



Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas

Manual de estándares

Galardón Nacional Hospital Seguro para entidades Hospitalarias de Mediana y Alta complejidad

Edición
2017 - 2018



Tabla de contenido

Presentación.....	3
1. Estructura del Manual	4
2. Fundamentos Estructurales para la Seguridad (A)	6
3. Liderazgo, Alineación y Cultura de la Seguridad (B)	12
4. Gestión de la Seguridad del Paciente (C)	17
5. Mejoramiento de la Seguridad (D).....	32
6. Gestión de la seguridad para el cliente interno (E)	36
7. Bibliografía.....	38

Presentación

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, se complace en presentarles el *Manual de Estándares del Galardón Nacional Hospital Seguro, ACHC, para entidades hospitalarias de mediana y alta complejidad.*

Como es de conocimiento público, esta es una iniciativa que busca promover la excelencia en la seguridad del paciente en las entidades hospitalarias colombianas, por ellos después de las cuatro experiencias anteriores sabemos que este Galardón, no es simplemente un “concurso”, sino una manera de organizar los esfuerzos institucionales en búsqueda de la calidad en sus procesos de atención.

Para esta quinta versión mantenemos los siguientes aspectos:

- I. Se establecen dos categorías de postulación con el fin que todas las instituciones tengan la garantía de participar y lograr el puntaje necesario para ser galardonados. Estas categorías son: hospitalaria (baja y mediana/alta complejidad) y ambulatoria.
- II. Contamos con estándares específicos para entidades hospitalarias de baja complejidad y de mediana y alta complejidad. Igualmente, estándares específicos para entidades ambulatorias.

Adicionalmente, todas las Instituciones que se postulen, recibirán visita de campo por parte de los evaluadores.

En las versiones anteriores hemos afirmado, y lo ratificamos, que estamos dispuestos a entregar galardones a todas las entidades participantes, y estaremos completamente satisfechos el día en que todas las entidades que se presenten, alcancen los puntajes requeridos para acceder a este reconocimiento.

Gracias a las clínicas y hospitales del país que han esforzado por trabajar en SEGURIDAD, este Galardón ha alcanzado el reconocimiento nacional e internacional y eso nos llena de orgullo, porque nos indica que estamos avanzando en la dirección correcta, y que el desarrollo de una línea de trabajo en el área de calidad ha sido un acierto para nuestro gremio.

Esperamos que las instituciones hospitalarias colombianas estén dispuestas a participar no solo con el objetivo de lograr el Galardón, sino también de evaluar sus procesos y buscar el mejoramiento continuo de sus instituciones.

JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA
Director General ACHC

1. Estructura del manual

En el presente manual se adoptan los estándares que servirán como base a las instituciones o sedes participantes hospitalarias de mediana y alta complejidad, a los expertos técnicos, evaluadores e integrantes del Jurado, durante los procesos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa que hacen parte del Galardón Nacional Hospital Seguro – ACHC – Quinta versión 2017 – 2018.

En esta edición del Galardón los estándares están organizados en áreas temáticas así:

Código	Área Temática	Nº estándares	Puntaje total
A	Fundamentos estructurales para la Seguridad	4 Estándares	150 puntos
B	Liderazgo, Alineación y Cultura de la Seguridad	3 Estándares	150 puntos
C	Gestión de la Seguridad del Paciente	9 Estándares	500 puntos
D	Mejoramiento de la Seguridad	3 Estándares	150 puntos
E	Gestión de la Seguridad para el Cliente Interno	1 Estándar	50 puntos

Para presentar los estándares se utilizará la siguiente estructura documental:

Área Temática:	
Estándar (código):	
Propósito:	
Valor:	
Criterios:	
Evidencias:	

Para los efectos de esta estructura se adoptan las siguientes definiciones:

- El área temática: Es un dominio técnico en el cual se inscribe un conjunto de estándares.
- El código: Describe el literal del área temática y el número consecutivo de cada estándar.
- El estándar: Corresponde al resultado global esperado de la institución.
- El valor: Es el número máximo de puntos que aporta cada uno de los estándares evaluados a la escala total de 1 a 1000.
- Los criterios o elementos de desempeño: son aspectos o componentes mínimos del estándar que se deben abordar como parte del desarrollo del mismo.
- El propósito: es un breve resumen que explica o justifica la importancia del estándar en el contexto de un hospital seguro.
- Las evidencias: son los soportes mínimos que la institución debe presentar en las reuniones que tendrán lugar durante la visita para acreditar el cumplimiento, los avances y la mejora en el tema objeto del estándar. Cabe aclarar que los evaluadores podrán solicitar soportes adicionales con base en el informe presentado por la institución y en los hallazgos de la visita.

Los indicadores incluidos como parte de las evidencias deben ser presentados desde el informe de autoevaluación, en el componente de LOGROS.

Se desarrollan, a continuación, los estándares por cada una de estas áreas temáticas:

2. Fundamentos Estructurales para la Seguridad (A)

Este capítulo hace referencia a los aspectos que se consideran como los mínimos necesarios para que la seguridad funcione, los cuales van más allá de los contemplados en las normas básicas. Se presume que cualquier organización que pretenda encaminarse hacia enfoques superiores de seguridad debe privilegiar estos factores de manera clara y precisa.

Dichos aspectos están relacionados con temas de estrategia y estructura organizacional, que apuntan a que la seguridad sea concebida como una estrategia global corporativa, deliberada y planificada, con un abordaje sistémico y con responsabilidades o contribuciones visibles en cada uno de los miembros de la Organización.

Estándar (A.1.).

Área Temática Fundamentos Estructurales para la Seguridad (A)	
La institución ha incorporado dentro de su direccionamiento estratégico, a la seguridad del paciente como un aspecto clave de su orientación estratégica en la generación de valor.	
Propósito: Desarrollar estratégicamente la seguridad, como una estrategia corporativa, implica la identificación de grupos de interés alrededor de un objetivo común, y la consiguiente movilización y utilización de recursos para generar resultados tangibles. Por consiguiente, el desarrollo pleno de una política de seguridad en la institución, más allá de la redacción y socialización de un documento, debe enfocarse como un motor de cambio en las personas. Cuando éste cambio resulta visible para sus usuarios y demás clientes externos, la entidad sabrá que su proceso de mejoramiento de la seguridad está en marcha.	
Valor: 40 puntos	
Criterios:	
A.1.1	El direccionamiento estratégico demuestra un claro compromiso con la

	seguridad, el cual se visualiza de manera directa o indirecta en los elementos que lo constituyen (misión, visión, objetivos estratégicos, políticas, planes).
A.1.2	La definición de las estrategias corporativas en torno a la seguridad (formulación, validación y actualización) ha tenido en cuenta la voz del cliente interno, del cliente externo y de otros grupos de interés (Estado, clientes corporativos, proveedores y grupos sociales, si aplica).
A.1.3	El plan de desarrollo o plan estratégico y los planes de acción vigentes en la institución contienen proyectos o líneas de trabajo claramente enfocados al desarrollo de la seguridad.
A.1.4	Se garantiza la disponibilidad de los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para el desarrollo de los planes relacionados con la seguridad.
A.1.5	La política de seguridad se divulga sistemáticamente hacia los clientes internos y externos, de manera que todos los procesos y niveles de la organización se involucran en el proceso de despliegue.
A.1.6	La política de seguridad del paciente, política de seguridad asistencial o, simplemente, política de seguridad, ha logrado constituirse como un motor de cambio institucional y éste es percibido por sus colaboradores, usuarios y demás clientes externos.
A.1.7	La Institución cuenta con indicadores fiables que demuestran avances y tendencias positivas frente al desarrollo de la política de seguridad
<p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elementos del direccionamiento estratégico: misión, visión, objetivos estratégicos, políticas, planes. ▪ Actas de los ejercicios con los diferentes grupos de interés donde se aborda el tema de seguridad. ▪ Plan de desarrollo o plan estratégico vigente y los planes de acción o planes operativos para los años 2016-2018. ▪ Presupuesto de la Institución de los años 2016-2018 que contempla inversiones en seguridad. ▪ Ejecución presupuestal para los años 2016-2018. ▪ Actas de participación de los niveles jerárquicos en el diseño, implementación y seguimiento a las acciones de seguridad. ▪ Soportes del proceso de formación, adopción y divulgación de la política de seguridad del paciente o declaración equivalente. ▪ Indicadores que permitan evaluar los resultados de la implementación de la política y de los planes, programas y proyectos derivados de la misma. 	

Estándar (A.2.).

