:**

- **Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad**

En particular se debe enseñar a interrogar sobre aspectos como:

- ❖ ¿Cuál es mi problema principal? (¿Qué enfermedad tengo?)
- ❖ ¿Qué debo hacer? (¿Qué tratamiento debo seguir?)
- ❖ ¿Por qué es importante para mí hacer eso, qué beneficios y riesgos tiene?
- ❖ ¿A quién acudir cuando hay sospecha de riesgos para la atención?
- ❖ Ilustrar sobre la importancia de la identificación y el llamado por su nombre.
- ❖ Ilustrar sobre la importancia del lavado de manos de los profesionales antes de ser atendido.
- ❖ Ilustrar sobre la vigilancia y participación en el proceso de administración de medicamentos.
- ❖ Ilustrar sobre la importancia del consentimiento informado.

- ❖ Ilustrar sobre lo que es un evento adverso y la comunicación que debe dar el equipo de salud en caso de ocurrencia del evento.

## **PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS.**

### **PRACTICA 1. ESTANDARIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN.**

- Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia:
  - ❖ Estandarizar en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente durante su estadía en la institución.
  - ❖ Para el diseño y desarrollo de las guías deben tenerse en cuenta no solo las patologías más frecuentes, sino un amplio número de patologías posibles.
  - ❖ Realizar evaluación de la guía, previamente a su adopción, con instrumentos diseñados para tal efecto.
  - ❖ Incluir las guías de procedimientos de enfermería y de todas aquellas disciplinas que intervienen en la atención (protocolización de la guía).
  - ❖ Verificar la adherencia del personal a las guías implementadas.

### **PRACTICA 2: ATENCIÓN LIMPIA Y SEGURA**

#### **Acciones:**

Adelantar acciones para detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención.

#### **Considerar los procesos asistenciales para asegurar:**

- La prevención de flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.
- La prevención de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas.
- La prevención de neumonías nosocomiales asociadas no sólo a infección cruzada por el ambiente sino por implementos usados en terapias respiratorias..

#### **Desarrollar acciones encaminadas a:**

- Lograr cumplimiento (adherencia) del personal del lavado higiénico de las manos.
  - ❖ Elaborar, implementar y verificar el protocolo de lavado de manos.
  - ❖ Promover los cinco momentos del lavado de manos impulsados por la OMS: Esta medida tiene como objetivo minimizar riesgos y garantizar la mayor seguridad para el paciente en cuanto a prevención de infecciones. Para mejorar la adherencia al protocolo de lavado de manos se hacen las siguientes

actividades: Educación continuada, observación rutinaria aplicando lista de chequeo, control físico (infraestructura e insumos), educación al paciente, recordatorios en el sitio de trabajo, sanciones a quienes repetidamente incumplan con el protocolo y promover la cultura de seguridad del paciente.

- ❖ Se deben impulsar los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS:
  1. Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
  2. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
  3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
  4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.
  5. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente.
- ❖ Desarrollar profilaxis a través del uso de alcohol en la higiene de manos.

- Involucrar a los pacientes y sus familias en la prevención de la infección asociada a la atención en salud.
- Aislamiento de pacientes que lo requieren y verificar adherencia al procedimiento.
- Vacunación de todos los miembros del equipo de Salud para los biorriesgos prevenibles por este medio, el personal que trabaja en la ESE Tierradentro debe estar vacunado contra: Tétanos, Difteria, Sarampión, Rubeola, Paperas, Hepatitis B, Influenza Estacional, Fiebre Amarilla y otras de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por la institución y área geográfica.
- Gestionar la disposición de desechos hospitalarios
- Optimizar el lavado y desinfección de áreas
- Promover la prevención de infecciones a través del medio ambiente (manejo de aire, agua, circulación de personas)
- Asegurar el adecuado manejo de equipos de terapia respiratoria.
- Garantizar la implementación de medidas de bioseguridad en todos los procedimientos.
- Cabecera 30-45 grados: Garantizar que los pacientes estén semisentados en forma permanente. Se debe verificar, registrar y garantizar la posición con cabecera entre 30 y 45 grados, con cada toma de signos vitales y en cada cambio de posición. Se debe verificar con un visor de ángulo, el grado de inclinación de la cabecera, actividad que se debe supervisar diariamente. Esta sencilla estrategia minimiza riesgo de Broncoaspiración

y Neumonía Nosocomial al mismo tiempo que garantiza la mayor seguridad del paciente.

