

	<b>MODELO GESTIÓN DEL RIESGO</b>	<b>Código: 1005-001</b>
		<b>Versión: 2</b>
		<b>Fecha de actualización: 25/Oct/2017</b>

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad las instituciones de salud se enfrentan a una serie de riesgos que están inmersos y son inherentes a la prestación de cualquier servicio.

La administración del riesgo es un proceso interactivo de pasos bien definidos, los cuales, si se aplican de manera secuencial, soportan la toma de decisiones contribuyendo a una mayor comprensión de los riesgos y sus impactos. Como el riesgo esta o puede estar presente en las actividades que realizamos a diario, debemos considerarlo y sobre todo disminuirlo tanto como se pueda. Para lograrlo es necesario hacer una identificación, un análisis y una evaluación de los mismos para contribuir a crear situaciones favorables en la institución que redunden en el aumento de la seguridad tanto de los funcionarios como de los usuarios.

Puesto que la administración del riesgo se reconoce como una parte integral de las buenas prácticas administrativas que para ser más efectiva debe volverse parte de la cultura organizacional, es indispensable crear un modelo de Gestión del riesgo que este influenciado por las necesidades de la organización, sus objetivos particulares, sus productos, sus servicios, los procesos y las prácticas específicas empleadas, y que permita establecer un mecanismo para reconocer los riesgos y los eventos adversos que puedan presentarse en la atención a un usuario y tomar decisiones anticipadas en relación con la ocurrencia de los mismos.

Este modelo pretende identificar las amenazas que tiene la organización y elaborar un plan de acción para combatirlas pues es conocido que el riesgo cero no existe, pero se puede reducir notablemente si se cuenta con un mecanismo efectivo que permita reportar, evaluar, retroalimentar y monitorear, facilitando de esta manera el mejoramiento continuo de la organización.

Nuestro modelo pretende ser una herramienta práctica para hacer más seguros los procesos de atención, impactar en el mejoramiento de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de su atención. Pretende que el personal sea más hábil en identificar los errores más frecuentes, aprenda a gestionarlos y a prevenirlos convirtiendo la seguridad del paciente en un pilar fundamental de la calidad institucional.

## 1. OBJETIVOS

### 1.1. Objetivo General

Instituir en la ESE Hospital del Sur de Itagüí un modelo que permita la identificación, análisis, reporte, monitorización y evaluación de los riesgos y eventos adversos que se pueden presentar en cada una de las unidades funcionales con el fin de minimizar la ocurrencia de estos, facilitar la toma de decisiones y controlar del impacto de los mismos en la prestación de los servicios

### 1.2. Objetivos específicos

- Proporcionar un mecanismo que permita la identificación de los diferentes tipos de riesgos en cada una de las unidades funcionales.
- Integrar la administración del riesgo en toda la organización.
- Implementar un sistema efectivo de administración de riesgos dentro de la organización.
- Facilitar el monitoreo continuo y las revisiones periódicas de los riesgos detectados, haciendo responsable a cada área de la realización del plan de mejoramiento para cada período de reporte.

## 2. ALCANCE O APLICABILIDAD

El presente modelo es transversal a la institución, por lo tanto es aplicable a todas las áreas de desarrollo tanto administrativas como de atención a las personas de la ESE Hospital del Sur en las tres sedes de prestación de servicios de la empresa.

La aplicación de los lineamientos establecidos en el presente documento es responsabilidad todo el personal asistencial y/o administrativo que se encuentran vinculados laboralmente a la institución. Adicionalmente aplica para el personal en entrenamiento o de los convenios de docencia servicio

## 3. MARCO CONCEPTUAL

Actualmente se habla de una disciplina que cada día toma más auge en la administración y es denominada: Gerencia del riesgo, la cual se utiliza para definir un conjunto de estrategias que a partir de los recursos (humanos, físicos y financieros) busca mantener la estabilidad de la institución y minimizar las pérdidas ocasionadas por la ocurrencia de los eventos adversos.

El riesgo es un concepto que se puede considerar fundamental, por su vínculo con todo el que hacer, casi se podría afirmar que no hay actividad de la vida, de los negocios o de cualquier asunto que no incluya la palabra riesgo. El riesgo u oportunidad de mejora en salud, se define como todo evento potencial que puede deteriorar la calidad del servicio en términos de una disminución de los beneficios o seguridad; o de un aumento de los riesgos o los costos. Estos pueden ser de tipo asistencial o de tipo administrativo:

ASISTENCIALES	ADMINISTRATIVOS
Intoxicación Medicamentosa	Perdida de documentos del Usuario
Infección asociada al cuidado de la salud	Perdida de Historia Clínica del Usuario
Error en la aplicación de un medicamento	Perdida de Objetos personales de un usuario hospitalizado
Suministro de una dieta no ordenada	Dar Información no autorizada

Cuando el daño o resultado negativo en el paciente, surge como consecuencia del manejo asistencial, y no de la condición clínica del usuario se considera un evento

adverso en salud, estos a su vez se clasifican en prevenibles como por ejemplo una Infección Asociada al Cuidado de la Salud o no prevenibles por ejemplo algunas reacciones medicamentosas.

Cuando los eventos adversos son atribuibles a errores asistenciales se considera como prevenible.

## DEFINICIONES

**Seguridad:** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. El tema de la seguridad es de vital importancia en el componente de habilitación, donde su enfoque se basa en garantizar las condiciones mínimas en cuanto a infraestructura y dotación que deben tener las instituciones prestadoras de servicios de salud para evitar riesgos a los usuarios.

**Riesgo:** se define como la combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas. Los factores que lo componen son la amenaza y la vulnerabilidad.

**Amenaza:** es un fenómeno, sustancia, actividad humana o condición peligrosa que puede ocasionar la muerte, lesiones u otros impactos a la salud, al igual que daños a la propiedad, la pérdida de medios de sustento y de servicios, trastornos sociales y económicos, o daños ambientales. La amenaza se determina en función de la intensidad y la frecuencia.

**Vulnerabilidad:** son las características y las circunstancias de una comunidad, sistema o bien que los hacen susceptibles a los efectos dañinos de una amenaza. Con los factores mencionados se compone la siguiente fórmula de riesgo.

$$\text{RIESGO} = \text{AMENAZA} \times \text{VULNERABILIDAD}$$

Los factores que componen la vulnerabilidad son la exposición, susceptibilidad y resiliencia, expresando su relación en la siguiente fórmula.

$$\text{VULNERABILIDAD} = \text{EXPOSICIÓN} \times \text{SUSCEPTIBILIDAD} / \text{RESILIENCIA} \quad (1)$$

**Exposición:** Es la condición de desventaja debido a la ubicación, posición o localización de un sujeto, objeto o sistema expuesto al riesgo. Susceptibilidad es el grado de fragilidad interna de un sujeto, objeto o sistema para enfrentar una amenaza y recibir un posible impacto debido a la ocurrencia de un evento adverso.

Resiliencia es la capacidad de un sistema, comunidad o sociedad expuestos a una amenaza para resistir, absorber, adaptarse y recuperarse de sus efectos de manera oportuna y eficaz, lo que incluye la preservación y la restauración de sus estructuras y funciones básicas.

**Evento adverso:** es una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, no por la patología de base.

**Evento adverso no evitable:** lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base. Ocurre cuando, por

ejemplo, se administra un medicamento o se aplica una tecnología en dosis y forma adecuada, para la patología adecuada.

**Evento adverso evitable:** lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base.

**Complicación:** en medicina, es una enfermedad secundaria o una reacción que ocurre durante el curso de una enfermedad, usualmente agravándola; es un problema adicional que se presenta luego de un procedimiento o enfermedad y es secundaria a ellos e inherente a las condiciones propias del usuario, no está asociada a fallas durante el proceso de atención.

**Evento adverso en tecno-vigilancia:** Daño o potencial riesgo de daño no intencionado, al usuario, al operador o al medio ambiente, que ocurre como consecuencia de la utilización o calidad de un dispositivo o aparato de uso médico. En tecnovigilancia los hechos ocurridos se clasifican en incidentes o eventos adversos; y para efectos de reporte ante el INVIMA se categorizan en SERIOS y NO SERIOS. Evento adverso en fármaco-vigilancia: Reacción nociva o no deseada que se presenta tras la administración de un fármaco, a dosis habitualmente utilizadas en la especie humana, para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o para modificar cualquier función biológica.

Evento Adverso de Reactivo-vigilancia: Daño o potencial riesgo de daño no intencionado, al usuario, al operador o al medio ambiente, que ocurre como consecuencia de la utilización o calidad de un reactivo de diagnóstico invitro.

**Error:** uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado o falla en completar una acción como estaba planeada. Los errores se pueden cometer por omisiones o acciones, conscientes o inconscientes.