Área Temática Fundamentos Estructurales para la Seguridad (A)	
El Modelo de Atención de la institución está claramente enfocado a garantizar la seguridad del paciente.	
<p>Propósito: El Decreto 4747 de 2007 establece que un Modelo de Atención “comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutive, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contra referencia”.</p> <p>Si una institución de salud desea firmemente cambiar sus resultados en materia de calidad y seguridad, debe modificar la manera de prestar sus servicios; esto es, su modelo de atención, enriqueciéndola con factores diferenciadores.</p> <p>Este estándar está orientado, por consiguiente, a promover e incentivar los enfoques innovadores en la prestación de los servicios de salud, siempre y cuando contribuyan a mejorar efectivamente la seguridad de la atención.</p>	
<p>Valor: 40 puntos</p>	
Criterios:	
A.2.1	El modelo de atención contiene factores diferenciadores que contribuyen a la mejora de la seguridad, los cuales se visualizan claramente en todos los servicios ofrecidos.
A.2.2	La institución ha desplegado de manera sistemática su modelo de atención a los colaboradores, lo que ha generado que éstos comprendan su enfoque y los factores diferenciadores que lo enriquecen.
A.2.3	Los colaboradores demuestran claridad sobre su rol en el ciclo de atención y con base en esto, alinean su quehacer diario con los objetivos y componentes del modelo de atención.
A.2.4	La Alta Dirección evalúa sistemáticamente el funcionamiento y los resultados del modelo de atención y se adoptan las medidas correctivas que correspondan.
<p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo de Atención con claros factores diferenciadores que contribuyan a mejorar 	

la seguridad del paciente, evidenciables en los servicios.

- Colaboradores con claridad conceptual frente a los elementos del modelo de atención y su rol en él.
- Indicadores que permitan evaluar la eficacia del modelo; esto es, que ayuden a demostrar que la implementación del modelo de atención ha representado mejoras en materia de seguridad para el paciente.
- Opcional: Otros Indicadores de Evaluación de los Resultados del Modelo de atención, si se tienen.

Estándar (A.3.).

Área Temática Fundamentos Estructurales para la Seguridad (A)	
Los comités y otros grupos de trabajo operan sistemáticamente como instrumentos de apoyo en la mejora de la seguridad.	
Propósito: Cuando los comités, grupos primarios, círculos de calidad u otros modelos de gestión participativa están correctamente enfocados, se convierten en instancias valiosas que apoyan a los líderes en su misión de construir una cultura de la seguridad. Un comité, grupo primario o círculo de calidad correctamente enfocado es aquel que tiene un propósito claro, lo desarrolla y lo ejecuta sistemáticamente, aún superando las posibles limitaciones que se puedan presentar. Para que este tipo de grupos generen resultados es necesario que cuenten con personas firmes y comprometidas, visionarias, capaces de generar buenas ideas y de convertirlas en proyectos exitosos. Además de lo anterior, el compromiso y respaldo del nivel gerencial a las iniciativas válidas de los grupos de trabajo, resultan fundamentales para aprovechar esta fórmula ganadora.	
Valor: 30 puntos	
Criterios:	
A.3.1	Los comités obligatorios y demás grupos de trabajo que apoyan el mejoramiento de la seguridad están implementados, cuentan con planes de trabajo que se ejecutan sistemáticamente y generan resultados demostrables.
A.3.2	El compromiso y actuación proactiva y sinérgica de los comités, grupos primarios, círculos de calidad u otros grupos de trabajo similares establecidos por la entidad, contribuyen al fomento y desarrollo de una cultura de la seguridad en la institución.
A.3.3	Los comités y demás grupos de trabajo que apoyan el mejoramiento de la seguridad le hacen seguimiento a los resultados de su labor con hechos y

datos objetivos. Las correspondientes actas y otras evidencias de su gestión se encuentran organizadas y permiten reconstruir las acciones realizadas.

Evidencias:

- Cronogramas Anuales de reuniones (2016-2018) de los comités y demás grupos de trabajo que guardan relación con la seguridad del paciente.
- Actas de dichos comités y grupos de trabajo durante el período (2016-2018).
- Planes de Trabajo o Planes de Acción (2016-2018) de dichos comités y grupos.
- Soportes de evaluación y seguimiento a Planes de Trabajo o Planes de Acción.
- Indicadores que se analizan en cada uno de los comités y demás grupos de trabajo responsables de la seguridad del paciente.

Estándar (A.4.).

Área Temática	
Fundamentos Estructurales para la Seguridad (A)	
La seguridad asistencial es uno de los ejes temáticos centrales de los procesos de desarrollo integral del talento humano, que propicie el mejoramiento y la transformación cultural.	
Propósito:	
<p>Un factor clave para el mejoramiento de la seguridad es la competencia e idoneidad del personal para la realización de las tareas a su cargo, y para el manejo de situaciones emergentes que puedan representar riesgos para los usuarios, sus acompañantes y para los mismos clientes internos. Para ello, los procesos de selección, vinculación, inducción, reinducción y evaluación del desempeño deben ser cuidadosamente planificados, ejecutados y evaluados.</p> <p>Sumado a esto, la formación y entrenamiento al cliente interno en las barreras de seguridad que debe aplicar en su día a día, el manejo seguro de equipos y dispositivos médicos, la aplicación de planes de contingencia y demás temas relacionados, resultan de trascendental importancia para una institución que aspire a construir una cultura de la seguridad.</p>	
Valor:	
40 puntos	
Criterios:	
A.4.1	La institución tiene identificadas las competencias requeridas en materia de seguridad del paciente para cada uno de los cargos definidos en la estructura organizacional.
A.4.2	Los procesos de selección y vinculación de personal garantizan el ingreso de colaboradores idóneos y calificados para la ejecución de su labor en condiciones seguras.
A.4.3	Los programas o procedimientos de inducción y re inducción permiten

	mantener la cobertura y actualización de los elementos claves de la seguridad en todo el personal de la institución.
A.4.4	La inducción de personal incluye actividades de entrenamiento práctico en los puestos de trabajo relacionadas con seguridad.
A.4.5	La institución cuenta con un programa de educación continua o plan de formación que incluye la seguridad del paciente como uno de sus principales componentes.
A.4.6	El programa de educación continua o plan de formación cubre a todos los clientes internos, sin diferencias en su modalidad de vinculación.
A.4.7	La Institución cuenta con actividades sistemáticas de entrenamiento al personal asistencial, en aquellos conceptos cuyo aprendizaje se facilita a través de modelos prácticos (ej. Simulaciones).
A.4.8	La evaluación del desempeño a los colaboradores contempla criterios para valorar la seguridad como un aspecto clave en el ejercicio de la labor a su cargo.
A.4.9	Se cuenta con procesos de capacitación, inducción, entrenamiento y re inducción para los beneficiarios de los convenios docente asistenciales, sobre temas relevantes en seguridad del paciente. Estos procesos deben estar programados, ejecutados y evaluados.
A.4.10	Se evalúa sistemáticamente el funcionamiento y los resultados del plan o programa de educación continua y de los procesos de selección, inducción, entrenamiento, reinducción y evaluación del desempeño, y se adoptan las medidas correctivas que correspondan.

Evidencias:

- Procedimientos de selección, inducción, entrenamiento, reinducción y evaluación del desempeño formalmente adoptados por la institución.
- Planes o Programas de Educación Continua de los años (2016-2018), que incluya seguridad del paciente como uno de sus principales componentes, alineados con su direccionamiento estratégico
- Resultados consolidados de las evaluaciones realizadas por la institución a sus programas de inducción, re inducción, entrenamiento, evaluación del desempeño y educación continua (Por ejemplo, mediciones de cobertura, eficacia de la capacitación medida en términos de aprobación de pruebas, satisfacción de los participantes en los procesos de entrenamiento, entre otras).
- Disponibilidad de los soportes de las evaluaciones individuales que dan origen a los mencionados consolidados, que evidencien la cobertura y la actualización de los conceptos básicos de la seguridad del Paciente.
- Disponibilidad de soportes de capacitación, inducción, re inducción o entrenamiento de personal beneficiario de convenios docente asistencial que rotan por la institución de salud.
- Indicadores que permitan valorar la Efectividad (Impacto) de los procesos de inducción, entrenamiento, re inducción y formación continua del cliente interno sobre aspectos prioritarios de la seguridad del paciente.

3. Liderazgo, Alineación y Cultura de la Seguridad (B)

Este capítulo examina la capacidad de liderazgo, participación e influencia de los líderes de la organización en la edificación y sostenimiento de una cultura organizacional que privilegie la seguridad. Sin una cultura que soporte la seguridad todas las acciones que se emprendan van a ser infructuosas y la organización jamás logrará posicionarse como segura.

Así mismo, es determinante la capacidad que tiene la organización para trabajar de manera alineada con los diferentes actores externos en pro de la seguridad, con el fin de desarrollar estrategias de cooperación que contribuyan al mejoramiento de la calidad de los servicios que se brindan a los usuarios.

Estándar (B.1.).

