



Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

GUIA PARA LA DOCUMENTACION E IMPLEMENTACION DE
LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA IPS
Resolución 3100 de 2019

LA POLITICA Y PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, DEBE DOCUMENTARSE E IMPLEMENTARSE TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES ASPECTOS.

- 1. Contar con una Política de Seguridad del Paciente acorde con los lineamientos expedidos por el Ministerio de salud y protección social, que provea una adecuada caja de herramientas para la ejecución de actividades encaminadas a gestionar la seguridad del paciente, en este sentido se debe definir:**

a. Plataforma Estratégica de la Seguridad

- Debe existir evidencia del compromiso de la alta Dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales, la cual debe contener: (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, referente o equipo funcional líder del programa de seguridad de pacientes, estrategias de sensibilización y capacitación institucionales, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, integración con otras políticas y con la planeación estratégica, participación del paciente y su familia).
- Debe evidenciarse la existencia y operación periódica de un Comité o instancia que orienta y promueve la política de seguridad del paciente, el control de infecciones y la optimización del uso de antibióticos. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se encuentra un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS. Como invitados al comité se cuenta con representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar (incluir a representantes de los servicios tercerizados o proveedores relacionados con el evento adverso).
- Debe evidenciarse la existencia de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes, cuyas funciones principales estén relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad.

b. Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos.

- Debe contar con la Definición y Operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud, que incluya los Incidentes y/o Eventos Adverso además se debe evidenciar la sensibilización del sistema de reporte en la institución.
- Debe tenerse definido e implementado un sistema de análisis de causa (puede ser el Protocolo de Londres u otro sistema técnico) de las fallas en la atención en salud que incluya la definición de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Este análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad.

c. Ejecución de procesos Seguros.

- Evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados.
- Evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados.



Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

GUIA PARA LA DOCUMENTACION E IMPLEMENTACION DE
LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA IPS
Resolución 3100 de 2019

- Evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados.
- La institución cuenta con Información documentada para:
 - ✓ Adopción, adaptación o desarrollo de guías de práctica clínica o protocolos basados en evidencia científica a fin de dar atención a las patologías más frecuentes en cada servicio.
 - ✓ Detección, prevención y disminución del riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico, **en los servicios donde aplique.**
 - ✓ Aseo, limpieza y desinfección de áreas y superficies.
 - ✓ Procedimiento de reanimación cerebro cardiopulmonar, en los servicios **donde se realice.**
 - ✓ Acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas en los servicios **donde se realicen procedimientos de venopunción.**
 - ✓ Aspectos de bioseguridad acordes con las condiciones y características del servicio.
 - ✓ Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales.
 - ✓ Manejo de gases medicinales que incluya como mínimo la atención de emergencias y sistema de alarma, **cuando se utilicen.**

2. Fortalecer y promover de la Cultura de seguridad del paciente

Debe evidenciarse la promoción de la cultura de seguridad del paciente que involucre a **TODO** el personal con un enfoque educativo no punitivo mediante la capacitación del personal en el tema de Seguridad del Paciente y en los principales riesgos de la atención y actividades donde se ilustra al paciente y sus allegados en el autocuidado de la seguridad.

3. Adoptar y realizar las siguientes prácticas seguras, según aplique a su servicio de salud declarado y cuenta con información documentada para:

a. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. (que incluya como mínimo dos identificadores: nombre completo y número de identificación).

- ✓ Debe existir evidencia documental del análisis de causa de los eventos adversos, tales como: lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.
- ✓ Debe documentarse el Protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura. Incluye el uso de mínimo dos identificadores recomendados por la OMS (Nombre, número de identificación) en tableta de cabecera o pie de cama. Nunca el número de la cama, el número de habitación o el



Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

**GUIA PARA LA DOCUMENTACION E IMPLEMENTACION DE
LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA IPS
Resolución 3100 de 2019**

diagnóstico clínico. También debe incluir el protocolo para internar pacientes con el mismo nombre o usuarios que carezcan de identificación.

- ✓ Debe existir evidencia de Uso de manillas de marcación de los pacientes en servicios asistenciales priorizados. Siempre debe incluir el servicio de ginecobstetricia, pediatría y atención mental.

b. Gestionar y desarrollar una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes que incluya enfoques diferenciales.