**Los errores activos:** son aquellos que cometen las personas durante sus actividades laborales, y cuyos efectos son casi inmediatos.

**Los errores latentes:** obedecen a acciones u omisiones sobre aspectos que no se encuentran directamente bajo el control del personal operativo. Las fallas latentes se consideran como tales mientras permanezcan ocultas o desapercibidas.

**El Error Asistencial:** se define como toda acción u omisión (tomando como referente el soporte documental de calidad) del personal de salud que ponga en riesgo, o afecte negativamente, la salud o la vida de un paciente. De acuerdo a la rapidez del impacto:

**Error de Diagnostico:** Que puede producirse cuando el profesional realiza un diagnostico tardío, equivocado, omite estudios paraclínicos indicados o ordena pruebas diagnósticas no indicadas.

**Error de tratamiento:** Cuando se presentan fallas en cualquier miembro del equipo de salud que realiza una actividad, procedimiento o intervención, cuando se producen fallas en la administración del tratamiento, retrasos evitables en la aplicación de un tratamiento o aplicación de tratamientos no pertinentes.

**Error relacionado con la prevención:** Se produce cuando falta aplicación de un tratamiento profiláctico o hay fallas en el monitoreo o seguimiento de un tratamiento prescrito.

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

1. La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
2. La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.

Ejemplos de acciones inseguras:

1. No monitorizar, observar o actuar.
2. Tomar una decisión incorrecta.
3. No buscar ayuda cuando se necesita.

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

**Factor contributivo:** Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura. Los factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica son:

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



El evento adverso a su vez se puede clasificar de la siguiente manera:

**Evento adverso trazador:** Es aquel evento en el que el cual se pudieron evidenciar fallas durante el proceso de atención y que desencadenaron daños leves en el paciente que son reversibles

**Evento adverso centinela:** Es aquel evento en el que el cual se pudieron evidenciar fallas durante el proceso de atención y que desencadenaron daños graves en el paciente que no son reversibles o que ocasionaron su muerte.

**Incidente: Es aquel evento en el que el cual se pudieron evidenciar fallas durante el proceso de atención y pero que no alcanzaron a ocasionar daños al paciente.**

### MANEJO DEL RIESGO

**Evitar el riesgo:** es siempre la primera alternativa a considerar. Se logra cuándo al interior de los procesos se genera cambios sustanciales por mejoramiento, rediseño o eliminación, resultado de unos adecuados controles y acciones emprendidas.

**Reducir el riesgo:** si el riesgo no puede ser evitado porque crea grandes dificultades operacionales, el siguiente paso es reducirlo al más bajo nivel posible. La reducción del riesgo es probablemente el método más sencillo y económico para superar las debilidades antes de aplicar medidas más costosas y difíciles. Se consigue mediante la optimización de los procedimientos y la implementación de controles.

**Dispersar y atomizar el riesgo:** se logra mediante la distribución o localización del riesgo en diversos lugares. Es así como por ejemplo, la información de gran importancia se puede duplicar y almacenar en un lugar distante y de ubicación segura, en vez de dejarla concentrada en un sólo lugar.

**Transferir el riesgo:** hace referencia a buscar respaldo y compartir con otro, parte del riesgo como por ejemplo tomar pólizas de seguros, ésta técnica es usada para eliminar el riesgo de un lugar y pasarlo a otro o de un grupo a otro. Así mismo, el riesgo puede ser minimizado compartiéndolo con otro grupo o dependencia.

**Asumir el riesgo:** luego de que el riesgo ha sido reducido o transferido puede quedar un riesgo residual que se mantiene, en este caso el gerente del proceso simplemente acepta la pérdida residual probable y elabora planes de contingencia para su manejo

### 4. MARCO LEGAL

- **Ley 87 de 1993:** Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
- **Decreto 943 de 2014:** Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno -MECI
- **Decreto 1011 de 2006:** 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.
- **Resolución 123 de 2012:** Por la cual se modifica el artículo número 2 de la Resolución 1445 de 2006 y se reforma el sistema único de acreditación en salud.
- **Resolución 1445 de 2006:** Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones.
- **Resolución 2003 de 2014:** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
- **Resolución 256 de 2016:** Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

## 5. METODOLOGÍA

El modelo planteado por la ESE Hospital del Sur, se visualiza en el siguiente esquema:

<b>1. COMPONENTE PREVENTIVO</b>	<b>1.1 CULTURA DE PREVENCIÓN DE OCURRENCIA DE RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS</b>
	1.1.1 MAPA DE RIESGOS
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Contexto estratégico</li><li>• Identificación de riesgos y eventos adversos</li><li>• Análisis de riesgos y eventos adversos</li><li>• Valoración de riesgos y eventos adversos</li><li>• Políticas de administración de riesgos y eventos adversos</li></ul>
	1.1.2 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
	1.1.3 CULTURA INSTITUCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS
1.1.4 PATRULLAJES DE SEGURIDAD	
<b>2. COMPONENTE DE GESTIÓN</b>	<b>2.1 SISTEMA DE REPORTE DE RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS</b>
	<b>2.2 BÚSQUEDA ACTIVA DE TRIGGER TOOLS</b>
<b>3. COMPONENTE DE ANÁLISIS Y MEJORAMIENTO</b>	<b>3.1 IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES INSEGURAS</b>
	<b>3.2 IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS DE SEGURIDAD</b>
	<b>3.3 DESARROLLO DEL MODELO DE MEJORAMIENTO</b>

### 5.1. COMPONENTE PREVENTIVO

#### 5.1.1. CULTURA DE PREVENCIÓN DE OCURRENCIA DE RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS

##### 5.1.1.1. MAPA DE RIESGOS

###### 5.1.1.1.1 Contexto estratégico:

El contexto estratégico son las condiciones internas y del entorno, que pueden generar eventos y originan oportunidades o afectan negativamente el cumplimiento de la misión y objetivos de una institución.

La construcción del mapa de riesgos en la ESE Hospital del Sur se realiza con base en el análisis del contexto estratégico, este análisis se hace aplicando una encuesta para el diagnóstico del estado del sistema de riesgos (ver ANEXO 1), posterior a la aplicación de la encuesta se hace un consolidado y con base en este resultado se construye la matriz DOFA la cual finalmente sirve de insumo para la adecuación del mapa de riesgos institucional. (Ver ANEXO 2)

[Anexo 1 Encuesta Riesgos](#)

[Anexo 2 DOFA Riesgos](#)

###### 5.1.1.1.2 Identificación de riesgos y eventos adversos

El proceso de la identificación del riesgo debe ser permanente e interactivo y se basa en el resultado del análisis del Contexto Estratégico en el proceso de planeación y parte de la claridad de los objetivos estratégicos de la institución para la obtención de resultados.

Es importante centrarse en los riesgos más significativos para la institución relacionados con el desarrollo de los procesos, los objetivos institucionales y las consecuencias para los usuarios.

Para la identificación de los riesgos y eventos adversos, se implementan las siguientes acciones:

- Estandarización de conceptos
- Se estandarizan eventos adversos y riesgos por proceso habilitado
- Se tiene en cuenta el histórico de incidencia de riesgos y eventos adversos
- Se parte de los objetivos estratégicos de la ESE y de los resultados no esperados identificados en cada procedimiento.
- Para la identificación de riesgos y eventos adversos se tiene en cuenta los de obligatorio monitoreo establecidos por el Sistema Único de Habilitación y el Sistema de Información para la calidad
- La identificación de riesgos parte de la identificación de eventos adversos, teniendo en cuenta la metodología de Protocolo de Londres (Queso Suizo), establecido por el MPS
- Consolidación y clasificación de riesgos y eventos adversos asistenciales en diagnósticos, terapéuticos, preventivos y de otro tipo (tabla 1). Dicha categorización es útil para agrupar errores sobre los cuales la institución puede intervenir de forma conjunta.