### **PRACTICA 3: MEDICAMENTOS SEGUROS**

Las acciones para disminuir al mínimo posible y ojala evitar los eventos adversos asociados al uso de medicamentos, se inician desde la selección prudente del medicamento, administración y se extienden hasta el seguimiento (monitoreo) del efecto del medicamento en el paciente.

#### **Acciones:**

- Participación del Regente de Farmacia en los procesos de dispensación, capacitación y seguimiento a manejo y preparación de medicamentos en los servicios de urgencias y hospitalización.
- Aplicar los DIEZ correctos: paciente, dosis, vía, hora, medicamento, registro correctos, explicar al paciente sobre el medicamento y verificar presencia de alergias.
- Identificación extra de medicamentos de alto riesgo y de presentación similar (marcaje, semaforización de todos los stocks y bodegas de medicamentos existentes en la empresa).
- Actualizar, socializar y evaluar protocolo de administración de medicamentos, donde se incluya el análisis causa-efecto de acciones inseguras y las barreras y mecanismos de defensa con estrategias para garantizar seguridad al paciente.
- Reportar al Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia todos los riesgos y errores relacionados con el proceso de administración de medicamentos, reacciones adversas medicamentosas (flebitis, interacciones, alergias, entre otros) y problemas relacionados con dispositivos y equipos médicos, para el respectivo análisis y plan de acción.
- Definir procesos de marcaje adicional a los medicamentos de alto riesgo de confusión con otro por tener presentaciones físicas muy parecidas.
- Definir procesos para evitar errores asociados al uso de electrolitos como el potasio, el sodio y el calcio.
- Implementar procesos para el manejo de medicamentos que son de uso frecuente y que pueden tener efectos secundarios severos. (Ej.: dipirona, penicilina y la vancomicina).
- Incluir en la recepción de los medicamentos la verificación de las órdenes de compra; incluir mecanismos que eviten la recepción de medicamentos y dispositivos médicos defectuosos a través de la verificación del estado físico, cantidad, fechas de vencimiento, número del lote, vigencia del registro sanitario del INVIMA y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío.

- Asegurar que en el proceso almacenamiento de los medicamentos, se incluya protocolo de gestión del riesgo, respetar la cadena de frío, realizar custodia a los medicamentos de control especial y hacer seguimiento a los stocks existentes por fuera de la farmacia.
- Asegurar que el proceso de selección de los proveedores incluya visitas y evaluación periódica; se debe seleccionar solo aquellos que tienen respaldo legal y que realizan un manejo adecuado de sus medicamentos.
- Definir mecanismos de compra que eviten adquirir medicamentos que no cuenten con Registro Sanitario Vigente del INVIMA y para el uso que pretende dárseles; de origen fraudulento, de calidad no certificada y verificable. Deben incluir los conceptos técnicos de los responsables de las áreas asistenciales.
- Conciliación de medicamentos en todas las fases de la atención: Procesos que aseguran la verificación de los medicamentos que el paciente recibe corrientemente de cualquier procedencia (paciente proveniente de la consulta externa, de otro servicio dentro de la institución o de otra institución).
- Rondas de seguridad de medicamentos.

#### **PRACTICA 4: PREVENCIÓN DE CAIDAS**

##### **Acciones:**

- Utilización de Escala de Morse para valoración del riesgo de caídas, que contemple la siguiente información como mínimo: Antecedentes de caídas, Identificación del paciente:
  - ❖ Que está agitado
  - ❖ Funcionalmente afectado
  - ❖ Necesita ir frecuentemente al baño
  - ❖ Tiene movilidad disminuida
  - ❖ Pacientes bajo sedación
- Implementar procesos para la minimización de riesgos derivados de la condición del paciente:
  - ❖ Lactante que se encuentra sobre una camilla en cualquier servicio de la institución sin supervisión de un adulto.
  - ❖ Paciente con compromiso neurológico o agitación por otra causa que no le permita atender órdenes.
  - ❖ Paciente bajo efecto de alcohol o de medicamentos sedantes o alucinógenos.
  - ❖ Pacientes que por su condición física y/o clínica deben caminar con ayuda de aparatos o de otra persona que los sostenga en pie.