- ✓ Debe existir evidencia documental del análisis de causa de los eventos adversos como: comunicación no efectiva durante el proceso de atención entre el personal que interactúa en dicho proceso, utilización de acrónimos y siglas en la historia clínica, reporte de ayudas diagnósticas inoportuno y/o a destiempo, no tener una comunicación apropiada durante los cambios de turno y el traslado de pacientes intra e interinstitucionalmente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dichas infecciones. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.
- ✓ Debe documentarse una política institucional sobre comunicación clara y asertiva entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes que incluya enfoques diferenciales.
- ✓ Debe documentarse un procedimiento para el diligenciamiento documentación clínica con el fin de disminuir la utilización de acrónimos o abreviaturas en la institución y promover la adecuada narrativa.
- ✓ Deben documentarse procedimientos para el reporte oportuno de pruebas y análisis de ayudas diagnósticas.
- ✓ Debe documentarse un procedimiento para la entrega de turno con el fin de estandarizar dicho proceso en los diferentes servicios asistenciales.

c. Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud (que incluya protocolo de higiene de manos o higienización con soluciones a base de alcohol).

- ✓ Debe existir evidencia documental del análisis de causa de los eventos adversos como: infecciones asociadas a la atención en salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dichas infecciones. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.
- ✓ Debe documentarse el protocolo para la higiene de manos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo incorpora los cinco momentos del lavado de manos recomendado por la OMS. Este debe estar socializado.
- ✓ Debe documentarse el Protocolo de venopunción que incluye acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.
- ✓ Debe documentarse el Protocolo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales, el cual debe incluir acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.



Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

**GUIA PARA LA DOCUMENTACION E IMPLEMENTACION DE
LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA IPS
Resolución 3100 de 2019**

- ✓ Debe documentarse la Guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye medidas de aislamiento universales.
- ✓ Debe documentarse el Manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años.

d. Detectar, analizar y gestionar eventos adversos. (Ver literal b del numeral 1).

e. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.

- ✓ Debe existir evidencia documental del análisis de causa de los eventos adversos como: omisión del consentimiento informado o ausencia en la historia clínica o diligenciamiento incompleto, personal que no verifica el entendimiento del consentimiento informado, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dichas infecciones. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.
- ✓ Debe documentarse el procedimiento para la obtención del consentimiento informado con el fin de garantizar que el consentimiento informado sea un acto profesional de comunicación con el paciente y garantizar que es entendido y consentido por el paciente.
- ✓ Debe existir evidencia de la aplicación de mecanismos para verificar el cumplimiento de consentimiento informado y asegurar su registro en la historia clínica.

f. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, en los servicios donde aplique.

- ✓ Debe existir evidencia documental del análisis de causa de los eventos adversos tales como: lesión por administración incorrecta de medicamentos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.
- ✓ Debe documentarse el Proceso para la dispensación segura de los medicamentos en la farmacia desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la dispensación segura de dosis unitarias.
- ✓ Debe documentarse el Proceso para la administración segura de los medicamentos en los diferentes servicios, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años, este debe incluir la utilización de mínimo cinco correctos al momento de administrar un medicamento a un usuario y restringe el uso de órdenes verbales. Debe incluir además el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.
- ✓ Debe documentarse el Protocolo para el uso racional de antibióticos en los diferentes servicios, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad



que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años, dicho protocolo debe ser concordante con las guías de manejo clínico.

- ✓ Debe documentarse el Protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo en los servicios de internación y otros servicios desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años.
- ✓ Debe existir evidencia de la aplicación de listas de chequeo para asegurar la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento de la institución.
- ✓ Debe existir evidencia en los registros de la historia clínica que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios de internación y urgencias.

g. Prevenir y reducir la frecuencia de caídas, en los servicios donde aplique.

- ✓ Debe existir evidencia documental del análisis de causa de los eventos adversos, tales como: Lesión por caída asociada a la atención de salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.
- ✓ Debe existir evidencia de la clasificación del riesgo de caída a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo antecedentes de caídas e identificación de los pacientes que estén agitados, funcionalmente afectados, que necesiten ir frecuentemente al baño o que tienen movilidad disminuida y pacientes bajo sedación.
- ✓ Debe tenerse documentado el Protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del paciente desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir que las camas y camillas tengan barandas, las escaleras antideslizantes, los baños agarraderas en duchas y sanitarios, la ausencia de obstáculos en los pasillos de internación y una adecuada iluminación.

h. Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido, en los servicios donde aplique

- ✓ Debe existir evidencia documental del análisis de causa de los eventos adversos, tales como: lesión por inadecuada atención de la gestante en el control prenatal, parto o puerperio (incluye la mortalidad materna) o al recién nacido, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.
- ✓ Debe tenerse documentada una Guía o protocolo para la atención prioritaria a la gestante sin exponerla a demoras injustificadas y a trámites administrativos innecesarios.
- ✓ Debe tenerse documentadas las Guías clínicas para la atención de la gestante en el periodo prenatal, atención del parto y puerperio desarrollado o adoptado por la



Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

**GUIA PARA LA DOCUMENTACION E IMPLEMENTACION DE
LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA IPS
Resolución 3100 de 2019**

institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Las guías deben incluir la definición institucional de las habilidades y competencias que el equipo de salud que atiende las gestantes debe tener. La Guía debe incluir la obligatoriedad de registrar el partograma.

- ✓ Debe existir evidencia de la medición mensual de la completitud del kit de emergencias obstétricas y de los demás insumos requeridos para la atención de la gestante.
- ✓ Debe existir evidencia de la implementación de la lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato, para equipos médicos y de enfermería.

i. Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea, en los servicios donde aplique.

- ✓ Debe existir evidencia documental del análisis de causa del evento adverso y reacción adversa asociada a disponibilidad y uso de sangre y componentes sanguíneos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad que involucre a los bancos de sangre proveedores de los componentes sanguíneos implicados en el caso.
- ✓ Debe existir evidencia documental del Protocolo o Guía para la gestión segura de la sangre y los componentes sanguíneos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe incluir análisis de los bancos de sangre proveedores, la recepción segura de la sangre y componentes sanguíneos, su adecuada identificación, medición de la eficiencia del suministro, rotación de inventarios, almacenamiento seguro y los controles en su entrega. Sistema de hemovigilancia y trazabilidad. También debe incluir uso de alternativas a la transfusión y manejo de pacientes que no aceptan la terapia transfusional.
- ✓ Debe existir evidencia documental del Programa de seguimiento institucional a las transfusiones sanguíneas que incluya análisis del perfil epidemiológico en el servicio de transfusión, análisis de trazabilidad del producto y medición mensual de Infecciones Transmitidas por Transfusión. Debe incluir seguimiento a pacientes politransfundidos.

j. Prevenir úlceras por presión, en los servicios donde aplique.

- ✓ Debe existir evidencia documental del análisis de causa de los eventos adversos, tales como: lesión por presencia de úlceras por presión cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.
- ✓ Debe existir evidencia de la clasificación del riesgo de úlceras por presión a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo la valoración de la movilidad, presencia de incontinencia, estado nutricional, alteración de la sensibilidad e integridad de la piel.
- ✓ Debe estar documentado el Protocolo para la minimización de riesgos de aparición



Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

GUIA PARA LA DOCUMENTACION E IMPLEMENTACION DE
LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA IPS
Resolución 3100 de 2019

de úlceras por presión o escaras desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir esquemas de movilización de pacientes en riesgo, cuidados de la piel con soluciones adecuadas, valoración permanente del estado de la piel y condiciones de higiene.

k. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, en los servicios donde aplique.

- ✓ Debe existir evidencia documental del análisis de causa de los eventos adversos, tales como: lesión por error en la realización en la cirugía cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.
- ✓ Debe existir evidencia de Aplicación de la lista de chequeo para cirugía segura, como mínimo la recomendada por la OMS o la desarrollada o adoptada por la institución. En todo caso debe incorporar los momentos preoperatorios, en quirófano antes de incidir al paciente, intraoperatorio y post operatorio e incluir la verificación del adecuado funcionamiento de los equipos de anestesia y cirugía. No debe faltar el chequeo de la marcación del órgano par que se va a operar y el conteo de los insumos que pueden convertirse en cuerpos extraños en el usuario.

- **Servicio de Transporte Especial de Pacientes:** Aplica todo lo relacionado con la presente guía.
- **Entidades con objeto social diferente:** Aplica lo relacionado con profesionales independientes si la entidad sólo oferta la atención a través de un consultorio. Si oferta varios servicios de salud y/o cuenta con un delegado responsable de la coordinación de los de servicios salud que habilita, aplicará lo relacionado con IPS.

Referencias bibliográficas

- Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del paciente. 2008. Bogotá. Colombia.
- Ministerio de la Protección Social. Guía técnica Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 001. 2010. Bogotá. Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de paciente obligatorias. 2013. Bogotá. Colombia.