**Tabla 1. Tipos de errores**

**Diagnósticos**

- \* Error o retardo en el diagnóstico
- \* Falla en el uso de las pruebas indicadas
- \* Uso de pruebas terapéuticas desactualizadas
- \* Falla para actuar sobre los resultados ofrecidos por la monitoría o la prueba

**Terapéuticas**

- \* Error en la realización de una operación, un procedimiento o una prueba
- \* Error en la administración del tratamiento
- \* Error en el método o la dosis de un medicamento
- \* Retraso evitable en el tratamiento o en la respuesta a una prueba anormal
- \* Cuidado inapropiado o no indicado

**Preventivos**

- \* Falla para proveer un tratamiento profiláctico
- \* Seguimiento del tratamiento inadecuado

**Otros**

- \* Falla en la comunicación
- \* Falla en el equipo
- \* Falla de otros sistemas

Tomado de *To err is human: Building a safer health system*. National Academy Press, Washington, D.C., 1999. Referenciado de Leape L, Lawthers A, Brennan T, et al. Preventing medical injury. *Qual Rev Bull* 1993; 19: 144-9

- La clasificación de los riesgos según el Ministerio de Salud:

Tipo 1: Relacionados con procesos asistenciales	Tipo 2: Resultados no esperados de Promoción y Prevención	Tipo 3: Relacionado con procesos quirúrgicos y atención del parto	Tipo 4: Relacionados con traslado asistencial	Tipo 5: Relacionados con caídas de pacientes
<p>Inoportunidad en la atención</p> <p>Inoportunidad en la remisión derivada de fallas institucionales</p> <p>Procedimientos prolongados</p> <p>Error en la clasificación de triage</p>	<p>Ingreso tardío a CP N</p> <p>Embarazo no deseado en mujer que planifica</p> <p>Niños con bajo peso al nacer</p> <p>Embarazo en adolescente (menor de 15 años)</p> <p>Desnutrición infantil hasta los 10 años</p> <p>Amenaza de parto prematuro</p> <p>Hipertensión no controlada /Crisis hipertensiva</p> <p>Diabetes no controlada</p> <p>EPOC descompensado</p> <p>Omisión de intervenciones para actuar sobre factores de riesgo en los programas de PyP</p>	<p>Omisión de lista de chequeo de cirugía segura</p> <p>Fallas en el seguimiento del trabajo de parto</p> <p>Material quirúrgico inadecuado para el procedimiento</p> <p>Tactos a repetición por personal en entrenamiento</p> <p>Atención del parto sin previo control prenatal</p>	<p>Lugar de referencia equivocado</p> <p>Accidente de tránsito</p> <p>Atentado terrorista</p> <p>Atraco</p> <p>Fallas mecánicas que retrasaron el traslado asistencial</p> <p>Agresiones del personal durante el traslado asistencial</p>	<p>Camas/camillas sin barandas</p> <p>Pisos húmedos sin señalizar</p> <p>Técnicas inadecuadas para el traslado de pacientes</p> <p>Paciente con riesgo de caídas sin acompañante permanente</p> <p>Fallas en equipos que puedan llevar a caídas del paciente</p>
Tipo 6: Relacionados con admisiones y asignación de citas	Tipo 7: Relacionados registros clínicos	Tipo 8: Relacionados con la medicación	Tipo 9: Relacionados con procesos de desinfección y seguridad del paciente	Tipo 10: Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales
<p>Error en la asignación de la cita</p> <p>Procedimientos cancelados por factores atribuibles a la organización</p> <p>Fallas en la información suministrada al usuario</p> <p>Aceptación de pacientes sin ningún SGSSS</p> <p>Aceptación de pacientes con multi afiliación</p> <p>Negación del servicio</p> <p>Fallas en la verificación de la información</p>	<p>Perdida de registros clínicos</p> <p>Registros clínicos incompletos</p> <p>Registros clínicos con información errada</p> <p>Registros clínicos desactualizados</p> <p>Duplicidad de registros clínicos</p> <p>Bases de datos desactualizadas que retrasan la atención</p> <p>Retraso para acceder a los registros clínicos que afectan la prestación del servicio</p> <p>Omisión de aplicación de consentimiento informado</p> <p>Omisión del diligenciamiento de la ficha de vigilancia epidemiológica</p> <p>Entrega no autorizada de registros clínicos</p>	<p>Omisión de medicamento</p> <p>Medicamento vencido</p> <p>Antecedente alérgico no identificado</p> <p>Consumo de medicamentos no incluidos en el plan terapéutico hospitalario</p> <p>Error en la prescripción o transcripción de medicamentos</p> <p>Dispensación incorrecta</p> <p>Rotulación incorrecta</p> <p>Almacenamiento incorrecto</p> <p>Falla en la calidad del medicamento</p> <p>Falta en la disponibilidad de medicamentos</p> <p>Entrega incompleta de medicamentos</p> <p>Formulación por profesional no autorizado</p>	<p>Atención sin lavado previo de manos</p> <p>Atención sin EPP</p> <p>Omisión de aislamiento de pacientes</p> <p>Error en las técnicas de asepsia y/o desinfección</p> <p>Omisión o error en la aplicación de profilaxis antibiótica</p> <p>Omisión del diligenciamiento de manillas de seguridad</p> <p>Omisión de la identificación de alarmas en pacientes hospitalizados</p>	<p>Flujo y concentración equivocados</p> <p>Oxígeno sin humidificador</p> <p>Fallas en la presión de la red de oxígeno</p> <p>Daño del toma de oxígeno</p> <p>Flujómetro descalibrado</p> <p>Falta de disponibilidad de oxígeno</p>

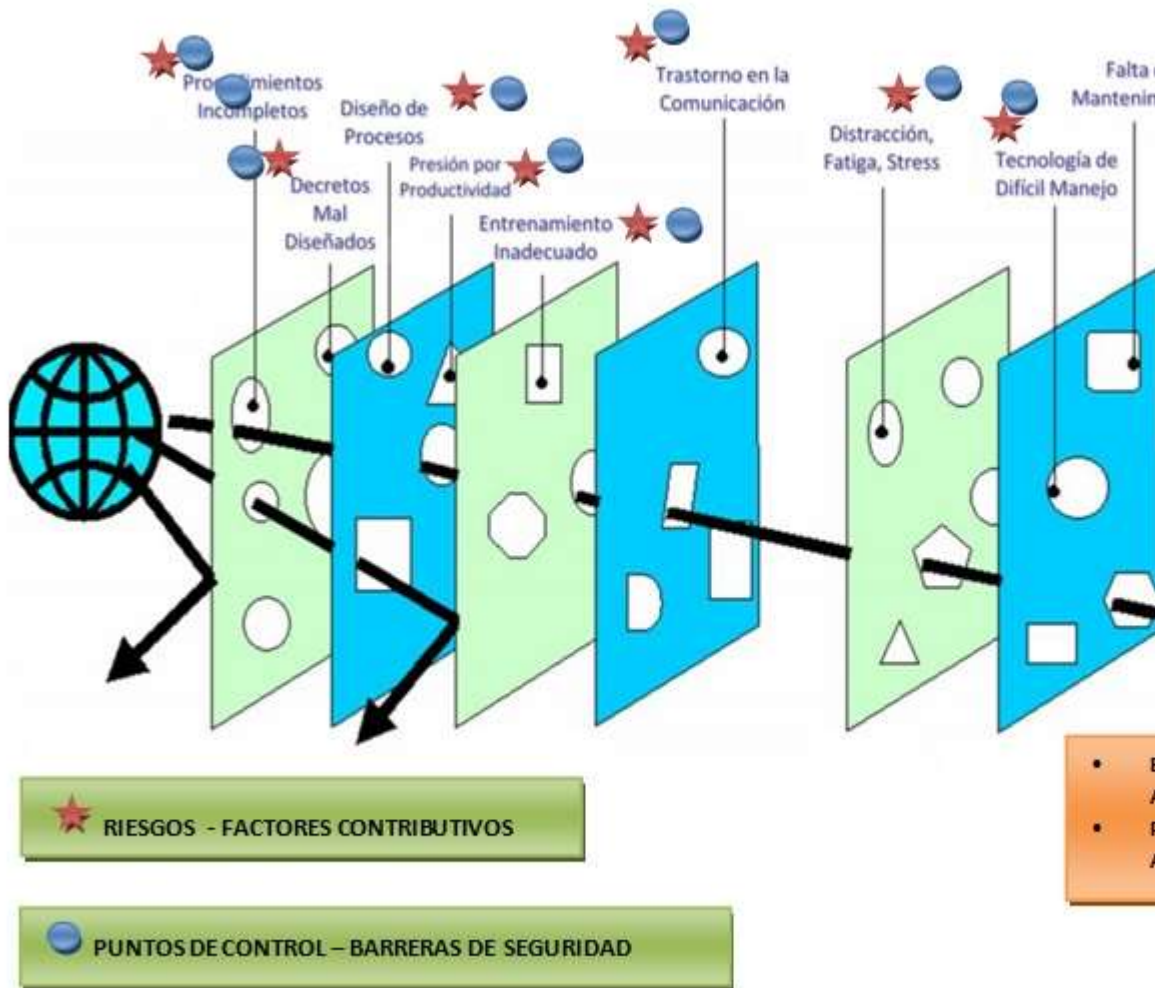
Tipo 11: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos	Tipo 12: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos	Tipo 13: Relacionados con pruebas de imagenología	Tipo 14: Relacionados con pruebas de laboratorio	Tipo 15: Relacionados con la sangre o sus derivados
<p>Fallas en la calidad de dispositivos médicos</p> <p>Falta de disponibilidad de dispositivos médicos</p> <p>Falta de equipos necesarios para la prestación de los servicios</p> <p>Equipos biomédicos descalibrados que afectan la prestación del servicio</p> <p>Equipos biomédicos dañados que afectan la prestación del servicio</p> <p>Reuso no autorizado de dispositivos biomédicos</p> <p>Reuso no controlado de dispositivos médicos</p> <p>Error en el control del instrumental y material médico quirúrgico utilizado en el procedimiento</p> <p>Respuesta inoportuna al requerimiento de mantenimiento</p>	<p>Dieta incorrecta</p> <p>Inoportunidad en la entrega</p> <p>Almacenamiento incorrecto</p> <p>Alimentos contaminados</p> <p>Alimentos vencidos</p> <p>Omisión de entrega</p> <p>Perdida de alimentos</p> <p>Entrega de alimentación parenteral con nutrientes errados</p> <p>Omisión de administración de alimentos parenterales</p> <p>Almacenamiento inadecuado de nutrición parenteral</p> <p>Administración inadecuada de alimentación parenteral</p> <p>Dosis inadecuada de administración parenteral</p> <p>Inoportunidad en la administración de alimentación parenteral</p>	<p>Inoportunidad en la ayuda diagnóstica que retrasa la toma de conducta clínica</p> <p>No disponibilidad de la prueba</p> <p>Toma de prueba a paciente equivocado</p> <p>Toma de imagen/placa a parte del cuerpo equivocada</p> <p>Toma de imagen/placa equivocada</p> <p>Pruebas incompletas</p> <p>Error en el diagnóstico</p> <p>Rotulación incorrecta de la prueba</p> <p>Error en el almacenamiento de la placa</p> <p>Entrega errada de resultados</p>	<p>Inoportunidad en la ayuda diagnóstica que retrasa la toma de conducta clínica</p> <p>No disponibilidad de prueba</p> <p>Toma de prueba a paciente equivocado</p> <p>Toma de prueba equivocada</p> <p>Pruebas incompletas</p> <p>Error en el diagnóstico</p> <p>Muestras inadecuadas</p> <p>Rotulación incorrecta de la muestra</p> <p>Error en el almacenamiento de la prueba</p> <p>Error en el transporte de la muestra</p> <p>Entrega errada de resultados</p> <p>Resultados de exámenes no solicitados</p> <p>Fallas en la privacidad de los resultados</p>	<p>Hemocomponente equivocado</p> <p>Dosis incorrecta</p> <p>Frecuencia incorrecta</p> <p>Etiquetado incorrectos</p> <p>Contraindicaciones no identificadas</p> <p>Almacenamiento incorrecto</p> <p>Omisión de transfusión</p> <p>Hemocomponente vencido</p> <p>Falta de disponibilidad de hemocomponente</p> <p>Omisión de pruebas cruzadas</p> <p>Error en la dispensación</p> <p>Monitoreo pre, intra y post transfusional que no se ajusta al protocolo institucional</p>