- Implementar procesos para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al paciente:
  - ❖ No fue considerado el riesgo de caída en el diseño de los procesos.
  - ❖ Ausencia de superficie antideslizante en el piso
  - ❖ Ausencia de bandas antideslizantes y soportes en baños y duchas.
  - ❖ Camillas sin barandas.
  - ❖ Iluminación inadecuada.
  - ❖ Obstáculos en los pasillos y áreas de circulación.
  
- Utilización de lista de chequeo de medidas preventivas.
- Identificación del riesgo a través de la manilla y el tablero de identificación
- Involucrar a la familia en el cuidado del paciente

## **PRACTICA 5: IDENTIFICACION DE PACIENTES**

La correcta identificación del paciente debe iniciar desde el ingreso. Los datos de identificación obligatorios para el registro de un paciente están conformados por los nombres y apellidos completos del paciente (dos, si los tiene), el tipo de documento de identificación y el número, el sexo, la fecha de nacimiento, la edad, el lugar de residencia habitual y su número telefónico. Todos los datos deben corroborados verbalmente y diligenciados bien sea en papel o en el sistema electrónico cuando aplica.

### **Acciones:**

- Corroborar todos los datos de identificación del paciente verbalmente, en los registros de la historia clínica, con el tablero de identificación y con la manilla institucional de identificación, cada vez que se va a realizar cualquier tipo de procedimiento al paciente, desde el más simple hasta el más complejo.
- Utilización de manillas de identificación para pacientes hospitalizados y en observación.
- Utilización de tableros de identificación.
- Verificación cruzada (manilla-tablero-paciente-historia clínica)
- Involucrar al paciente y/o la familia.

## **PRACTICA 5. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE – HIJO.**

### **Acciones:**

- Atención segura e integral del evento obstétrico  
La mayor parte de las muertes maternas se deben a pérdida excesiva de sangre, infecciones, trastornos de hipertensión, la obstrucción en el parto, o las complicaciones por abortos en condiciones inseguras y causas de emergencias difíciles de prever.

Para la atención segura e integral requiere:

- ❖ Mejoramiento del Acceso a servicios de salud materno perinatales.
  - ❖ Definir un paquete de atención integral al evento obstétrico materno perinatal, para la atención a la mujer durante el embarazo, el parto, el recién nacido y el puerperio y la detección precoz de las complicaciones asociadas para realizar la derivación al nivel de complejidad requerido.
  - ❖ Atender a la gestante independientemente de las dificultades administrativas.
  - ❖ Asegurar la atención del parto y el puerperio por persona calificada; reconociendo que todos los embarazos están expuestos a potenciales riesgos; el personal médico y de enfermería que hacen la atención obstétrica deben estar capacitados en emergencias obstétricas.
  - ❖ Disponer, conocer y utilizar de acuerdo a las guías de atención basadas en la evidencia, de insumos críticos básicos como:
    1. Antibióticos
    2. Anticonvulsivantes
    3. Oxitócicos
    4. Líquidos
- Garantía de remisión oportuna y segura en caso de complicación de la madre y/o el recién nacido.
  - A nivel comunitario o domiciliario ofrecer la atención de un parto limpio y seguro por personal calificado. Identificar y capacitar en alternativas no institucionales para la atención segura del parto dentro del respeto cultural, facilitando el adecuado desarrollo de propuestas de atención obstétrica provista de forma responsable por una mayor diversidad de actores.
  - Disponer de un sistema funcional de comunicaciones y transporte, con el que pueda responder de manera oportuna y segura cuando se presenta la emergencia obstétrica no predecible y que no puede ser resuelta en el nivel de baja complejidad que es el que maneja la ESE Tierradentro.