Área Temática Liderazgo, Alineación y Cultura de la Seguridad (B)
Los líderes de la institución (miembros de la Junta Directiva, Gerente y demás cargos de alto nivel) están comprometidos con la seguridad como una prioridad institucional.
<p>Propósito:</p> <p>Uno de los sellos distintivos del liderazgo es el buen ejemplo. Por ello, los líderes de una institución que aspira a la excelencia en materia de seguridad no solamente deben impartir directrices sino también demostrar que están comprometidos con la identificación y control de los riesgos y el apoyo a la construcción de una cultura de la seguridad.</p> <p>Está demostrado que la presencia de los líderes en las áreas operativas, y su diálogo directo con el personal, ejercen un efecto positivo sobre los resultados, por cuanto elevan la motivación y compromiso de los clientes internos. Adicionalmente, la cercanía a los procesos misionales le permite a la alta dirección conocer y entender mejor la operación de la institución y su problemática, lo cual permite afinar las intervenciones. Tratándose de la seguridad, estos beneficios resultan aún más claros, lo cual favorece a la institución en su conjunto, a sus clientes internos y, por supuesto, a los usuarios de los servicios.</p>
<p>Valor: 50 puntos</p>

Criterios:	
B.1.1	La Institución fomenta la participación activa de sus líderes en la implementación de la política de seguridad y en la ejecución, monitoreo y evaluación de los planes, programas y proyectos que de ella se deriven.
B.1.2	La Institución propicia espacios para el aprendizaje de los líderes en temáticas que fortalecen el desarrollo de la política de seguridad del paciente.
B.1.3	Los líderes institucionales ejecutan actividades sistemáticas para conocer directamente la operación, fortalezas, riesgos y oportunidades de mejora, en materia de seguridad, tanto de las áreas asistenciales como de las administrativas.
B.1.4	La interacción de los líderes con las áreas operativas incluye el diálogo directo con los clientes internos y externos alrededor del tema de la seguridad.
B.1.5	La participación de los líderes en las áreas asistenciales y administrativas permite concertar compromisos y desencadenar procesos de mejoramiento sobre los riesgos identificados.
B.1.6	Se cuenta con indicadores fiables y válidos que permitan demostrar los resultados del compromiso y presencia de los líderes en las áreas operativas de la institución. Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.
Evidencias:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soportes de la participación de los líderes en la implementación y seguimiento a los resultados de la política de seguridad. ▪ Soportes de las formaciones de los líderes en seguridad. ▪ Soportes de la interacción de los líderes con el personal de las áreas operativas. ▪ Soportes de la ejecución de los procedimientos o guías descritos por la institución en relación con este estándar. ▪ Indicadores que permitan monitorear la efectividad del compromiso y participación de los líderes en las acciones relacionadas con la mejora de la seguridad del paciente. 	

Estándar (B.2.).

Área Temática Liderazgo, Alineación y Cultura de la Seguridad (B)	
Se cuenta con un programa permanente que promueva, evalúe e incentive el desarrollo de una cultura de la seguridad.	
Propósito: La formación de una cultura es uno de los objetivos claves de los programas y procesos de mejoramiento de la calidad y la seguridad. En la medida en que se construye y afianza una cultura sólida en las instituciones, los cambios de personal, desde las áreas directivas hasta las operativas, no afectarán en modo grave los logros ni se perderá la continuidad de los procesos. En cambio, cuando la cultura es débil, la salida de una sola persona de la institución puede conducir al desplome de los procesos y al retroceso en aspectos que se creían firmes. Un programa de fomento de la cultura de la seguridad es una estrategia complementaria que debe operar de manera sinérgica con los demás procesos y mecanismos desarrollados por la institución para mejorar la seguridad. Más que una campaña, que puede tener un efecto rápido y llamativo pero pasajero, se recomienda la adopción de un programa, entendido como un mecanismo de acción permanente, cuyas estrategias se renuevan periódicamente para mantener vigente el compromiso institucional con la seguridad.	
Valor: 50 puntos	
Criterios:	
B.2.1	La institución cuenta con un programa permanente, amplio y sistemático, con estrategias encaminadas a fortalecer la cultura de la seguridad, que se fundamenta en principios de transparencia, aprendizaje en equipo, no punitividad pero no permisividad, entre otros.
B.2.2	El proceso de Gestión de la Cultura de seguridad considera los comportamientos deseables en líderes y colaboradores, acorde a los principios, valores o referentes institucionales.
B.2.3	El programa descrito permite promover el autocontrol y la autodisciplina en materia de seguridad, la identificación y control de los riesgos en las áreas de trabajo y el reporte y análisis de los eventos adversos e incidentes que se puedan presentar.
B.2.4	El programa de cultura de seguridad está a cargo de un líder o equipo de trabajo claramente identificados.
B.2.5	El programa descrito contempla la aplicación de incentivos y estímulos que permitan reconocer los logros en materia de cultura de la seguridad.

B.2.6	Se incluye como elemento clave de la cultura de seguridad el abordaje de las segundas víctimas, para minimizar que las consecuencias personales de los eventos adversos afecten la calidad de la atención que brindan a otros pacientes.
B.2.7	La institución cuenta con al menos un mecanismo validado para monitorear periódicamente la cultura de la seguridad. Los resultados de la medición son utilizados para realimentar el programa de desarrollo de la cultura de seguridad.

Evidencias:

- Programa de cultura de Seguridad del paciente debidamente documentado, socializado, implementado y evaluado.
- Soportes de la ejecución del programa de fomento de la cultura de la seguridad.
- Documentación, socialización y puesta en marcha de régimen de incentivos dentro del programa de seguridad del paciente.
- Resultados consolidados de las mediciones de cultura de la seguridad durante 2016 y 2017 y períodos previos, si se tienen.
- Estructura orgánica que demuestre la existencia de un líder o un grupo encargado de liderar la cultura de seguridad del paciente en la Organización.
- Indicadores obtenidos a partir de la implementación de la cultura de la seguridad y de la puesta en funcionamiento del Programa.
- Evidencias que permitan sustentar las mejoras en materia de cultura de la seguridad.

Estándar (B.3.).

Área Temática Liderazgo, Alineación y Cultura de la Seguridad (B)
El liderazgo de la Institución fomenta que los proveedores, aseguradores y otros grupos de interés se vinculen en el desarrollo de la política de seguridad.
<p>Propósito:</p> <p>El desarrollo de un modelo de atención basado en seguridad no es una labor que se gestione exclusivamente de “la puerta de la Institución hacia adentro”. Se requiere del concurso de diversos actores para que el objetivo de brindar al usuario una atención con calidad y seguridad sea una realidad.</p> <p>Para esto, es indispensable una cooperación de carácter interinstitucional entre la entidad, sus proveedores, aseguradores, entes territoriales de salud, otras instituciones prestadoras de servicios de salud, las Instituciones de formación educativa y otros grupos de interés, cuya finalidad en torno al usuario sea compartida.</p> <p>Alinear a estos actores alrededor de un eje común, la seguridad, implica un liderazgo institucional activo, unas habilidades conversacionales efectivas y un relacionamiento proactivo orientado a lograr los mayores beneficios en el usuario. Sólo de esta manera se podrá hablar que la seguridad del paciente es un tema sistémico.</p>

Valor: 50 puntos	
Criterios:	
B.3.1	Los diferentes proveedores demuestran estar alineados con la política de seguridad establecida por la institución y contribuyen a su implementación.
B.3.2	La Organización ha establecido acuerdos con las entidades responsables de pago para el manejo coordinado de la seguridad.
B.3.3	Se analizan los eventos adversos e incidentes aun cuando su origen esté en otras IPS, y se retroalimenta al prestador de donde proviene la atención insegura para el establecimiento de barreras en doble vía.
B.3.4	Los profesionales en formación cumplen con todas las políticas y procedimientos de seguridad definidos por la Institución.
B.3.5	La Institución demuestra el involucramiento del cuerpo médico especialista en las actividades de seguridad, producto de la aplicación de estrategias coordinadas desde la Alta Dirección.
B.3.6	Se cuenta con indicadores fiables y válidos que permitan demostrar los resultados del liderazgo y relacionamiento con los diferentes grupos de interés. Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.
Evidencias:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soportes del relacionamiento y coordinación con los diferentes grupos de interés. ▪ Indicadores que permitan monitorear la efectividad del liderazgo y participación de los grupos de interés en las acciones relacionadas con la mejora de la seguridad del paciente. 	

4. Gestión de la Seguridad del Paciente (C)

En este capítulo se incluyen todos aquellos aspectos que guardan relación con las buenas prácticas que las Organizaciones deben implementar para la consecución de resultados basados en seguridad en sus procesos de atención.

Estas buenas prácticas cobijan acciones tanto de tipo clínico como organizacional, dado que los logros en materia de seguridad no obedecen exclusivamente al actuar de los profesionales de la salud; implica un involucramiento de quienes están de cara al usuario y de aquellos que si bien no lo están, soportan la ejecución de las actividades asistenciales en un entorno seguro.

Estándar (C.1.).