Tipo 16: Relacionados con el paciente	Tipo 17: Relacionado con el ambiente físico y de trabajo	Tipo 18: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional	Tipo 19: Relacionados con el personal	Tipo 20: Relacionados con el modelo de escucha activa
<p>Paciente desinformado o que no entendió la información</p> <p>Paciente resistente a las recomendaciones terapéuticas</p> <p>Acoso sexual por parte paciente</p>	<p>Daño de instalaciones locativas que pueden llevar a accidentes o afectan la prestación del servicio</p> <p>Fallas en el sistema de vigilancia y seguridad de la ES E</p> <p>Robo</p> <p>Insuficiencia de ropa hospitalaria que afecta la prestación del servicio</p> <p>Insuficiencia de manillas de identificación</p>	<p>Falta de disponibilidad de los recursos necesarios para la prestación del servicio</p> <p>Fallas en la programación de actividades institucionales que afectan la prestación del servicio</p>	<p>Vinculación de personal con documentación incompleta y/o sin verificar</p> <p>Vinculación de personal sin seguridad social</p> <p>Insuficiencia de personal para la prestación del servicio</p> <p>Personal que inicia labores sin inducción específica de cargo y entrenamiento</p> <p>Personal con turnos consecutivos superiores a 12 horas</p> <p>Error en la comunicación del equipo de trabajo</p> <p>Situaciones de conflicto mal manejadas por el personal</p> <p>Fallas en la supervisión del personal en entrenamiento</p> <p>Error en la nómina</p> <p>Inoportunidad en el reporte de información a entes de control</p> <p>Incumplimiento de actividades programadas de formación, entrenamiento e inducción</p> <p>Inoportunidad en la gestión de procesos disciplinarios</p>	<p>Inoportunidad en la respuesta a manifestaciones del cliente interno</p> <p>Inoportunidad en la respuesta a manifestaciones del cliente externo</p> <p>Perdida de manifestaciones del cliente</p> <p>Molación de buzones de manifestaciones del cliente</p> <p>Molación a la confidencialidad de la información</p> <p>Molación a la privacidad del usuario</p> <p>Insatisfacción del cliente frente a la respuesta recibida sobre su manifestación</p>

Tipo 21: Relacionados con salud ocupacional	Tipo 22: Relacionados con los procesos jurídicos	Tipo 23: Relacionados con compras y proveedores	Tipo 24: Relacionados con los sistemas de información	Tipo 25: Relacionados con los procesos financieros
Cortes con objetos Caída al mismo nivel Caída a diferente nivel Contacto con salpicaduras de sustancias Absorción de gases y vapores Accidente con contacto de líquidos corporales Accidente con objetos cortopunzantes con líquidos corporales Exposición a ruido Carga postural estática (riesgo ergonómico) Golpes Stress que conlleva a atención médica Accidente con contacto de sustancias químicas Contacto directo con energía Quemadura Incendio Explosión Inundación Exposición a radiación sin protección Agresión por parte de usuarios Atentados terroristas	Demanda laborales Tutelas Demandas asistenciales Inoportunidad en la respuesta a requerimiento de asesoría jurídica Inoportunidad en la gestión de procesos judiciales y demandas	Recepción de bienes o servicios que no cumplen con requisitos legales y de la institución Obsolencia de insumos o suministros por fallas en el control Incumplimiento de contratos Fallas en la revisión de requisitos pre contractuales Inoportunidad u omisión de supervisión de contratos	Fallas en el software que alteran la prestación del servicio Pérdida de información, documentos o expedientes Deterioro de documentos por error en el almacenamiento Notificación inoportuna de correspondencia Inoportunidad en el envío de correspondencia Documentos mal archivados Entrega de documentación incompleta al archivo de gestión Entrega de expedientes incompletos Entrega de información a personal no autorizado Fallas en el control de documentos Inoportunidad a la solicitud de mantenimiento de hardware que afecta la prestación del servicio Inoportunidad a la solicitud de mantenimiento o soporte de software que afecta la prestación del servicio Acceso a software por personal no autorizado Alteración de datos Virus informático Inoportunidad en la implementación de nuevas versiones de software Inoportunidad en la entrega de información a entes de control	Inoportunidad en el trámite de objeciones a glosas Extravío de glosas Inoportunidad en la respuesta a glosas Error en la facturación de servicios Omisión de facturación de servicios Error en el cobro Omisión de conciliación y verificación de saldos con otras áreas Comprometer gasto sin disponibilidad presupuestal Queja de proveedores por Inoportunidad en cuentas por pagar Sobrepasar costo presupuestal de contratos Hechos realizados que no han sido canalizados por el proceso contable Estados contables sin soportes en los libros contables Vencimiento de cartera Servicios prestados a entidades no contratadas Facturación a contratos vencidos Información/ soportes financieros incompletos que afectan la operación del proceso Inoportunidad en la entrega de información financiera Inoportunidad en el registro de información financiera Alteración no permitida de información financiera Error en los informes financieros Uso indebido de dinero de cajas y tesorería Robo o pérdida de dinero

Con base en los conceptos anteriores a continuación se muestra un ejemplo de cómo la organización realiza la identificación de riesgos y eventos adversos de procesos, tomando como base la metodología del Protocolo de Londres y del SGC NTCGP 1000, partiendo de la identificación de eventos adversos en procesos asistenciales y productos no conformes en procesos administrativos, para identificar los posibles riesgos que pueden conllevar a su incidencia; de esta manera se identifican controles y barreras de seguridad frente a dichos riesgos, para minimizar impacto o reducir incidencia. Para la identificación de riesgos a su vez, la ESE toma como punto de partida los Factores contributivos del Protocolo de Londres y la clasificación de riesgos del MSPS.