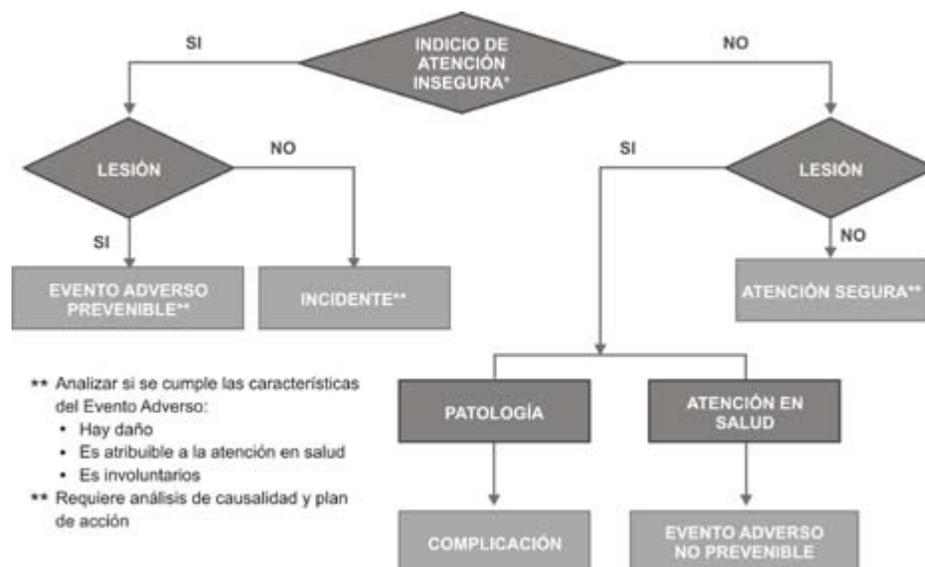
## PRACTICA 6: PIEL SANA

### Acciones:

- Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para prevenir y reducir la aparición de escaras en los pacientes.
- Utilización de la Escala de Braden para valoración del riesgo
- Utilización de lista de chequeo de medidas preventivas
- Identificación del riesgo
- Aplicación de medidas preventivas y correctivas
- Protocolo de cambios de posición que permita evaluación continua

## 6.9 DEFINICIONES BÁSICAS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El siguiente gráfico muestra de manera pictórica el modelo conceptual en el cual se basa la terminología utilizada en este documento, y a continuación se incluyen las definiciones relacionadas con los diferentes ítems planteados y utilizados en la política de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Integra la terminología internacional con las especificidades de los requerimientos terminológicos identificados en el país.



## SEGURIDAD DEL PACIENTE

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden

por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

### **ATENCIÓN EN SALUD**

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

### **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA**

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

### **FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

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

### **RIESGO**

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

### **EVENTO ADVERSO**

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

#### **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE**

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

#### **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE**

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

### **EVENTOS ADVERSOS GRAVES**

### **EVENTOS ADVERSOS LEVES**

**Factores atenuantes:** son las acciones o circunstancias que impiden o moderan la progresión de un incidente que ocasionen, potencialmente un daño al paciente. Los factores atenuantes están diseñados para minimizar el daño al paciente después de haberse producido un error y provocó daños en los mecanismos de control. En conjunto, la detección más la mitigación pueden

impedir la progresión de un incidente que dañen a un paciente . Si el incidente resulta en un daño las acciones aminorantes pueden ser introducidas.

**Factores o peligros contribuyentes:** Son las circunstancias, acciones o influencias que se cree es el origen de un incidente o puede aumentar el riesgo de ocurrencia; ejemplo dentro de los factores humanos están: el comportamiento, el desempeño o la comunicación; el sistema que corresponde al trabajo o medio ambiente; o factores externos a la organización como el entorno natural o política legislativa. Es de tener en cuenta que cada uno de ellos o en conjunto pueden contribuir a las fallas en la seguridad del paciente.

**Factor Contribuyente:** es una circunstancia, acción o influencia (por ejemplo, mala asignación de tareas o funciones o no entrega correcta de un paciente) que que potencialmente puede dar origen o desarrollo, al aumento del riesgo de un incidente. Los factores que contribuyen pueden ser externos (falla en las políticas institucionales), de la organización (por ejemplo, falta de disponibilidad de personal, de protocolos aceptados), relacionados con un factor personal (por ejemplo, un individuo defectos cognitivos o de conducta, el trabajo en equipo deficiente o la falta de comunicación) o relacionados con el paciente (por ejemplo, la falta de adherencia al plan de tratamiento). Un factor que contribuye puede ser un precursor necesario de un incidente y puede o no puede ser suficiente para provocar el incidente.