Área Temática Gestión de la Seguridad del Paciente (C)	
Los procedimientos de atención están diseñados e implementados de manera que se prevengan los eventos adversos por fallas en la identificación de los usuarios.	
Propósito: Las fallas en la identificación de los usuarios entrañan graves riesgos por cuanto favorecen la ocurrencia de eventos centinelas y adversos, de enormes consecuencias para la vida y la salud de los usuarios, para la imagen de las instituciones de salud y del sector en general. La corrección de estas fallas y, por consiguiente, la prevención de dichos eventos, suele depender de la aplicación de un conjunto de medidas sencillas que aunque, en apariencia, puedan representar un poco más de tiempo durante la atención de los usuarios, aportan enormes beneficios a los usuarios, a las instituciones y a la sociedad en su conjunto. El convertir estas medidas en una disciplina se considera un componente esencial de la cultura de la seguridad.	
Valor: 50 puntos	
Criterios:	
C.1.1	Se utilizan al menos dos (2) datos diferentes para corroborar la identidad del usuario siempre que se va a realizar un procedimiento: toma o recepción de muestras de laboratorio, realización de pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas y administración de medicamentos, productos biológicos, sangre o componentes sanguíneos.

C.1.2	El número de habitación, cama, diagnóstico, procedimiento o las características físicas o psicológicas no se consideran datos válidos para la identificación de los pacientes.
C.1.3	La validación de los datos de identificación se realiza desde el ingreso del paciente hasta su salida de la Institución, en todos los contactos tanto administrativos como asistenciales.
C.1.4	Se tienen definidos criterios para la identificación de pacientes en condiciones especiales (usuarios que no aportan identificación, situaciones de emergencia, personas transgénero).
C.1.5	Los recipientes utilizados para recolectar muestras u otros especímenes de laboratorio son marcados en presencia del usuario.
C.1.6	Antes de iniciar una transfusión la verificación de la identidad del paciente es realizada por un mínimo de dos (2) miembros del equipo de salud y en presencia del usuario (Chequeo cruzado).
C.1.7	Se presta especial atención al manejo de la identidad en los recién nacidos y en general en los menores de edad que ingresan y egresan de la institución, a fin de evitar confusiones y raptos.
C.1.8	Se cuenta con indicadores fiables y válidos para evaluar el efecto de las medidas de identificación de los usuarios. Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.

Evidencias:

- Procedimientos y guías de todos los servicios asistenciales que ofrece la institución, en los cuales se pueda observar la inclusión expresa de barreras de seguridad relacionadas con la correcta identificación de los usuarios.
- Verificación de protocolo de identificación de usuario, documentado, socializado, evaluado e implementado.
- Evidencias de la socialización o despliegue de estos procedimientos al personal que participa en los mismos.
- Protocolo de identificación de menores de edad que están hospitalizados, que entran y salen de la organización, documentados, socializados, implementados y evaluados.
- Indicadores sobre incidentes y/o eventos adversos relacionados con fallas en la identificación de los usuarios.

Estándar (C.2.).

Área Temática Gestión de la Seguridad del Paciente (C)	
La institución identifica e interviene sistemáticamente los riesgos inherentes a las posibles fallas en la comunicación entre los miembros del equipo de salud.	
Propósito: La comunicación inefectiva suele ser un factor de riesgo, que al conjugarse con fallas activas y latentes durante los procesos de atención desembocan en eventos adversos o centinelas. En tal sentido, los esfuerzos encaminados a mejorar la comunicación y coordinación entre los miembros del equipo de salud resultan ser una estrategia costo efectiva para mejorar la pertinencia y continuidad de la atención y por consiguiente, la seguridad del paciente. Procedimientos, pautas o lineamientos u otros elementos documentales, formalmente adoptados por la institución, en los cuales se prohíben las prescripciones verbales de tipo presencial o telefónico y el uso de abreviaturas o siglas no permitidas en la historia clínica.	
Valor: 50 puntos	
Criterios:	
C.2.1	Se cuenta con pautas o lineamientos escritos y debidamente difundidos, que prohíban expresamente las órdenes verbales y las prescripciones telefónicas en todas las áreas de la institución. Para los casos de código azul se cuenta con mecanismos, como la repetición en voz alta de las órdenes recibidas, u otros, que permitan reducir los riesgos de eventos por fallas en la comunicación verbal.
C.2.2	Se han adoptado y divulgado lineamientos institucionales que prohíban expresamente el uso de abreviaturas o siglas en la historia clínica. Si la institución decide permitir el uso de algunas siglas y abreviaturas de uso común, se cuenta con un listado de las expresamente permitidas, el cual ha sido evaluado, avalado y divulgado por el Comité de Historias Clínicas para identificar y controlar los posibles riesgos derivados de su inadecuada utilización.
C.2.3	Se aplican herramientas o estrategias institucionales y métodos o procedimientos de trabajo (identificadores, alarmas, entre otros.) que favorezcan la comunicación, la integración y la acción coordinada entre los miembros del equipo de salud y entre los diferentes servicios de la institución, a fin de velar por una atención continua y segura para sus usuarios.
C.2.4	Las herramientas y/o estrategias institucionales y los métodos o procedimientos de trabajo aplicados para favorecer la comunicación, apoyan también la coordinación con las entidades administradoras de planes de beneficios y

	con las demás instituciones que concurren en el cuidado del usuario.
C.2.5	Se presta especial atención a la comunicación y coordinación durante los traslados entre servicios y durante las remisiones, con el fin de controlar los posibles riesgos derivados de una información incompleta, imprecisa o equivocada.
C.2.6	Se cuenta con indicadores que permitan evaluar los efectos de las mejoras en la comunicación sobre la seguridad del paciente. Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.

Evidencias:

- Evidencia escrita de indicación de No dar órdenes verbales, ni prescripciones telefónicas en la institución.
- Evidencia escrita de No uso de abreviaturas en Historia Clínica, que incluya la socialización y el seguimiento a estas medidas.
- Herramientas o estrategias institucionales documentadas, implementadas y evaluadas que permitan favorecer la comunicación, la coordinación con entidades administradoras y con otras instituciones con quienes se comparte el cuidado diario del paciente.
- Evidencias de control de riesgos durante remisiones y traslado entre servicios con el fin de evitar errores en la información (Incompleta, imprecisa o equivocada).
- Evidencias de las actuaciones institucionales ante incumplimientos en los mencionados Lineamientos.
- Indicadores que midan la frecuencia de eventos adversos y/o incidentes atribuibles a fallas en la comunicación entre los miembros del equipo de salud.

Estándar (C.3.).

Área Temática Gestión de la Seguridad del Paciente (C)
La institución mide, evalúa y, de ser necesario, interviene para mejorar la oportunidad en la entrega de resultados de aquellas ayudas diagnósticas que puedan considerarse críticas en el proceso de atención.
<p>Propósito:</p> <p>Las demoras en el reporte de los resultados de los estudios paraclínicos constituyen otro factor de riesgo para la seguridad, por cuanto pueden ocasionar retrasos en el diagnóstico y en la formulación de un plan de cuidados acorde a las necesidades del paciente.</p> <p>La gestión de la seguridad del paciente debe incluir un compromiso claro con el acceso y la oportunidad de las ayudas diagnósticas que el usuario requiere, y para ello resulta aconsejable priorizar la toma y procesamiento de aquellos exámenes que puedan considerarse críticos. La criticidad de una ayuda diagnóstica puede ser inherente a su naturaleza (Ejemplos: Gases arteriales, enzimas cardíacas, ionograma, entre otros), o circunstancial, de acuerdo con las condiciones clínicas del paciente. En este último caso, son los miembros del equipo de salud quienes deben determinar y</p>

comunicar el nivel de prioridad que dicha prueba amerita.	
Valor: 40 puntos	
Criterios:	
C.3.1	La institución ha definido un listado de las pruebas de laboratorio y demás ayudas diagnósticas que puedan considerarse como críticas desde el punto de vista de la oportunidad para el reporte de sus resultados.
C.3.2	La institución ha establecido los tiempos máximos aceptables que pueden transcurrir entre la prescripción de ayudas diagnósticas consideradas como críticas y la toma o realización de las mismas, y entre la toma de la muestra o examen y el reporte de sus resultados, independientemente de que estos sean normales o anormales.
C.3.3	La institución ha establecido los tiempos máximos aceptables que pueden transcurrir entre la toma o realización de aquellas ayudas diagnósticas consideradas como “no críticas” y el reporte de sus resultados cuando estos presentan alteraciones o anomalías.
C.3.4	Los mecanismos de comunicación de los resultados de las pruebas de laboratorio y demás ayudas diagnósticas garantizan que el equipo clínico tratante disponga de esta información en forma oportuna, completa y suficiente para la toma de decisiones.
C.3.5	La institución aplica métodos confiables de medición para evaluar el cumplimiento de los estándares de oportunidad mencionados. Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.
Evidencias:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Listado de ayudas diagnósticas críticas con sus correspondientes estándares de oportunidad, formalmente adoptado por la institución. ▪ Listado de pruebas paraclínicas más críticas, con medición de indicadores y análisis contra estándar ▪ Estándar de oportunidad para ayudas diagnósticas no críticas cuando su resultado presenta alteraciones o anomalías, resultado de sus análisis y planes de mejoramiento. ▪ Indicadores de Oportunidad para pruebas críticas y no críticas. 	