## Modelo del Queso Suizo - Metodología para Identificación de Riesgos:



**A continuación se citan algunos ejemplos de la metodología**

EVENTO ADVERSO TRAZADOR	RIESGOS
Infiltración, extravasación	Fallas en la competencia o pertinencia del personal auxiliar para la ejecución procedimiento Mala calidad de los dispositivos médicos que pueden conllevar a fallas en lo procedimientos Fallas en la información suministrada al usuario No adherencia al protocolo de dilución de medicamentos adoptado por la ESE
Flebitis en sitios de Venopunción	Fallas en la asepsia en el momento de realizar procedimientos asistenciales Fallas o ausencia de lavado de manos previo a la realización de procedimientos asistenciales Fallas en la información suministrada al usuario Fallas en la competencia del personal auxiliar para la ejecución del procedimiento Fallas en la dilución del medicamento
Infección asociada al cuidado de la salud	Fallas en la asepsia en el momento de realizar procedimientos clínicos Fallas o ausencia de lavado de manos correcto previo a la realización de procedimientos clínicos Fallas en la esterilización del material Reutilización de dispositivos médicos no controlada Fallas en el proceso de aislamiento de pacientes
EVENTO ADVERSO CENTINELA	RIESGOS
Muerte de paciente o discapacidad severa asociado con medicamentos, dispositivos o biológicos contaminados	Error en la aplicación de medicamentos Error en la prescripción o transcripción de los medicamentos Medicamentos, dispositivos o biológicos vencidos o en malas condiciones Fallas en la anamnesis del usuario Fallas en la información suministrada al usuario y/o su familia No revisión del historial clínico del usuario
Muerte de paciente o discapacidad severa asociada con mal uso o mal funcionamiento de dispositivos médicos	Fallas en la pertinencia clínica Dispositivo vencidos de mala calidad o en malas condiciones No se realiza mantenimiento preventivo y/o correctivo oportunamente Falta capacitación en manejo de equipos médicos para todo el personal. Equipos obsoletos

### **Clasificación de Eventos Adversos en los Procesos Asistenciales:**

## EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES

Acoso sexual
Asfixia perinatal
Caídas intra - institucional del paciente
Complicación de procedimientos diagnósticos
Complicación derivada de fallas en las instrucciones dadas al paciente
Complicación derivada de inoportunidad en la atención (leve)
Complicación medicamentosa leve (asociado a fallas en la aplicación de los 10 correctos)
Complicación terapéutica inmediata y mediata derivada de procedimientos (leve)
Complicaciones derivadas de la falta de efectividad de las intervenciones de PyP
Complicaciones derivadas de la inoportunidad en la entrega de resultados de exámenes de
Complicaciones derivadas de las intervenciones de PyP
Consumo intra - institucional de psicoactivos
Desgarro perianal grado 3 y/o 4
Exposición o sobre exposición a radiaciones innecesarias
Fallas en el manejo terapéutico derivada de fallas en los procesos diagnósticos
Flebitis en sitios de Venopunción
Fractura dental o mandibular
Fuga de pacientes
Hemorragia pos procedimiento diagnóstico
Infección asociada al cuidado de la salud
Infiltración, extravasación
Intento de homicidio
Intento de suicidio
Materna con convulsión intrahospitalarias
Pacientes con neumonías bronco aspirativas
Perdida de pacientes
Procedimiento en paciente equivocado
Procedimiento en parte equivocada
Punción múltiple
Reacción post vacunal
Recién nacido con apgar <7 a los 5 minutos
Reingreso ambulatorio por la misma causa en el mismo mes
Reingreso hospitalario < 20 días
Reingreso por urgencias menor de 72 horas
Ruptura prematura de membranas sin conducta definida
Sufrimiento fetal agudo durante la atención del parto
Tratamiento o procedimiento terapéutico equivocado
Trauma por ausencia o falla de inmovilización del paciente
Ulceras de posición originadas durante la atención intrahospitalaria



## EVENTOS ADVERSOS CENTINELAS

Abuso sexual

Entrega equivocada de neonato

Homicidio

Infección de sitio operatorio (ISO)

Mortalidad durante el traslado asistencial

Mortalidad en menores de 5 años

Mortalidad en urgencias

Mortalidad hospitalaria

Mortalidad materna

Muerte o complicación severa asociada a los medicamentos (calidad, omisión, error de prescripción, error en la aplicación, etc.)

Muerte o complicación severa asociada con el trabajo de parto y parto en embarazo riesgo

Muerte de recién nacido o complicación severa asociada a fallas en el manejo de hiperbilirrubinemias

Muerte o complicación severa asociada a caída intrahospitalaria de paciente

Muerte o complicación severa asociada a deterioro del paciente según escala de Glasgow, demora en establecer plan de manejo

Muerte o complicación severa asociada a la inoportunidad de la atención

Muerte o complicación severa asociada a los dispositivos médicos o equipos biomédicos (calibración, ausencia, mal uso etc.)

Muerte o complicación severa asociada con hipoglucemia estando hospitalizado

Muerte o complicación severa derivada de la falta de efectividad de las intervenciones de P

Muerte o complicación severa derivada de la inoportunidad de ayudas diagnósticas

Muerte o complicación severa derivada de los procedimientos diagnósticos

Muerte o complicación terapéutica severa

Muerte perinatal

Perdida o robo Intrahospitalario de niños

Procedimiento quirúrgico erróneo realizado a un paciente

Secuestro de paciente

Suicidio

Es importante sin embargo, tener en cuenta que un incidente o evento trazador, puede escalar a evento centinela, dependiendo del impacto ocasionado en la salud del paciente. Adicionalmente es importante tener en cuenta que un incidente grave (centinela) que pudo ocasionar la muerte del paciente, se maneja como evento centinela y su análisis se hace dentro de las primeras 72 horas siguientes al suceso.

Las fallas administrativas son consideradas como cualquier oportunidad de mejoramiento o falla en el funcionamiento en los procedimientos. Para su implementación se siguen las mismas etapas de identificación, captación, consolidación y análisis y mejoramiento aplicadas a los eventos adversos en salud.

Cuando se ha realizado la identificación de riesgos y/o eventos adversos potenciales de cada proceso, se hace el mapa de riesgos de la ESE bajo la metodología AMEF, de

acuerdo a lo establecido en el Instructivo para elaboración de mapa de riesgos de la ESE. (Ver anexo 4)

#### [Anexo 4 Modelo AMEF](#)

##### **5.1.1.1.3 Análisis de riesgos y eventos adversos:**

El análisis del riesgo busca establecer la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos con el fin de obtener información para establecer el nivel de riesgo y las acciones que se van a implementar.

Se han establecido dos aspectos a tener en cuenta en el análisis de los riesgos identificados, la Probabilidad y el impacto. Por la primera se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo, esta puede ser medida en criterios de frecuencia si se ha materializado o de factibilidad, teniendo en cuenta la presencia de factores externos e internos que pueden propiciar la ocurrencia del riesgo así éste no se haya materializado. Por Impacto se entiende las consecuencias que pueda generar en la institución la materialización del riesgo.

El análisis del riesgo en el Hospital del Sur se hace con base en la información obtenida en el formato de identificación de riesgos, los datos históricos y los aportes de los funcionarios de la institución.

Además y con el fin de hacerlo más comprensible y amigable para todos los funcionarios se hace en forma de semáforo y no en forma cualitativa como lo plantea la guía de administración del riesgo del DAFP

Calificación del riesgo: Estimación de la probabilidad de su ocurrencia y el impacto que puede generar su materialización.

##### **PROBABILIDAD:**

Representa el número de veces que el riesgo se ha presentado en un determinado tiempo o puede presentarse. Para la cualificación de la probabilidad se tomaron las siguientes variables:  
Improbable: nunca ha ocurrido.  
Posible: ya ha ocurrido al menos un evento.  
Probable: ya han ocurrido varios episodios.

##### **IMPACTO:**

Se le asignaron las siguientes variables:

##### **Menor:**

Se refiere a consecuencias leves o mínimas para la salud del usuario, se pueden manejar en la institución, no dejan secuelas. Para la institución pérdida de imagen y pérdidas económicas menores. Este tipo de consecuencias no generan ningún tipo de proceso legal en contra de la institución, ni de ninguno de sus funcionarios.

##### **Moderado:**

Se refiere a consecuencias mayores para la salud del usuario que pueden requerir manejo en otros niveles de atención, con secuelas transitorias. Para la institución pérdida de imagen y pérdidas económicas considerables, no muy

grandes.

Este tipo de consecuencias pueden generar procesos disciplinarios en contra de funcionarios de la institución o su despido.

**Mayor:**

Se refiere a consecuencias severas para el estado de salud del usuario, con complicaciones que obligatoriamente requieren otro nivel de atención y que dejan secuelas. Además en esta categoría se puede presentar muerte del usuario. Para la institución pérdida de imagen y pérdidas económicas mayores. Estas consecuencias pueden generar procesos legales complicados con sanciones civiles o penales severas en contra de la institución o sus funcionarios.