### **INCIDENTE**

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

### **COMPLICACIÓN**

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

### **VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

### **BARRERA DE SEGURIDAD**

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

## **SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO**

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

## **ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO**

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

## **TECNOVIGILANCIA**

Sistema de vigilancia post mercado, constituido por el conjunto de instituciones, normas, mecanismos, procesos, recursos financieros, técnicos y de talento humano que interactúan para la identificación, recolección, evaluación, gestión y divulgación de los eventos o incidentes adversos no descritos que presentan los dispositivos médicos durante su uso, la cuantificación del riesgo y la realización de medidas en salud pública, con el fin de mejorar la protección de la salud y la seguridad de los pacientes, usuarios y todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente con la utilización del dispositivo.

**FARMACOVIGILANCIA:** sistema que recoge, vigila, investiga y evalúa la información sobre los efectos de los medicamentos, productos biológicos, plantas medicinales y medicinas tradicionales, con el objetivo de identificar información de nuevas reacciones adversas, conocer su frecuencia y prevenir los daños en los pacientes (OMS). Actividad en Salud Pública que se encarga de la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos o de cualquier otro problema relacionado con medicamentos, que se dispensan con o sin fórmula (INVIMA).

## **ALERTAS DE SEGURIDAD**

Son un mecanismo empleado en diversos programas de seguridad del paciente en el mundo para poner en común riesgos de ocurrencia de atención insegura que podrían afectar a diversas instituciones. Estas recomendaciones se producen a partir de análisis realizados en diversas instancias que identifican situaciones potencialmente generadoras de eventos adversos. Se trata de un mecanismo que se ha demostrado de gran utilidad para diseminar las barreras de seguridad y prácticas seguras.

## **ANÁLISIS CAUSA RAÍZ**

Root Cause Failure en sus siglas en inglés, es una herramienta básica para determinar las causas que generan el desarrollo de fallas, o en su defecto

dentro de un conjunto de fallas, la anomalía de mayor peso en cuanto al impacto operacional, económico o de seguridad. Es un proceso de identificación de los factores causales o básicos que son la razón fundamental de una variación en el desempeño. Las variaciones en el desempeño pueden (y frecuentemente lo hacen) producir resultados adversos inexplicados o indeseados, incluyendo la ocurrencia del riesgo de un evento centinela.

### **BÚSQUEDA ACTIVA**

La búsqueda activa, implica una acción proactiva para la detección de casos que por cualquier razón no fueron notificados o ingresados al sistema. Es una fuente de información más y un instrumento de control de calidad de la vigilancia de rutina, porque permite detectar casos que escapan al sistema.

### **FALLAS ACTIVAS**

Son errores producidos por el factor humano.

### **FALLAS LATENTES**

Son errores producidos a nivel de la organización.

### **GUÍAS DE REACCIÓN INMEDIATA**

Son las acciones inmediatas que ejecuta cada uno de los procesos ante la presencia de un evento adverso y que se encuentran consolidadas a las diferentes guías de acuerdo con los procesos asistenciales.

### **PRÁCTICAS SEGURAS**

Son todas aquellas actividades o acciones que aplicadas de manera sistemática y monitorizada minimizan el riesgo de la aparición de los eventos adversos; ejemplo de ello está la medicina basada en la evidencia, transmisión de la información y retroalimentación o el uso seguro del medicamento. Hacer un cuadro de prácticas seguras por procedimientos.

### **RIESGO**

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

### **RONDAS DE SEGURIDAD**

Estrategia para intervenir y disminuir los costos de la no calidad, a través de un acompañamiento personalizado a los diferentes procesos y realizado por el equipo directivo y líder de seguridad del paciente de la organización, con el fin de tomar decisiones de mejoras inmediatas. Estas sesiones son programadas

### **SESIONES BREVES DE SEGURIDAD**

Es un acompañamiento personalizado a uno o dos procesos de la organización por el líder del proceso, líder de calidad y líder de seguridad del paciente. Son

reuniones no programadas (no hay toma de decisiones, se hacen actas para registrar lo observado e identificar oportunidades de mejora).