Estándar (C.4.).

Área Temática Gestión de la Seguridad del Paciente (C)	
La institución aplica estrategias y procedimientos encaminados a mejorar la seguridad en el uso de medicamentos.	
Propósito: Los eventos adversos relacionados con el uso de medicamentos ocupan los primeros lugares en la mayoría de las instituciones de salud. El uso de medidas de seguridad como las que se presentan en este estándar, y otras similares, ha demostrado su eficacia para prevenir la ocurrencia de dichos eventos.	
Valor: 100 puntos	
Criterios:	
C.4.1	La Institución implementa estrategias para garantizar el manejo seguro de los de los medicamentos, desde los procesos específicos de adquisición, almacenamiento, prescripción, administración y monitorización.
C.4.2	Se identifican y almacenan de manera controlada, los medicamentos que el paciente ingresa a la Institución.
C.4.3	La institución ha identificado los medicamentos de alto riesgo que utiliza, y ha definido e implementado protocolos de uso y otras barreras de seguridad que permitan que el personal que los utiliza conozca y controle los riesgos inherentes a su utilización.
C.4.4	La institución ha identificado un mínimo de 10 medicamentos con nombre o aspecto similar (Conocidos en la literatura como medicamentos LASA, por sus siglas en inglés: Look Alike Sound Alike), y ha definido e implementado medidas o barreras de seguridad que permitan controlar los riesgos derivados de posibles confusiones entre los mismos.
C.4.5	Tanto en los servicios hospitalarios, quirúrgicos y de urgencias, como en los ambulatorios, se han desarrollado e implementado procedimientos encaminados a identificar los medicamentos que el paciente está tomando actualmente (reconciliación medicamentosa) incluidos los denominados "de origen natural" con efecto farmacológico (cápsulas de ajo, vitamina E, omega 3 o 6, entre otros), con el fin de prevenir posibles interacciones medicamentosas y favorecer la continuidad del manejo, cuando corresponda.
C.4.6	Se cuenta con lineamientos que prohíban expresamente la fragmentación de medicamentos cuando ello ocasione pérdida de identidad del producto y, por consiguiente riesgos de utilización del medicamento equivocado.
C.4.7	Se cuenta con procedimientos y facilidades para rotular cualquier medicamento que se envase por fuera de su recipiente o empaque original. Los rótulos deben contener información relevante, según los riesgos inherentes

	a cada medicamento.
C.4.8	Se cuenta con lineamientos precisos que establezcan que los medicamentos que van a permanecer durante más de 10 minutos por fuera de su envase o empaque original (En jeringas, soluciones para infusión venosa, entre otros) están debidamente marcados e identificados desde su extracción del envase o empaque original hasta terminar su administración al paciente.
C.4.9	La marcación de los medicamentos y soluciones es verificada visual y verbalmente por 2 personas calificadas cuando quien prepara la solución o el medicamento es diferente a quien lo va a administrar.
C.4.10	Se cuenta con lineamientos precisos que establezcan que los medicamentos encontrados sin rotular o aquellos cuya identidad tiene algún riesgo de imprecisión deben ser descartados inmediatamente.
C.4.11	Tanto en los servicios hospitalarios, quirúrgicos y de urgencias, como en los ambulatorios en los cuales se prescriben medicamentos, se utilizan mecanismos que favorezcan la adherencia del paciente al tratamiento en condiciones de continuidad y seguridad. Al momento del egreso o finalización de su atención, el paciente recibe una lista legible con los medicamentos que conforman su tratamiento, y con instrucciones precisas y entendibles para su administración.
C.4.12	Se dispone de indicadores fiables y válidos para evaluar el efecto de estas medidas sobre la seguridad en el uso de medicamentos. Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.

Evidencias:

- Listados de medicamentos de alto riesgo y medicamentos LASA, formalmente adoptados y difundidos por la institución.
- Procedimientos, pautas, lineamientos, o elementos documentales equivalentes, en los cuales se determinen explícitamente las medidas adoptadas con respecto a los medicamentos de alto riesgo y medicamentos LASA, a fin de prevenir incidentes y eventos adversos.
- Documentos que permitan evidenciar el mecanismo de la Reconciliación medicamentosa, incluido los de origen Natural en el servicio respectivo.
- Documento definido, socializado y evaluado que permita definir lineamientos que prohíban la fragmentación de medicamentos, que ocasione pérdida de identidad e integridad en el producto, así como la obligatoriedad de marcar e identificar aquellos que mantengan más de 10 minutos por fuera de su empaque original (En jeringas, soluciones intravenosas, etc.)
- Evidencias de herramientas documentales que permitan facilitar la adherencia del paciente al tratamiento (Listas de medicamentos que conforman su tratamiento y sus instrucciones precisas para su administración al momento del egreso).
- Indicadores que midan la frecuencia de eventos adversos y/o incidentes relacionados con la selección, recepción, almacenamiento, prescripción, distribución y administración de medicamentos.

Estándar (C.5.).

Área Temática Gestión de la Seguridad del Paciente (C)	
La institución cuenta con un programa estructurado para la prevención, detección y control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, acorde a su portafolio de servicios, nivel de complejidad y riesgos prioritarios.	
Propósito: Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes. Las infecciones asociadas al cuidado de la salud son una de las fuentes más importantes de Propósito morbilidad y mortalidad sobre agregada durante los procesos de atención, además de ocasionar altos costos por prolongación de la estancia hospitalaria, incremento en el uso de medicamentos, además de los costos sociales frecuentemente ignorados. La gestión de la seguridad del paciente debe incluir mecanismos claros y contundentes para prevenir, detectar y controlar las infecciones. La higiene de manos, el aislamiento de pacientes y el uso adecuado de antibióticos profilácticos son solo algunas de las medidas cuya eficacia ha sido demostrada, siempre y cuando se ejecuten conforme a la evidencia.	
Valor: 100 puntos	
Criterios:	
C.5.1	La Institución cuenta con una estructura orgánica para la supervisión del programa de prevención y control de infecciones y su ejecución involucra al cuerpo médico y personal de enfermería.
C.5.2	Están identificadas las infecciones epidemiológicamente importantes, los sitios de infección y los dispositivos, procedimientos y prácticas asociadas a la incidencia de infecciones relacionadas con la atención en salud.
C.5.3	La entidad ha diseñado y adoptado lineamientos sobre la higiene de manos, con base en las pautas impartidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) u otros organismos técnicos reconocidos.
C.5.4	Se evalúa sistemáticamente la adherencia a las buenas prácticas de higiene de manos y el método de evaluación demuestra ser confiable.
C.5.5	La institución ha desarrollado e implementado un manual de limpieza y desinfección, o documento equivalente, en el cual se incorporan las recomendaciones del CDC u otra evidencia relevante, y se evalúan la adherencia a dicho manual de forma sistemática.
C.5.6	La entidad ha adoptado y aplica Buenas Prácticas de Esterilización basadas en evidencia y se evalúa su adherencia de forma sistemática.
C.5.7	Se cuenta con procedimientos para el aislamiento de pacientes, cuyas

	precauciones están basadas en evidencia o en las recomendaciones más recientes del CDC o de otras autoridades internacionales en la materia. Se evalúa la adherencia a las medidas de aislamiento de forma sistemática.
C.5.8	La institución cuenta con una política de profilaxis antibiótica actualizada, basada en evidencia y avalada por infectólogo, y evalúa la adherencia del equipo de salud a sus pautas (indicación, antibiótico, dosis, momentos de administración, vía, etc.). Se evalúa la adherencia de forma sistemática.
C.5.9	Se han adoptado protocolos o procedimientos, basados en evidencia, que permitan prevenir la Infección de vías urinarias asociada al uso de sonda vesical, la infección de sitio operatorio, la neumonía asociada al uso de ventilador, la bacteriemia asociada al uso de catéter central y la peritonitis asociada a diálisis peritoneal, según aplique. Se evalúa de manera sistemática su adherencia.
C.5.10	Se han implementado medidas tendientes a prevenir la diseminación de infecciones respiratorias agudas hacia los usuarios de los servicios en todas las áreas de la institución, incluidas las salas de espera (Protocolo o Etiqueta de Higiene Respiratoria).
C.5.11	Se cuenta con procedimientos estandarizados para la detección e investigación de las infecciones asociadas al cuidado de la salud.
C.5.12	Se dispone de indicadores que permitan evaluar la eficacia de las medidas de prevención, detección y control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud.
<p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocolo de lavado de manos adoptado, socializado, evaluado y puesto en práctica en la institución. ▪ Manual de limpieza y desinfección, documentado, socializado y evaluado existente en la Institución. ▪ Protocolo de buenas prácticas de esterilización, basado en la evidencia, documentado, evidencias de la socialización, evaluación y operativización del mismo. ▪ Protocolo documentado, socializado y evaluado sobre aislamiento de pacientes según lineamientos del CDC o de otra autoridad internacional reconocida. ▪ Política documentada, socializada y evaluada de profilaxis antibiótica implementada en la institución, basada en la evidencia y avalada por un infectólogo, con evidencias de medición de adherencia por parte del equipo de salud. ▪ Evidencia documental de protocolos basados en la evidencia documentada, socializada y evaluación de su adherencia por el equipo de salud, para prevención de Bacteriemia por catéter, para prevención de la infección urinaria por sonda vesical, prevención de infección en sitio operatorio, prevención de neumonía asociada al ventilador y de prevención de peritonitis asociada a diálisis peritoneal. ▪ Indicadores: Índice de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (Denominador: Total de egresos) y/o Tasa de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (Denominador: Total de Días Estancia); índice de infecciones de sitio operatorio, además de las tasas específicas para eventos trazadores como la infección de vías urinarias asociada al uso de sonda vesical, la neumonía asociada 	

al uso de ventilador, la bacteremia asociada al uso de catéter central y la peritonitis asociada a diálisis peritoneal, según portafolio de servicios y nivel de complejidad de la institución.

Estándar (C.6.).

Área Temática Gestión de la Seguridad del Paciente (C)	
La institución aplica estrategias y procedimientos encaminados a prevenir y reducir la frecuencia y severidad de las caídas de pacientes y otros accidentes similares.	
Propósito: Las caídas y otros accidentes similares, pueden ser simples incidentes o llegar a ocasionar eventos adversos o aún centinelas. Un hospital seguro debe preocuparse por establecer medidas preventivas tendientes a evitar la ocurrencia de este tipo de situaciones y medidas correctivas que contribuyan a mitigar el impacto de las mismas. Estas medidas van desde la adecuada señalización, las mejoras en la infraestructura física y la dotación, hasta la ejecución de acciones que, integradas con los procedimientos de atención, permiten reducir su ocurrencia.	
Valor: 40 puntos	
Criterios:	
C.6.1	Los procedimientos asistenciales incluyen medidas y advertencias tendientes a minimizar el riesgo de caídas y demás accidentes en los usuarios y otros visitantes de la institución.
C.6.2	Se han identificado y corregido las posibles deficiencias en la infraestructura física, señalización, muebles y equipos de la institución que puedan generar riesgos de caída o de otros accidentes similares.
C.6.3	Se cuenta con mecanismos para identificar y controlar los riesgos en aquellos usuarios que en razón de su edad, condición clínica, tratamiento que están recibiendo u otros factores, pudieran presentar un mayor riesgo de caídas u otros accidentes similares.
C.6.4	Se implementan procesos para la evaluación inicial del riesgo de caídas, la reevaluación continua y la aplicación de las estrategias definidas para minimizar la posibilidad de caídas en los pacientes.
C.6.5	Se cuenta con guías de respuesta rápida o mecanismos similares para manejar correctamente este tipo de situaciones cuando se presenten.
C.6.6	Se dispone de indicadores fiables y válidos para evaluar el efecto de las medidas de seguridad sobre las caídas y demás accidentes similares en usuarios, familiares y otros visitantes de la institución. Los resultados de estos

indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.

Evidencias:

- Evidencia documental de protocolos de medidas de seguridad tendientes a minimizar el riesgo de caídas y accidentes en pacientes y en visitantes; socializadas y evaluadas.
- Mapa de riesgos relacionados con infraestructura, señalización, muebles, enseres y equipos de la institución, verificado y con evidencia de acciones de mejora implementadas.
- Instrumentos socializados, implementados y evaluados para identificar y evaluar riesgos de usuarios, que en razón a su edad, condición clínica o tratamiento pueden condicionar mayor riesgo de caída para los pacientes.
- Evidencia documental de implementación de guías de respuesta rápida, así como la evidencia de la medición de su adherencia entre el equipo humano correspondiente.
- Guías, protocolos u otros documentos, formalmente adoptados por la institución, en los cuales se impartan lineamientos de respuesta rápida y manejo de las caídas y otros accidentes.
- Autoevaluaciones o informes diagnósticos y planes de intervención, sobre los factores de riesgo identificados en la institución como condicionantes de caídas y otros accidentes.
- Indicadores: Índice de Caídas de pacientes (Denominador: Total de Egresos) y/o Tasa de caídas de pacientes (Denominador: Total de días estancia), además de otro u otros indicadores que permitan registrar accidentes diferentes a caídas.

Estándar (C.7.).

Área Temática Gestión de la Seguridad del Paciente (C)	
La institución cuenta con procedimientos estandarizados encaminados a evitar los eventos adversos quirúrgicos.	
Propósito: Los eventos adversos debidos a errores en la identificación del sitio operatorio o a confusiones en el propósito del procedimiento siguen teniendo una alta frecuencia. La aplicación de procedimientos estandarizados de probada eficacia, contribuyen a reducir su ocurrencia.	
Valor: 40 puntos	
Criterios:	
C.7.1	Los procedimientos pre quirúrgicos incluyen la verificación del paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto durante las consultas pre quirúrgica y pre anestésica, al momento de la programación quirúrgica, en la admisión y al ingreso al quirófano y en cada momento en que la responsabilidad del cuidado del paciente sea transferida entre servicios.
C.7.2	La institución ha implementado la lista de chequeo para la seguridad quirúrgica recomendada por la OMS (Surgical Safety Checklist) o un instrumento similar que permita realizar las verificaciones críticas tendientes a evitar los principales errores que ocurren antes, durante e inmediatamente después de una intervención quirúrgica.
C.7.3	Se tiene un procedimiento estandarizado para marcar el sitio operatorio en caso de intervenciones en órgano o miembro homólogo. El procedimiento contiene lineamientos para evitar ambigüedades o imprecisiones en la marcación.
C.7.4	En el caso de procedimientos quirúrgicos o radiográficos de columna, la marcación debe señalar exactamente el nivel vertebral donde se realizará la incisión o intervención.
C.7.5	Se cuenta con procedimientos alternativos para realizar la marcación cuando el usuario se niega a ser marcado con la técnica convencional o cuando se presentan dificultades debidas al sitio anatómico o características específicas del paciente.
C.7.6	La atención quirúrgica incluye el procedimiento de conciliación en instancia previa (Pausa quirúrgica o Time Out), consistente en la corroboración independiente por cada uno de los miembros del equipo operatorio (anestesiólogo, cirujano, ayudante quirúrgico, instrumentador y circulante) del procedimiento y sitio operatorio. En caso de discrepancias, no se iniciará el procedimiento hasta tanto se hayan aclarado tales discrepancias.

C.7.7	Se dispone de indicadores fiables y válidos para evaluar el efecto de estas medidas sobre la seguridad de la atención quirúrgica. Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.
<p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidencias de la verificación de los correctos para procedimiento quirúrgico durante los procedimientos pre quirúrgicos (consultas pre anestésico o pre quirúrgico), así como en cada momento en que se transfiere el cuidado del paciente entre servicios. ▪ Evidencia de implementación de lista de chequeo para la seguridad quirúrgica emitida por la OMS. ▪ Evidencia de verificación de marcación de sitio operatorio, el procedimiento contiene lineamientos para evitar ambigüedades o equivocaciones en la marcación. ▪ Evidencia documental de marcación del nivel vertebral cuando se trate de radiografías o procedimientos a nivel de columna vertebral. ▪ Evidencia de procedimiento realizado cuando hay dificultad de marcar el sitio operatorio, por dificultades en el sitio o características propias del paciente. ▪ Evidencia documental de existencia de pausa quirúrgica o time out, que demuestre participación de miembros del equipo operatorio y no se inicia el procedimiento hasta que no se superen las discrepancias. ▪ Indicador: Índice de eventos adversos quirúrgicos, el cual debe incluir el número de procedimientos equivocados, o en sitio equivocado o al paciente equivocado, por cada 1.000 pacientes intervenidos, u otros indicadores con los que cuente la institución sobre este tema. ▪ Análisis de indicadores de seguridad quirúrgica, evidencia de estos análisis y de acciones de mejora implementadas. 	

Estándar (C.8.).

Área Temática Gestión de la Seguridad del Paciente (C)
La institución involucra al usuario y su familia en la búsqueda de la seguridad de la atención.
<p>Propósito:</p> <p>En muchos de los eventos centinelas y adversos que ocurren durante el proceso de atención en los entornos hospitalario y domiciliario, se encuentran diversos grados de responsabilidad del propio paciente o de sus familiares cercanos. Se ha demostrado que la educación y el entrenamiento del paciente y su familia contribuyen a reducir significativamente estos riesgos.</p>
<p>Valor: 40 puntos</p>
<p>Criterios:</p>

C.8.1	Los procedimientos asistenciales incluyen lineamientos para involucrar al usuario y su familia en la seguridad.
C.8.2	La institución fomenta entre sus usuarios una actitud de colaboración activa frente a su propio proceso de atención. Esta actitud incluye la exposición de todas sus dudas e inquietudes, la comunicación de toda la información relevante para su atención y la indagación respetuosa sobre las pruebas y procedimientos que se le realicen.
C.8.3	Se educa y se entrena a los familiares y demás acompañantes del usuario sobre los riesgos generales del proceso de atención y los específicos del paciente, con el propósito de involucrarlos en su protección y cuidado, y evitar los posibles eventos adversos.
C.8.4	Las actividades de orientación, educación y entrenamiento al usuario y su familia están estandarizadas y cuentan, cuando es necesario, con materiales de apoyo.
C.8.5	Se presta especial atención a la educación y entrenamiento a los familiares y demás cuidadores para formar en ellos las competencias necesarias para el cuidado en casa, en aquellos casos en los cuales el usuario tendrá una recuperación prolongada, de manera que se eviten los riesgos de eventos adversos en el entorno domiciliario.
C.8.6	La Institución tiene definido qué, cómo, cuándo y quién debe informar al paciente y familiares la ocurrencia de un evento adverso, y las consecuencias que le han o pueden producirse.
C.8.7	Se dispone de indicadores fiables y válidos para evaluar el efecto de estas medidas sobre la seguridad de la atención y la satisfacción de los usuarios. Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.

Evidencias:

- Procedimientos, guías, protocolos u otros documentos formalmente adoptados por la Institución que permitan sustentar el desarrollo de los criterios de este estándar.
- Evidencia de protocolos que motiven la participación del paciente y de su familia en los cuidados de su atención, fomentando la comunicación de sus dudas, la comunicación de la información relevante de su atención, así como la indagación de pruebas o procedimientos que se le realice.
- Evidencias de protocolo de explicación a paciente y familia sobre riesgos generales de su atención y específicos del paciente, para involucrarlo en su auto cuidado y en la prevención de eventos adversos.
- Evidencia de protocolos de educación y entrenamiento de pacientes y cuidadores, evidenciando su estandarización y la utilización de materiales de apoyo.
- Evidencia de educación de familiares y de cuidadores para formar competencias en cuidados en casa, principalmente en caso de recuperación prolongada, para evitar eventos adversos en casa.
- Evidencia documental de implementación y seguimiento de guías o protocolos de comunicación de un evento adverso a pacientes y/o a familiares
- Indicadores que permitan demostrar la participación del usuario y su familia en la prevención de eventos adversos, además de un indicador que permita monitorizar la implementación de las acciones de mejora pertinentes.

Estándar (C.9.).

Área Temática Gestión de la Seguridad del Paciente (C)	
La Institución desarrolla estrategias para garantizar un entorno hospitalario seguro para usuarios, familias, colaboradores y visitantes.	
Propósito: La evaluación y el control de los riesgos potenciales al interior de las instalaciones físicas es un aspecto clave para asegurar un entorno seguro para pacientes, familiares, personal y visitantes. En esta vía, las medidas que se implementen deben orientarse a minimizar el riesgo de accidentes y lesiones y a mantener condiciones seguras para todos aquellos que accedan a la Institución.	
Valor: 40 puntos	
Criterios:	
C.9.1	Se tienen identificados y evaluados los riesgos que pueden amenazar la integridad de clientes internos y externos dentro de las instalaciones físicas.
C.9.2	El diseño de las instalaciones físicas promueve los procesos de seguridad del paciente y la prevención de riesgos físicos para colaboradores y visitantes.
C.9.3	La institución cumple satisfactoriamente con las exigencias establecidas en la Resolución 0741 de 1997 sobre seguridad personal de los usuarios.
C.9.4	Se cuenta con un plan de Emergencias Internas y Externas organizado y estructurado de tal manera que permite responder de manera efectiva ante todo tipo de situaciones amenazantes.
C.9.5	En las áreas construidas a partir de 2005 se garantiza el control de los riesgos eléctricos, acorde a la normativa vigente: Código Eléctrico Nacional (NTC-2050), Resolución 90708 de 2013, expedida por el Ministerio de Minas y Energía (Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas – RETIE), con el fin de prevenir daños a los pacientes, visitantes y clientes internos de la institución.
C.9.6	Se dispone de indicadores fiables y válidos para evaluar el efecto de estas medidas sobre la seguridad de la atención de los usuarios. Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.
Evidencias:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mapa de riesgos ▪ Manual de Vigilancia y Seguridad de los Usuarios. ▪ Evidencia de socialización a clientes externos e internos del Plan de Emergencias Internas y Externas. ▪ Informes de Simulaciones y Simulacros realizados durante el período 2016-2018. ▪ Indicadores que midan la frecuencia de eventos adversos o incidentes atribuibles a fallas o incumplimientos en los criterios que hacen parte de este estándar. 	

5. Mejoramiento de la Seguridad (D)

Se incluyen en este capítulo estándares que apuntan a que la seguridad sea vista como un elemento clave del modelo de mejoramiento de la Organización, capaz de servir de fuente para la detección de desviaciones en el curso normal de los procesos y el consecuente análisis e instauración de medidas intervencionistas.

Estándar (D.1.).

Área Temática Mejoramiento de la Seguridad (D)	
La intervención de eventos adversos e incidentes se realiza bajo lineamientos técnicos y metodológicos, que propenden por la consecución de resultados efectivos en la gestión de la seguridad.	
Propósito: La identificación, análisis e intervención de los eventos adversos e incidentes es una labor que debe llevarse a cabo de manera técnica, utilizando metodologías rigurosas para el procesamiento de la información que conlleve a la toma apropiada de decisiones en materia de seguridad.	
Valor: 50 puntos	
Criterios:	
D.1.1	La institución dispone de una base de datos ordenada, conocida por los líderes del Programa de seguridad, la cual debe incluir todos los incidentes, eventos adversos y complicaciones ocurridos durante el período 2015- 2017 con detalle de la fecha de ocurrencia, datos de identificación del paciente, tipo de evento ocurrido, descripción del mismo y referencia al análisis realizado, de manera que se facilite la búsqueda de la información detallada sobre los mismos.
D.1.2	La identificación de eventos adversos e incidentes incluye diversos mecanismos de detección, tanto activos como pasivos.
D.1.3	Los análisis e intervención de los eventos de seguridad aborda tanto los eventos adversos como los incidentes, de acuerdo a criterios definidos por la Institución.
D.1.4	La Institución cuenta con una metodología definida y apropiada para el análisis de eventos adversos e incidentes y las personas que la aplican demuestran competencia para ello.
D.1.5	Los planes de acción que surgen de la etapa de análisis están orientados a intervenir tanto las fallas activas como las latentes detectadas.

D.1.6	Se realizan los cierres de ciclo de los casos analizados.
D.1.7	Se dispone de indicadores fiables y válidos para evaluar el impacto de la gestión de eventos adversos e incidentes. Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.
<p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Base de datos de eventos de seguridad. ▪ Proceso de gestión de eventos de seguridad. ▪ Análisis de eventos de seguridad. ▪ Planes de mejoramiento de eventos de seguridad. ▪ Indicadores que demuestren el impacto de las acciones implementadas a partir de los procesos de gestión de eventos adversos e incidentes. 	

Estándar (D.2.).

Área Temática Mejoramiento de la Seguridad (D)	
<p>Se cuenta con una estructura de indicadores que permiten monitorizar la seguridad desde sus diferentes frentes, como instrumentos de apoyo en la mejora de la seguridad</p>	
<p>Propósito:</p> <p>Los indicadores se constituyen uno de los pilares fundamentales de los sistemas de mejora continua. Un indicador con deficiencias de diseño puede brindar información incorrecta sobre el comportamiento de los procesos y conducir a la toma de decisiones inútiles o contraproducentes.</p> <p>Cuando la Organización dispone de unos indicadores cuya estructura cumple con unos atributos pertinentes, la monitorización de los resultados de seguridad es confiable y soportada para la toma de decisiones. Sumado a esto, los análisis de las desviaciones y la posterior definición de las medidas de intervención son actividades determinantes que contribuyen a la efectividad en la gestión de la seguridad.</p>	
<p>Valor: 50 puntos</p>	
<p>Criterios:</p>	
D.2.1	La Institución tiene definido un sistema de indicadores que permiten monitorizar la seguridad desde todos sus frentes.
D.2.2	El diseño de los indicadores de seguridad asegura el cumplimiento de unos atributos (fiabilidad, validez, sensibilidad, especificidad, relevancia, inducción de actuaciones positivas) que le confieren capacidad para brindar lecturas confiables y apoyar la toma de decisiones pertinentes.
D.2.3	Se cuenta con instrumentos de medición confiables que permiten generar la información requerida para el cálculo de los indicadores de seguridad.
D.2.4	La Alta Dirección analiza los resultados de los indicadores de seguridad de manera sistemática.

D.2.5	Se generan planes de mejoramiento en los casos de desviaciones del indicador, de manera formal y con base en métodos rigurosos.
D.2.6	Se realiza seguimiento a los planes de acción derivados del análisis del indicador, y estos miden la eficacia de las acciones.
Evidencias:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tablero de indicadores 2016-2018. ▪ Fichas técnicas. ▪ Análisis y planes de mejoramiento frente a los resultados de los indicadores. 	

Estándar (D.3.).

Área Temática Mejoramiento de la Seguridad (D)	
La Institución ha desarrollado mecanismos para la identificación y valoración de los riesgos y necesidades particulares del paciente que pueden derivar en eventos adversos o incidentes en el proceso de atención.	
Propósito:	
La identificación oportuna de los riesgos y necesidades propios del paciente es una actividad que no debe ser pasada por alto, sin importar la vía de ingreso del paciente a la Institución. Cuando esto se realiza de manera tardía, o lo que es peor, no se realiza, queda oculta para el equipo de salud una información determinante que puede amenazar que el proceso de atención se lleve a cabo de forma segura. Adicionalmente, la actualización sistemática de estos riesgos y el traspaso de esta información entre los miembros del equipo de salud se constituye en factor relevante en la mejora de la seguridad.	
Valor: 50 puntos	
Criterios:	
D.3.1	La Institución cuenta con el análisis de los riesgos propios de sus procesos mediante una metodología formal, y este ejercicio se realiza de forma sistemática involucrando los ejecutores de los mismos.
D.3.2	La Institución ha desarrollado mecanismos para identificar de manera temprana los riesgos y necesidades que presenta el paciente, independiente de su vía de ingreso.
D.3.3	Se cuenta con estrategias para que estos riesgos y necesidades particulares sean identificados, reconocidos y visualizados claramente por los miembros del equipo de salud.
D.3.4	Se tienen definidas los controles para minimizar el efecto de los riesgos potenciales, y éstos son conocidos por el personal y aplicadas de manera sistemática.
D.3.5	Se reclasifican de manera sistemática los riesgos y necesidades identificados en el paciente, con base en criterios definidos por la Institución.

D.3.6	Los riesgos y necesidades de los usuarios son elementos mandatorios de informar en las entregas de turnos y traslados de pacientes entre servicios e instituciones.
D.3.7	Se evalúa sistemáticamente el funcionamiento y los resultados de la gestión del riesgo y se adoptan las medidas correctivas que correspondan.
Evidencias: <ul style="list-style-type: none">▪ Protocolos para la detección e intervención de riesgos.▪ Indicadores de monitorización de riesgos 2016-2018.▪ Análisis y planes de mejoramiento frente a las desviaciones detectadas.	

6. Gestión de la seguridad para el cliente interno (E)

Este capítulo aborda la dimensión del cliente interno como un factor clave de la seguridad. Un hospital seguro debe procurar, en paralelo con la mejora de la seguridad del paciente, la creación de condiciones favorables para un desempeño seguro de los clientes internos.

Estándar (E.1.).

Área Temática Mejoramiento de la Seguridad (D)	
La institución garantiza la protección de la vida, la salud y los intereses del cliente interno contra los posibles riesgos internos o externos que puedan afectarlos.	
Propósito: El programa de seguridad y salud en el trabajo se constituye en la base para formular y ejecutar estrategias específicas tendientes a controlar y mitigar los principales riesgos de origen profesional. Adicionalmente, se deben tomar las precauciones del caso para que el cliente interno no se convierta en víctima de agresiones, accidentes o acciones intencionales que puedan afectar su vida o su salud, o lesionar sus intereses económicos.	
Valor: 50 puntos	
Criterios:	
E.1.1	Las instalaciones de las áreas, servicios y unidades ofrecen unas condiciones laborales apropiadas para que los colaboradores desarrollen sus actividades laborales de forma segura.
	El programa de seguridad y salud en el trabajo definido por la institución cumple con todos los lineamientos legales vigentes.
E.1.2	El programa de educación continua adoptado por la institución incluye componentes específicos relacionados temas que contribuyen con la seguridad y salud en el trabajo.
E.1.3	El programa de seguridad y salud en el trabajo incluye estrategias claras para la prevención de los accidentes de riesgo biológico.
E.1.4	La Institución ha desarrollado estrategias para el control de factores humanos (stress, fatiga, cansancio, Burnout) que pueden afectar directamente la seguridad del paciente.

E.1.5	Se han adoptado medidas tendientes a proteger a los clientes internos contra posibles agresiones por usuarios o visitantes violentos.
E.1.6	Se dispone de indicadores fiables y válidos para evaluar la seguridad y salud en el trabajo y las condiciones de seguridad para el cliente interno. Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.

Evidencias:

- Programa de seguridad y salud en el trabajo formalmente adoptado por la institución y con requisitos legales cumplidos.
- Programa o Plan de Educación Continua que incluya temáticas de salud ocupacional y seguridad industrial.
- Evidencia documental de capacitación e implementación de medidas de bioseguridad para evitar y controlar el riesgo biológico de los colaboradores.
- Evidencia de estrategias para el control de factores humanos adversos para la seguridad del paciente
- Evidencia de protocolo implementado y evaluado que permita intervenir y manejar casos de posibles agresiones por pacientes, familiares o visitantes.
- Indicadores propios del Programa de seguridad y salud en el trabajo, que permitan evaluar la seguridad del cliente interno, evidencias de su análisis y del seguimiento de las acciones de mejora correspondientes.

7. Bibliografía

Documentos de referencia recomendados

1. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008. CDC, Atlanta. Disponible en: http://www.cdc.gov/hicpac/Disinfection_Sterilization/toc.html
2. OpCit. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. CDC, Atlanta. 2007. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007isolationPrecautions.html>
3. OpCit. Guideline for Prevention of Catheter Associated Urinary Tract Infections. CDC, Atlanta. 2009. Disponible en: http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html

Otros documentos consultados

1. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política de Seguridad del Paciente. Imprenta National. Bogotá. 2008.
2. Minnesota Department of Health. Adverse Health Events Reporting Law: Minnesota's 28 Reportable Events. Fact Sheet. Oct. 2007.
3. World Health Organization – Joint Commission International – The Joint Commission. Soluciones para la Seguridad del Paciente. May. 2007.
4. World Health Organization. Surgical Safety Checklist. First Edition. Jun. 2008.
5. Aranaz JM^a, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. Med Clí (Barc). 2004; 123: 21-5.
6. Aranaz JM^a, Aibar C, Vitaller J. y Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo.
7. Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy - the price we pay -. JAMA. 1955; 159:1452.
8. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, et al. Views of Practicing Physicians and the Public on Medical Errors. N Engl J Med. 2002;12;347:1933-40.
9. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324:370-6.

10. Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med* 1992;7:424–31.
11. Estudios de mayor repercusión fuera y dentro de España sobre frecuencia de efectos adversos en hospitales y Atención Primaria.
12. Goldberg RM, Kuhn G, Andrew LB, et al. Coping with medical mistakes and errors in judgment. *Ann Emerg Med* 2002;39:287–92.
13. Hilfiker D. Facing our mistakes. *N Engl J Med* 1984;310:118–22. Kaiser Family Foundation. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation/ Agency for Healthcare Research and Quality, 2000. [consultado 12 March 2007]. Disponible en: [index.cfmhttp://www.kff.org/kaiserpolls/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=13571](http://www.kff.org/kaiserpolls/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=13571).
14. Mira JJ, Aranaz JM, Vitaller J, Ziadi M, Lorenzo S, Rebas P, Aibar C Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(Supl 3):26-32.
15. Mira JJ, et al. Noticias de prensa sobre errores clínicos y sensación de seguridad al acudir al hospital. *Gac Sanit*. 2009. doi:10.1016/j.gaceta.2009.05.011
16. Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. *Arch Fam Med* 1996;5:71–5.
17. Robinson AR, Hohmann KB, Rifkin JI, Topp D, Gilroy CM, Pickard JA et al. Physician and Public Opinions on Quality of Health Care and the Problem of Medical Errors. *Arch Intern Med*. 2002 28;162:2186-90.
18. Scott S, Hirschinger L, Cox K, McCoig M, Brandt J, Hall L. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 2009;18:325–30.
19. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007;33:467–76.
20. Institute for Health Care Improvement: Implement the Central LinesBundle. http://www.ihc.org/ihc/topics/criticalcare/intensivecare/changes/implementthecentral_line_bundle.htm