**5.1.1.1.4 Valoración de riesgos y eventos adversos:**

Permite comparar los resultados de la calificación, con los criterios definidos (probabilidad e impacto) para establecer el grado de exposición de la entidad al riesgo, de esta forma es posible distinguir entre los riesgos aceptables o de nivel bajo, moderados o de nivel medio, inaceptables o de nivel alto y fijar las prioridades de las acciones requeridas para su tratamiento:

Para esta evaluación se toma la siguiente matriz cualitativa como referencia:

PROBABILIDAD	IMPACTO		
	MENOR	MODERADO	MAYOR
IMPROBABLE	BAJO	BAJO	MEDIO
POSIBLE	BAJO	MEDIO	ALTO
PROBABLE	MEDIO	ALTO	ALTO

Como se mencionó anteriormente los colores son para identificar en forma de semáforo la alerta del nivel de severidad del riesgo y de acuerdo a esto tomar las medidas pertinentes

**5.1.1.1.5 Políticas de administración de riesgos y eventos adversos:**

Teniendo en cuenta que la cultura de seguridad es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso y el desempeño de la institución frente a la seguridad de los procesos de atención; la ESE dentro de sus políticas de gobierno, tiene establecida la política de seguridad del paciente, inherente a esta política y coherente con uno de los pilares de la acreditación (sistema de calidad adoptado por la empresa) manifiesta y se compromete en todas sus actuaciones a administrar adecuadamente los riesgos con el fin de prevenir la ocurrencia de eventos adversos en el proceso de atención.

Existen varias opciones para el tratamiento de los riesgos, a continuación describimos las adoptadas por la institución:

**Evitar el riesgo:** Decisión de no involucrarse en o retirarse de una situación de riesgo.

**Reducción del riesgo:** Acciones que se toman para disminuir la posibilidad y las consecuencias negativas asociadas con un riesgo.

**Retención del riesgo:** Aceptación del peso de la pérdida o del beneficio de la ganancia proveniente de un riesgo particular. Esta opción incluye la aceptación de riesgos que no se han identificado.

**Compartir el riesgo:** Compartir con otra de las partes el peso de la pérdida o del beneficio de la ganancia proveniente de un riesgo particular. Los requisitos legales o estatutarios pueden limitar, prohibir u ordenar compartir algunos riesgos. El compartir el riesgo se puede realizar a través de seguros u otros acuerdos y se pueden crear riesgos nuevos o modificar uno ya existente.

Para la institución el tratamiento de los riesgos se realiza de acuerdo a su nivel de severidad (Análisis de la probabilidad y el impacto del riesgo), así:

NIVEL DE SEVERIDAD DEL RIESGO	CONSIDERACIÓN PARA RIESGO O EVENTO ADVERSO ASOCIADOS	ESTRATEGIAS PARA EL TRATAMIENTO DEL RIESGO
<b>INACEPTABLE O DE GRADO ALTO</b>	Si ocurren se aplica correctivo inmediato. Estos eventos requieren análisis y plan de mejoramiento.	La estrategia en este caso es eliminar la actividad que genera el riesgo, si esto no es factible; de acuerdo al análisis hecho, generar acciones correctivas con mecanismos más eficaces de control para reducir la probabilidad del riesgo o mecanismos de protección para disminuir las consecuencias o sino considerar la opción de compartir el riesgo por medio de pólizas u otras opciones disponibles.
<b>MODERADO O DE GRADO MEDIO</b>	Si ocurren se aplica correctivo inmediato. Requieren análisis completo por Comité institucional los eventos con consecuencias moderadas y mayores. Los eventos con consecuencias menores no requieren análisis completo, se les realiza monitoreo.	La estrategia en este caso es reducir el riesgo, es decir tomar medidas para bajar la severidad de este, de acuerdo a lo definido por el Comité delegado por los responsables del proceso de acuerdo al grado de consecuencia del riesgo, generar acciones correctivas para las moderadas y mayores y para las menores fortalecer los controles existentes. También se puede compartir el riesgo dependiendo de sus consecuencias.
<b>ACEPTABLE O DE GRADO BAJO</b>	Si llegan a ocurrir se aplica correctivo inmediato. No requieren análisis completo, pero si se monitorizan.	En este caso la estrategia es retener el riesgo, pues tiene baja probabilidad y consecuencias menores. Los responsables del proceso realizan su análisis y determinan si se generan acciones preventivas o simplemente no se toman otras medidas de control diferentes a las que se poseen.

Frente a los eventos adversos inaceptables o de mayor incidencia la ESE define como acciones de contingencia o manejo "Guías de reacción inmediata Frente a eventos adversos.

### 5. 1. 1. 2. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

La ESE Hospital del Sur tiene dentro de sus políticas de buen gobierno la política de seguridad:

"La E.S.E. Hospital del Sur "Gabriel Jaramillo Piedrahita" se compromete a trabajar por la Seguridad del Paciente como estrategia indispensable para un ambiente seguro y promover continuamente la cultura de la seguridad en la atención a los usuarios, sus familias y los clientes internos. Busca garantizar la seguridad, vigilancia, custodia, protección y cuidado, durante la estancia en la institución para prevenir y mitigar la ocurrencia de hechos ajenos que atenten contra la integridad personal y la libertad del individuo."

## OBJETIVOS

## ESPECIFICOS

- Disponer de un Modelo de seguridad a través del cual se logre el compromiso de todos los procesos institucionales, con la seguridad del paciente.
- Disponer de un Modelo de gestión de riesgos, incidentes y eventos adversos, a través del cual se disponga de una metodología para el análisis de causas y la definición de acciones de mejoramiento.
- Disponer de un mapa de riesgos diseñado por metodología AMEF y protocolo de Londres, partiendo del evento adverso o el producto no conforme, para la identificación de riesgos y la definición de puntos de control.
- Instituir una cultura de Seguridad del paciente: responsable, educativa y no punitiva.
- Diseñar procesos institucionales orientados a la seguridad del paciente.
- Adoptar cajas de herramientas de seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección social.
- Fortalecer continuamente las competencias del personal en relación a la seguridad del paciente, a través de los programas de formación, certificación y entrenamiento.
- Establecer barreras de seguridad para prevenir la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.
- Establecer un entorno seguro en la atención.
- Gestionar eventos adversos a través de la metodología de Protocolo de Londres.
- Educar al paciente y su familia para que sean corresponsables de su seguridad.
- Realizar seguimiento a los resultados obtenidos en la implementación de la Política de Seguridad.
- Realizar seguimiento de adherencia a los procesos de seguridad.
- Costear los fallas internas y externas.

### 5. 1. 1. 3. CULTURA INSTITUCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS:

Teniendo en cuenta que la cultura de seguridad es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso y el desempeño de la institución frente a la seguridad de los procesos de atención; la ESE ha establecido varias estrategias orientadas a garantizar la promoción de la cultura de seguridad. Entre ellas se puede mencionar:

- Se cuenta con los siguientes comités:
- Seguridad y tecnovigilancia
- Vigilancia epidemiológica, Infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS) y estadísticas vitales
- Farmacia y terapéutica
- Código rojo y azul
- PYP
- IAMI Y AIEPI
- Investigación
- Plan de trabajo de seguridad del paciente el cual incluye el enfoque y la gestión del riesgo
- Campaña sistemática para la promoción de la cultura de seguridad
- En el proceso de inducción, re inducción y formación se incluye un modulo de seguridad del paciente, enfoque de riesgo y gestión del riesgo
- Reentrenamiento sistemático para reporte y gestión de los riesgos
- Aplicativo para reporte de gestión de riesgo, estandarizado de acuerdo al mapa de riesgos de la ESE
- Aplicación sistemática de la encuesta de clima de seguridad

- Aplicación sistemática de la Lista de chequeo de seguridad del paciente del MSPS
- Adopción de paquetes instruccionales como barreras de seguridad
- Revisión anual de las barreras de seguridad de los eventos adversos con mayor incidencia en la vigencia inmediatamente anterior
- Implementación de guías de reacción inmediata para eventos adversos
- Compromisos de seguridad
- Gestores de la seguridad
- Las actas de los grupos de servicios (primarios) se encuentran estandarizadas e incluyen la revisión de fallas, incidentes y eventos adversos y la concertación de acciones de mejora con los grupos de trabajo.
- Los informes de gestión de los grupos de mejoramiento de segundo y tercer nivel se encuentran estandarizados e incluyen el seguimiento del cierre de ciclos de fallas, incidentes y eventos adversos de los diferentes procesos asistenciales y administrativos
- Adopción Del Programa usuario y su familia como gestor de su seguridad, donde se enseña al paciente y su cuidador a ser corresponsables en la seguridad de su proceso de atención.

Como parte de la cultura de seguridad la ESE tiene estandarizado el enfoque de riesgo, desde todos los procesos asistenciales:

## ¿DE DONDE SALE EL ENFOQUE DE RIESGO?



El enfoque de riesgo, es uno de los PILARES del Sistema único de Acreditación de Salud, es por ello que nuestra empresa por ser una entidad acreditada, debe garantizar que desde todos sus procesos de atención se identifiquen los riesgos relacionados con la atención del paciente.

**EN ESE ORDEN DE IDEAS ...**  
**EL ENFOQUE DE RIESGO CONSISTE EN QUE**  
**CADA UNO DE LOS QUE TRABAJAMOS EN LA**  
**ESE Y ATENDEMOS PACIENTES; TENGAMOS**  
**UNA VISIÓN INTEGRAL Y PROACTIVA FRENTE**  
**A LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS, PARA**  
**TENER LA CAPACIDAD DE IDENTIFICAR TODO**  
**TIPO DE RIESGO ASOCIADO A SU PROCESO DE**  
**ATENCIÓN**

En ese orden de ideas en cada paciente se identifican sus posibles riesgos, en relación a los siguientes aspectos:



En este mismo sentido los en los pacientes con estancia prolongada se identifican las ALERTAS DE SEGURIDAD, con las cuales se señala su tablero de identificación de la siguiente manera:



## SISTEMA DE ALERTAS

Paciente con riesgo de **caída**  
Paciente con riesgo de **suicidio**  
Paciente con riesgo de **robo o pérdida de menores**  
Paciente con riesgo de **úlceras de presión**  
Paciente con riesgo de **fuga**  
Paciente con riesgo de **infección**  
Paciente con riesgo de **violencia intrahospitalaria**  
Paciente con riesgo de **alergia**  
Paciente con riesgo de **Paro cardio-respiratorio**  
Paciente con diagnóstico de **abuso sexual**  
Paciente **Psiquiátrico**

## SISTEMA DE



Cada alerta de seguridad tiene estandarizada una ficha de manejo.

### 5. 1. 1. 4. PATRULLAJES DE SEGURIDAD:

Para garantizar el sostenimiento de La CULTURA DE SEGURIDAD Y LA CULTURA INSTITUCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS, el comité de seguridad sistemáticamente realiza RONDAS DE SEGURIDAD, las rondas garantizan la identificación de prácticas inseguras y la concertación de compromisos, el comité de seguridad y tecnovigilancia dentro de su plan de trabajo hace seguimiento sistemático al cierre de ciclos de mejoramiento de los compromisos concertados con el área auditada. El formato de patrullajes de seguridad se tiene diseñado por paquete instruccional y teniendo en cuenta la incidencia de eventos adversos de la ESE.

[Anexo 3 Formato Patrullaje Seguridad](#)

### 5.2. COMPONENTE DE GESTIÓN:

#### 5. 2. 1. SISTEMA DE REPORTE DE RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS:

Los riesgos y eventos adversos son reportados a través del aplicativo "FALLAS Y EVENTOS ADVERSOS" ubicado en la intranet institucional, el cual facilita el reporte por parte de todos los servicios. El aplicativo cuenta con una lista desplegable que permite seleccionar entre el evento adverso o falla administrativa que se presentó y además permite registrar la sede y área que reporta y el área donde ocurre el evento, además cuenta con un espacio para que el funcionario que reporta pueda hacer una descripción detallada de lo ocurrido.



Para garantizar el reporte de riesgos y eventos adversos por parte de todos los funcionarios de la ESE, adicionalmente se cuenta con un formato físico para su reporte, el cual es utilizado como contingencia frente a la caída del sistema. El aplicativo para reporte de riesgos que se encuentra en la intranet es:

## Gestión del Riesgo

Sece (\*)

Area reporta (\*)

Clasificación (\*)

Pertenece a (\*)  
 Farmacovigilancia  
 Reactivovigilancia  
 Tecnovigilancia  
 Ninguno

Area donde se presenta el evento o falla (\*)

Nombre del Evento (\*)

Fecha que ocurrió el Evento / Falla (\*)  CALENDARIO

Documento del Usuario

Nombre del Usuario

Detalles del Evento / Falla (\*)

Contingencia (\*)

Funcionario que reporta

Enviar

## 5. 2. 2. BUSQUEDA ACTIVA DE TRIGGER TOOLS

La metodología de "Trigger Tools"; consiste en detectar indicios de atención insegura que pudieron generar un evento adverso no reportado, por ejemplo el uso de un medicamento o de un antídoto que pudo ser formulado para tratar o mitigar un evento adverso medicamentoso. A este medicamento se le denomina indicio, puesto que es lo que es: un indicio de que el paciente sufrió un evento adverso. La revisión posterior de la historia clínica permite establecer el motivo por el cual se utilizó y particularmente si se hizo en respuesta a un EAM, la historia clínica es revisada por una persona con conocimientos suficientes para determinar la causa por la cual se usó el indicio.

El indicio no se limita a medicamentos o antídotos. Sino que se extiende a resultados anormales de pruebas de laboratorio específicas y a acciones tales como una orden para suspender súbitamente una intervención asistencial o para trasladar el paciente a un nivel de cuidado superior.

Los "indicios" adoptados por la ESE son buscados activamente, liderados por los integrantes del comité de seguridad y tecnovigilancia. Cuando uno o varios de ellos se detectan, la historia debe ser evaluada en detalle para establecer si efectivamente ocurrió un evento adverso.

Los indicios adoptados por la institución son los siguientes:

Indicio	Proceso identificado	Responsable
Uso de difenhidramina, hidrocortisona, clemastina	Reacción de Hipersensibilidad.	Químico Farmacé
Plantilla de alergia a medicamento	Reacción adversa a medicamento	Químico Farmacé
Uso de dextrosa al 10%	Hipoglucemia	Coordinador médico—Li hospitalizació
Transferencia no esperada a un nivel superior de atención	Evento adverso relacionado con la pertinencia en el diagnóstico y manejo	Coordinadora m
PTT >100 segundos INR > 5.	Evento adverso relacionado con el manejo de pacientes anticoagulados.	Coordinador laboratorio mco, n externa
Elevación de la creatinina.	Evento adverso por manejo inadecuado del paciente dentro del programa de HTA-Diabetes	Coordinador laboratorio mco, n externa
Reingresos a Hospitalización	Evento adverso por manejo inadecuado de los criterios al egreso	Coordinador médico Ho
Reingresos a Urgencias		Coordinador médico—lid
Reingresos a Odontología	Evento adverso relacionado con el diagnóstico y manejo pertinente	Responsable de Odo
Muertes en los servicios de Urgencias y Hospitalización	Evento adverso relacionado con el diagnóstico y manejo pertinente	Coordinador médico E
Uso de Potasio Intravenoso	Evento adverso derivado del uso del potasio	Lider mco, de Consulta E
Gestantes con Cifras tensionales altas	Evento adverso con gestantes	Responsable de
PRUM reportados en plantilla de CNT	Evento adverso relacionado con la farmacoseguridad.	Químico Farmacé
Seguimiento a Eventos adversos de otras IPS por plantilla de CNT	Eventos adversos de otras IPS	Lider de Seguridad de

### 5.3. COMPONENTE DE ANÁLISIS Y MEJORAMIENTO:

Para desarrollar el componente de análisis y mejoramiento es importante aclarar que el MODELO INSTITUCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS se fundamenta en el modelo del Ministerio de Protección Social como se referencia a continuación:



FUENTE: Resolución 0112 de 2012. Ministerio de la Protección Social del Pa

Una vez los datos son consolidados se analizan por las áreas las cuales utilizaran estos insumos como entrada para la aplicación del modelo de mejoramiento de la calidad.

Las acciones correctivas se gestionan directamente en un archivo de Excel donde se lleva el consolidado, según la frecuencia se aplica el modelo de mejoramiento en el software de calidad ISOLUCIÓN.

En ambos casos se realiza un análisis del evento y se identifica: causa raíz que origino el problema, mecanismos de control que no funcionaron, por que el proceso no funciono, por que la planificación del servicio no tuvo resultado, y por ultimo describir las acciones correctivas definidas para el evento.

Los eventos adversos e incidentes centinela se analizan con metodología de protocolo de Londres y los eventos trazadores y las fallas administrativas con la metodología de las 6M combinada con los 3 Porque? Que se encuentra descrita en el Modelo de mejoramiento de la ESE.

### 5. 3. 1. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES INSEGURAS

Cuando se hace el análisis de causas por Protocolo de Londres, se parte del evento y con base en el análisis del contexto clínico se identifican

- Fallas latentes
- Factores contributivos
- Fallas activas asociadas a las acciones inseguras
- Barreras de seguridad que fallaron.

Modelo Causal Organizativo de Accidentes (OACM)  
PROTOCOLO DE LONDRES



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

- La atención se aparta de los límites de una práctica segura
- La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente

Las acciones inseguras además pueden ser:

- Por acción.
- Por omisión.
- Por violaciones conscientes.

Frente a las acciones inseguras y las fallas identificadas durante el análisis, se definen acciones de mejora, las cuales son monitorizadas en relación a su eficacia y efectividad por la Líder de seguridad del paciente.

### 5. 3. 2. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS DE CONTROL O BARRERAS DE SEGURIDAD

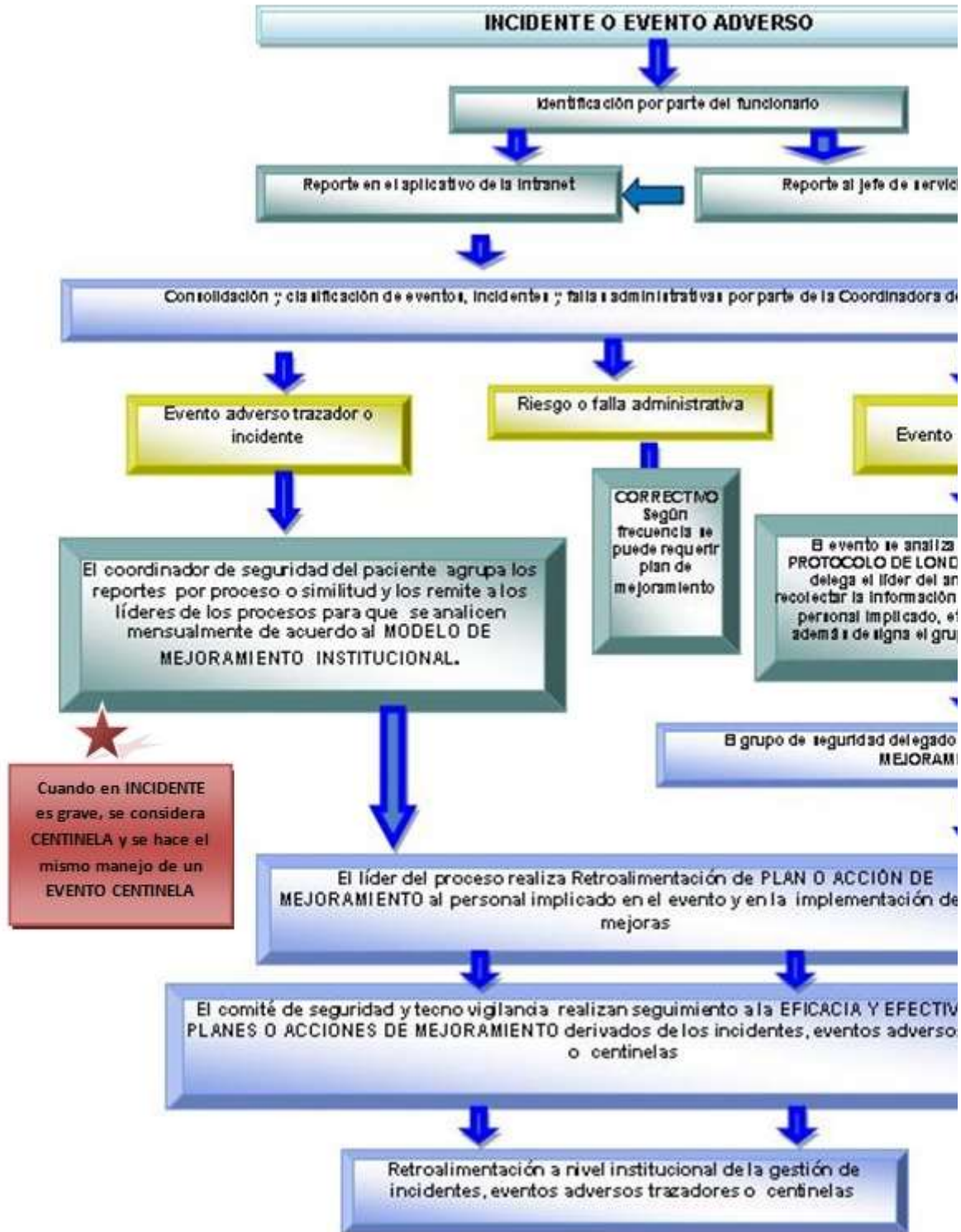
Las Barreras de Seguridad se definen de acuerdo a las fallas latentes y las fallas activas identificadas en el análisis causal del incidente o evento adverso. Como enfoque preventivo la ESE revisa las barreras de seguridad de los incidentes y eventos que mayor incidencia presentaron en la vigencia inmediatamente anterior.

Con respecto a los procesos administrativos se identifican y revisan puntos de control, con base en el análisis causal de la falla.

### **5. 3. 3. DESARROLLO DEL MODELO DE MEJORAMIENTO**

El flujograma institucional para la gestión de los riesgos, incidentes y eventos adversos la ESE se referencia a continuación:





## 6. MECANISMOS DE EVALUACIÓN

El modelo se evalúa a través de:

- Indicadores de gestión de riesgos y eventos adversos
- Incidencia de eventos adversos
- Competencia del personal en gestión de riesgos
- Competencia del personal en enfoque de riesgo
- Evaluación de Traigger Tolls

## 7. ANEXOS

### [FORMATO DE REPORTE DE FALLAS Y EVENTOS ADVERSOS PARA EXTRAMURAL](#)

- [Formato para Análisis por Protocolo de Londres](#)

[Protocolo de Londres](#)

[Enfoque de Riesgos](#)

[Guias de Reacción Inmediata de EA Odontología](#)

[Guias de Reacción Inmediata de Principales Eventos Adversos](#)

[Formato Seguimiento a Riesgos](#)

[Lista de Chequeo Patrullajes de Seguridad](#)

- [Mapa de Riesgos](#)

[Vías Clínicas Odontología](#)

[Reporte de Analisis de Trigger Tools - 2015](#)

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Guía para la administración del riesgo DAFP 2012
- Protocolo de Londres MPS 2007
- Paquete instruccional para gestión de riesgos

### HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	RAZÓN DE LA ACTUALIZACIÓN
7	30/Dic/2009	Se anexa las características El Ministerio de la Protección Social que contempla el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. - Se adiciona un objetivo específico. - Se completa la definición de fallas latentes - Se anexa principios del modelo de seguimiento a riesgos. - Se completa las definiciones respecto a falla evento adverso de tecnovigilancia de incidente hasta fallas administrativas. - Se completa el numeral 3.2. Captación y consolidación. - Se anexa el numeral 3.2.1.3 Metodologías o herramientas de tamizaje. - Aclaración del análisis de eventos no trazadores. - Se adiciono el numeral 3.3. análisis y mejora. - Se anexa el historial de cambio al proceso para realizar seguimiento a los ajustes.
8 y 9	31/Ago/2010	Se realizó actualización del "Modelo Integral de Seguimiento a Riesgos para completar las fallas administrativas. - Se ajusto las imágenes 23/Ago/2010 10 - Inclusión de la estrategia del usuario como gestor de su seguridad y de la Política de resarcimiento.

		- Actualización del desarrollo metodológico. 08/Abr/2011 11 19/Abr/2011 12 Se actualizan los gráficos del componente preventivo, y se modifica el responsable del seguimiento	
10 y 11	19/Abr/2011	Se hace revisión general, ajustes en redacción, actualización en el componente de reporte, cambio de formatos componente preventivo y se agrega el formato de listado único de seguimiento a riesgos institucional.	
12	11/Dic/2011	Se actualizan los gráficos del componente preventivo, y se modifica el responsable del seguimiento	
13	29/Jun/2013	esta version se actualizo teniendo en cuenta los nuevos estandares del Sistema único de habilitación, Resolución 1441 de 2013 y del Sistema único de acreditación Resolución 123 de 2012	
14	28/Mar/2016	Se ajusta el Modelo teniendo en cuenta los requisitos establecidos en la Resolución 2003 de 2014 y la Resolución 123 de 2015. Adicionalmente en esta versión se tienen en cuenta oportunidades de mejora de las evaluaciones externas del premio de gestión transparente y del ICONTEC, donde se sugiere fortalecer el análisis de causas y la gestión efectiva de las fallas administrativas.	
<b>ELABORÓ</b>		<b>REVISÓ</b>	<b>APROBÓ</b>
<b>Nombre:</b> Subdirector de Calidad	<b>Cargo:</b>	<b>Nombre:</b> Lider de calidad <b>Cargo:</b> CI-Subdirector Administrativo <b>Fecha:</b> 25/Oct/2017	<b>Nombre:</b> Gerente <b>Cargo:</b> Gerente <b>Fecha:</b> 25/Oct/2017
<b>Fecha:</b> 23/Mar/2016			