### **SISTEMA DE REPORTE DEL EVENTO ADVERSO**

Conjunto de lineamientos o directrices para realizar el reporte de los eventos adversos establecidos por la organización, cuyo fin último es la minimización del riesgo, evitar la materialización del evento y lograr el aprendizaje organizacional.

### **SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO**

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

**Paciente:** es una persona receptor de la asistencia sanitaria. Los pacientes son llamados a la vez de los clientes, inquilinos o consumidores.

**Peligro:** es una circunstancia, agente o acción con el potencial de causar daño.

**Reacción adversa:** es un daño inesperado que surgen de un tratamiento justificado. Por ejemplo, hipertrofia de un músculo frente a un tratamiento muscular justificado y basado en la evidencia.

**Recuperación de incidentes:** Es la capacidad de una organización de identificar comprender y abordar para que un factor contribuyente no se convierta en un incidente.

**Resiliencia:** El grado en que un sistema continuo previene, detecta, mitiga o mejora riesgos o incidentes.

**Resistencia al Incidente:** Es el grado en que un sistema u organización tiene la capacidad de rebotar a su estado original y proporcionar el contexto para la discusión, detección, mitigación mejoramiento y reducción del riesgo.

**Resultados en la Organización:** Es el impacto a la organización cuando a ésta se le imputa total o parcialmente un incidente. Indican también las consecuencias imputables a la organización como el uso de mayores recursos para la atención del paciente, atención a los medios de comunicación, acciones legales.

El mismo incidente o circunstancia puede ser percibido como un incidente o un factor contribuyente dependiendo del contexto, circunstancia o resultado. Un incidente por lo tanto, puede ser designado como un tipo de incidente principal en función de un contexto específico. Para el caso de FisioExpress un paciente viene por un esguince de cuello de pie se traslada del gimnasio al cubículo y cae pero no sucede nada, es un incidente sin daño, el tipo de incidente es un accidente con caída; pero si al otro día el paciente pasando del mismo sitio al

mismo se cae por que se resbala con un líquido que estaba derramado es un incidente perjudicial y el tipo de incidente se debe a un manejo clínico, la caída es un factor que contribuye a aumentar el riesgo u ocurrencia y se puede denominar " factor del entorno de trabajo", y "de la organización o servicio."

**Resultados de pacientes:** Contiene los conceptos que se relacionan con el impacto en un paciente que esta total o parcialmente relacionados a un incidente; se pueden clasificar según el tipo de daño, el grado de daño o cualquier impacto social o económico.

## 8 CONCLUSIONES

- El éxito en la mejora de los servicios de salud depende en gran medida de la cultura de las organizaciones y de los profesionales que en ellas trabajan. Cultura que implica adquisición de conocimientos, habilidades y cambios de comportamiento que deben ser promovidos con políticas adecuadas que incorporen la excelencia como objetivo prioritario y que utilicen estrategias de consenso que permitan unir esfuerzos entre todos los actores implicados.
- Es importante favorecer un cambio de cultura necesario para aprender de los errores, beneficiando la investigación y favoreciendo la implementación de prácticas seguras con el compromiso de seguir trabajando codo a codo con profesionales y pacientes.
- Los resultados del estudio indican que los servicios de salud se beneficiarían de estrategias orientadas a la mejora de la comunicación entre niveles, la formación de profesionales y la atención orientada a las necesidades de los pacientes.
- Los sistemas adecuados de vigilancia más estrategias que integren prácticas seguras basadas en evidencia y programas de seguridad, han mostrado efectividad en la reducción de infecciones relacionadas con la atención sanitaria.

## 9 RECOMENDACIONES

- La evaluación del cumplimiento de las recomendaciones permitirá a los centros realizar un análisis exhaustivo del estado de situación en el que se encuentran con respecto a la seguridad del paciente y establecer diferentes actuaciones dentro de un proceso de mejora continua
- Se hace necesario determinar si el cumplimiento de las recomendaciones del modelo se relaciona con una disminución en el número de incidentes que ocurren en la ESE TIERRADENTRO, con una mejora en la cultura de la seguridad entre los profesionales y/o con un aumento de la percepción de seguridad entre los usuarios.

## 10 BIBLIOGRAFIA

### TEXTOS DE CONSULTA

- Colombia. Congreso. Constitución Política de Colombia de 1991. Bogotá: El Congreso; 1991.
- Colombia. Congreso. Ley 100 de 1993, diciembre 31, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993.
- Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ley 1122 de enero de 2006, por la cual se realizan ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios Bogotá: El Ministerio; 2006.
- Colombia. Congreso. Ley 715 de 2001, de diciembre 21, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Bogotá: El Congreso; 2001.
- Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006, Abril 3, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS). Bogotá: El Ministerio; 2006.
- Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1441 de 2013, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención. Bogotá: El Ministerio; 2013.

### SITIOS WEB

- FERNANDEZ BUZZO, Nelida, "Los eventos adversos y la calidad de atención". Internet (<http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v102n5/v102n5a14.pdf>)
- Comité de Expertos en Gestión de Seguridad y Calidad de Atención Sanitaria, Grupo de Expertos en Prácticas de Medicación Segura Seguridad del paciente y error en la medicina: glosario de términos. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/glosario.asp> Consulta 16 de Agosto de 2008
- García-Barberos M. Alianza mundial para la seguridad del paciente.[Sitio en internet]. URL disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. [Sitio en internet]. URL disponible en:  
<http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>  
Consulta: 2 de Septiembre de 2008.
- Restrepo, FR. Seguridad del paciente y seguimiento a riesgos en el sistema único de habilitación en el contexto del Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención en Salud. [Sitio en internet]. URL disponible en:  
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/documents/DocNewsNo15750DocumentNo3401.pdf> Consulta: 20 de septiembre de 2008.

## LICENCIA DE USO – AUTORIZACION DE LOS AUTORES

Actuando en nombre propio identificado(s) de la siguiente forma:

Nombre: LILIANA FAJARDO ANDRADE

Tipo de documento de identidad: C.C.  T.I.  C.E.  No. 25.560.347

Nombre: VICTOR DAVID OLAVE

Tipo de documento de identidad: C.C.  T.I.  C.E.  No 1.061.698.417

Nombre: ESTHER CECILIA SOTELO GÓMEZ

Tipo de documento de identidad: C.C.  T.I.  C.E.  No. 1.061.694.479

Los suscritos en calidad de autores del trabajo de tesis, nomografía o trabajo de grado, documento de investigación denominado:

### **“AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA”**

Dejamos constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar:  
SI  NO

(Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).

Por medio del presente escrito autorizamos a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios web con los cuales la Institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- A. Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN
- B. Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo internet
- C. Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro
- D. Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico
- E. Inclusión en bases de datos o redes o sitios web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresen en este documento.
- F. Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio.

Con el debido respeto de los derechos patrimoniales y morales de la obra, la presente licencia se otorga a título gratuito, de conformidad con la normatividad vigente en la

materia teniendo en cuenta que la Universidad EAN busca difundir y promover la formación académica, la enseñanza y el espíritu investigativo y emprendedor.

Manifiesto (manifestamos) que la obra objeto de la presente autorización es original, el (los) suscrito(s) es (son) el(los) autor(es) exclusivo(s), fue producto de mi (nuestro) ingenio y esfuerzo personal y la realizó (zamos) sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de exclusiva autoría y tengo (tenemos) la titularidad sobre la misma. En vista de lo expuesto, asumo (asumimos) la total responsabilidad sobre la elaboración, presentación y contenidos de la obra, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Universidad EAN por estos aspectos.

En constancia suscribimos el presente documento en la ciudad de Popayán (Cauca).

**NOMBRE COMPLETO: LILIANA FAJARDO ANDRADE**

FIRMA: Liliana Fajardo

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: No. 25.560.347

FACULTAD: POSTGRADOS

PROGRAMA ACADÉMICO: **AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD  
CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA**

**NOMBRE COMPLETO: VICTOR DAVID OLAVE**

FIRMA: Victor David Olave

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: No. 1.061.698.417

FACULTAD: POSTGRADOS

PROGRAMA ACADÉMICO: **AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD  
CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA**

**NOMBRE COMPLETO: ESTHER CECILIA SOTELO GÓMEZ**

FIRMA: Esther Cecilia Sotelo

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: No. 1.061.694.479

FACULTAD: POSTGRADOS

PROGRAMA ACADÉMICO: **AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD  
CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA**