

Manual de estándares del VII Galardón Nacional Hospital Seguro,

ACHC,

para Entidades
Hospitalarias de
Mediana y Alta
complejidad



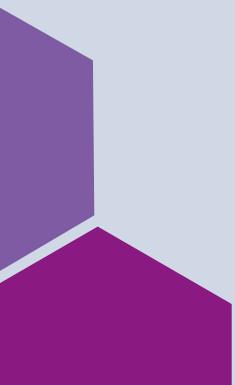




Tabla de contenido

Presentación	5
1 → Estructura del Manual	7
2 → Fundamentos Estructurales para la Seguridad (A)	8
3 → Liderazgo, Alineación y Cultura de la Seguridad (B)	13
4 → Gestión de la Seguridad del Paciente (C)	17
5 → Mejoramiento de la Seguridad (D)	29
6 → Gestión de la seguridad para el cliente interno (E)	32
7 → Digitalización de los procesos clínicos para la seguridad del paciente (F)	33
8 → Seguridad del paciente y salud ambiental (G)	34
9 → Bibliografía	36





Presentación

Nos complace presentarles el documento oficial de las bases de nuestra Séptima edición del **Galardón Nacional Hospital Seguro**.

Esta es una iniciativa de la ACHC, que busca fomentar el trabajo permanente en los procesos de calidad, de Instituciones afiliadas y no afiliadas, de manera que les permita alcanzar la excelencia en SEGURIDAD, en beneficio de la población colombiana y el sistema de salud.

Nos sentimos orgullosos del reconocimiento que este Galardón ha tenido en el ámbito nacional, dado que se ha constituido en una metodología clara, estructurada y rigurosa de avances significativos en la SEGURIDAD Hospitalaria.

El Galardón Nacional Hospital Seguro, ACHC, se ha afianzado como una hoja de ruta clara para ejecutar acciones en torno a la Seguridad como camino a la excelencia, tanto para las instituciones que se han hecho acreedoras a este premio, como para las que han participado y no han alcanzado el puntaje requerido e incluso para aquellas que sin inscribirse han decidido implementar la metodología para avanzar en sus procesos de atención. Adicionalmente, es importante destacar la articulación que se ha logrado de todos los colaboradores y grupos de interés de las Instituciones, que han decidido trabajar juntos esta metodología con el objetivo común de elevar el nivel de Seguridad en la organización.

Esta es una metodología congruente con modelos de acreditación nacionales e internacionales, dado que sus estándares están basados en lineamientos de agencias técnicas expertas en el tema de seguridad,



que les aporta a las instituciones el trabajar con base en las mejores prácticas disponibles y al proceso de evaluación, el poder visualizar la alineación de las intervenciones realizadas por las organizaciones evaluadas frente a estas buenas prácticas basadas en la evidencia científica.

Para esta VII edición del Galardón se introducen algunos cambios como los siguientes:

- Se agregan estándares nuevos relacionados con la digitalización de los procesos clínicos y gestión ambiental, dándole una proyección a estos temas desde el abordaje de la Seguridad del Paciente.
- Se contempla una fase de pilotaje para la evaluación de entidades habilitadas bajo la modalidad extramural domiciliaria, entendida como la prestación de servicios de salud en el domicilio o residencia del paciente. Como parte de esta fase, se identificarán las entidades que pueden funcionar como escenario de prueba con un manual de estándares específicos a evaluar.
- Se considera extender el Galardón hacia al ámbito internacional, con miras a la I versión Internacional de Galardón Hospital Seguro, cuyas bases y lineamientos se empezarán a desarrollar en el segundo semestre de 2024.

Esperamos contar con el acostumbrado interés y entusiasmo que despierta este premio, no solo con el objetivo de lograr el Galardón, sino también de evaluar sus procesos y buscar el mejoramiento continuo en 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 – VII versión.

Los estándares están organizados por áreas temáticas. Las áreas temáticas que se abordarán en esta versión del Galardón son:

Código	Área Temática	Nº estándares	Puntaje total
A	Fundamentos Estructurales para la Seguridad	4 Estándares	100 puntos
B	Liderazgo, Alineación y Cultura de la Seguridad	3 Estándares	75 puntos
C	Gestión de la Seguridad del Paciente	9 Estándares	600 puntos
D	Mejoramiento de la Seguridad	3 Estándares	100 puntos
E	Gestión de la Seguridad para el Cliente Interno	1 Estándar	50 puntos
G	Digitalización de los procesos clínicos para la seguridad del paciente	1 Estándar	25 puntos
F	Seguridad del paciente y salud ambiental	1 Estándar	50 puntos

Para presentar los estándares se utilizará la siguiente estructura documental:

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

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 propósito: es un breve resumen que explica o justifica la importancia del estándar en el contexto de un hospital seguro.
 - 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.

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).

La institución ha definido desde su estrategia, un marco institucional y un plan de acción integrales en materia de seguridad del paciente, como una prioridad clave en la prestación de la atención en salud.

Propósito:

Desarrollar estratégicamente la seguridad, como norma de intervención en la planificación y la prestación de la atención de salud, implica reconocerla como una prioridad organizacional, convirtiéndola en un componente esencial para fortalecer la atención de salud desde la definición de metas, estrategias y recursos. 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: 25 puntos

Criterios:

A.1.1	El direccionamiento estratégico demuestra un compromiso claro de trabajo que privilegia una cultura de seguridad y la promoción de prácticas seguras.
A.1.2	Las directrices de seguridad del paciente están armonizadas con los procesos y procedimientos de la Organización, y son visibles en las prácticas estándar asistenciales y administrativas.
A.1.3	El plan de desarrollo o plan estratégico y los planes de acción vigentes en la institución incorporan actividades enfocadas al desarrollo de la seguridad, lo que incluye un presupuesto definido y la asignación de los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para implantar la seguridad del paciente a nivel orgánico.
A.1.4	La estrategia organizacional de seguridad del paciente incorpora el cumplimiento de los lineamientos de la legislación nacional vigente en todas las esferas de los servicios que se presten, que apunten a la protección de los pacientes y del personal de salud.
A.1.5	Las directrices de seguridad del paciente se despliegan a todos los clientes internos y externos de forma periódica, de manera que se asegure que todos los procesos y niveles de la organización tengan conocimiento de las mismas y las involucren en su quehacer.
A.1.6	Los diferentes órganos de gobierno institucional revisan de forma sistemática los avances y resultados en materia de seguridad del paciente, y adoptan las medidas correctivas/mejora que correspondan.
A.1.7	La Alta Dirección presenta el trabajo y los logros conseguidos sobre la seguridad del paciente mediante mecanismos de comunicación, campañas locales y otras estrategias que permitan crear la máxima conciencia sobre el tema.



Estándar (A.2.).

El Modelo de Atención está claramente enfocado a garantizar la seguridad y se apoya en un marco de gobernanza eficaz que facilita la participación de los diferentes grupos de interés en las políticas y programas sobre seguridad del paciente de la organización.

Propósito:

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. Este estándar está orientado, por consiguiente, a promover e incentivar enfoques integrados e innovadores en la prestación de los servicios de salud, que contribuyan a mejorar efectivamente la seguridad de la atención.

Valor: 25 puntos

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	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.2.3	Existe una estructura de Gobierno Clínico eficaz que asegura un nivel suficiente de personal e involucra activamente a los profesionales de salud en las políticas y programas sobre seguridad del paciente de la organización.
A.2.4	El modelo de atención ha impulsado sistemas de información basados en datos y métricas confiables, evaluaciones comparativas y desarrollo de las mejores prácticas basadas en evidencia, para la toma de decisiones en el ámbito de la atención médica y la optimización de los recursos.

Estándar (A.3).

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: 25 puntos

Criterios:

A.3.1	Se ha definido un comité de seguridad del paciente, con roles y responsabilidades que contribuyen a la detección, mitigación y (en la medida de lo posible) eliminación de los riesgos para los pacientes, y que se ocupa de apoyar la puesta en marcha de iniciativas en materia de seguridad del paciente, en sintonía con las prioridades estratégicas de la Organización.
A.3.2	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.3.3	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.3.4	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.

Estándar (A.4.).

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:

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.

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.

Valor: 25 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 procedimientos de inducción y re-inducción incluyen temas claves de la seguridad para una cobertura total del personal propio y tercerizado e incluye actividades de entrenamiento práctico en los puestos de trabajo relacionadas con seguridad.
A.4.4	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 y cubre al personal propio y externo, sin diferencias en su modalidad de vinculación.
A.4.5	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.4.6	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.4.7	La Institución cuenta con actividades sistemáticas de entrenamiento al personal asistencial, en aquellos conceptos cuyo aprendizaje se facilita a través de estrategias prácticas (p. ej. Simulaciones).
A.4.8	Se han realizado evaluaciones de deficiencias en relación con el factor humano (p. ej. comunicación entre los equipos, carga laboral, fatiga, estrés) en los procesos de prestación de servicios y se consideran intervenciones frente a sus resultados.



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).

Existe un liderazgo que propicia la gestión de riesgos para el paciente y el colaborador en todos los niveles de la Organización, para garantizar un enfoque sólido y visible en la eliminación de los daños evitables.

Propósito:

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.

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.

Valor: 25 puntos

Criterios:

B.1.1	Se cuenta con un líder de seguridad del paciente exclusivo para este rol. Este cargo es considerado de alto nivel dentro de la estructura organizacional y depende directamente de la Dirección/Gerencia desde el punto de vista jerárquico.
B.1.2	El líder de seguridad del paciente ejecuta su rol y responsabilidades apoyado en un equipo de trabajo que aporta desde diferentes perspectivas de seguridad, y se articula con diferentes programas que guardan relación con la misma (p.ej. farmacovigilancia, tecnovigilancia, infecciones).
B.1.3	Las funciones de liderazgo en materia de seguridad del paciente son representadas en una persona designada en cada servicio clínico.
B.1.4	Se cuenta con un plan de entrenamiento a líderes para garantizar la continuidad, la sostenibilidad y la coherencia cultural de las iniciativas de seguridad del paciente en cada servicio clínico.
B.1.5	La Institución fomenta la participación permanente y proactiva de sus líderes en la implementación de las directrices de seguridad y en su ejecución, monitoreo y evaluación. 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.

Estándar (B.2.).

La Organización promueve, evalúa y mantiene una cultura de seguridad basada en el aprendizaje de los errores y la transparencia y no en la culpa y la represalia frente a ellos.

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 los logros ni se perderá la continuidad de los procesos. En cambio, cuando la cultura es débil, 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 conjunto de acciones permanentes que defienden y promueven una cultura justa de seguridad.

Valor: 25 puntos

Criterios:

B.2.1	Existe una clara política no punitiva ante los eventos adversos y ésta es percibida por el personal. El enfoque organizacional promueve el considerar los errores como una fuente de aprendizaje, al igual que la transparencia, el aprendizaje en equipo y la no permisividad.
B.2.2	Existe la promoción del diálogo y esfuerzos importantes por reducir las estructuras, actitudes y comportamientos jerárquicos en toda la organización.
B.2.3	La Organización exalta 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 errores que se puedan presentar. Se aplican incentivos y estímulos que permitan reconocer los logros en materia de cultura de la seguridad.
B.2.4	Se cuenta con un plan estructurado e implementado para el abordaje de las segundas víctimas, para brindar el soporte necesario a los profesionales y minimizar riesgos a otros pacientes.
B.2.5	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 determinar las deficiencias e introducir enfoques innovadores para construir una cultura de seguridad.



Estándar (B.3.).

El liderazgo de la Institución fomenta que los grupos de interés externos (proveedores, organizaciones científicas, prestadores de servicios, aseguradores, universidades, etc.) se vinculen en el desarrollo de las directrices de seguridad.

Propósito:

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.

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.

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.

Valor: 25 puntos

Criterios:

B.3.1	Los diferentes grupos de interés conocen las directrices de seguridad establecidas por la institución y cumplen con todos los procedimientos de seguridad definidos por la Institución.
B.3.2	La Organización asegura que los diferentes grupos de interés implementen adecuadamente las prácticas de seguridad del paciente y se alineen a la cultura de seguridad deseada.
B.3.3	Los grupos de interés participan en los programas de formación en seguridad del paciente y se alinean a las iniciativas frente al manejo de los factores humanos que la Organización ha establecido.
B.3.4	En los casos en los eventos adversos involucren grupos de interés externos, se realizan análisis en conjunto y trabajo coordinado para implantar las soluciones.



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).

Los procedimientos clínicos están diseñados e implementados de manera que se mitiguen los riesgos en la identificación de los pacientes.

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: 40 puntos

Criterios:

C.1.1	La Institución tiene estandarizados al menos dos (2) datos diferentes para corroborar la identidad del usuario antes de realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos (toma o recepción de muestras de laboratorio, realización de imágenes diagnósticas, intervenciones quirúrgicas y administración de medicamentos, productos biológicos, sangre o componentes sanguíneos)
C.1.2	Los pacientes son identificados durante el suministro de las dietas por parte del servicio de alimentación.
C.1.3	La Institución garantiza que 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.1.4	La Institución garantiza que 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.1.5	La Institución desarrolla e implementa criterios para la identificación de pacientes en condiciones especiales (usuarios que no aportan identificación, situaciones de emergencia, pacientes comatosos, personas transgénero).
C.1.6	La Institución garantiza que los recipientes utilizados para recolectar muestras u otros especímenes de laboratorio son marcados en presencia del usuario.
C.1.7	La Institución ha establecido que 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.1.8	La Institución asegura rigor en 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.

Estándar (C.2).

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: 40 puntos

Criterios:

C.2.1	La Institución desarrolla e implementa lineamientos que prohíben expresamente las órdenes verbales, salvo algunas excepciones justificadas (código azul, situaciones de emergencias, cirugías) y las prescripciones telefónicas en todas las áreas de la institución.
C.2.2	Para los casos en que son absolutamente necesarias las órdenes verbales entre los miembros del equipo de salud, la Institución implementa procesos para evitar errores, confusiones y riesgos de eventos derivados de la comunicación verbal.
C.2.3	La Institución implementa lineamientos que prohíben expresamente el uso de abreviaturas o siglas en la historia clínica.
C.2.4	La Institución ha desarrollado herramientas, estrategias, métodos o procedimientos de trabajo (identificadores, alarmas, entre otros.) que faciliten 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.2.5	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.2.6	La Institución garantiza que durante los procesos de traspaso, transferencia y remisiones de pacientes, los profesionales aplican métodos estandarizados para asegurar la efectividad de la comunicación.

Estándar (C.3.).

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.

Propósito:

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.

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 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 anormalidades.
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 ha definido los responsables de notificar y recibir los resultados críticos de pruebas diagnósticas.

Estándar (C.4.).

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: 150 puntos

Criterios:

C.4.1	La Institución implementa estrategias para garantizar la medicación sin daño, desde la perspectiva de los pacientes, los profesionales de la salud, los medicamentos y los sistemas y las prácticas de medicación.
C.4.2	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.4.3	La institución garantiza un proceso controlado para el manejo seguro de los electrolitos concentrados.
C.4.4	La institución ha identificado los 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	Se cuenta con lineamientos explícitos e implementados para asegurar el uso seguro de los medicamentos durante la transición entre servicios de atención.
C.4.6	Se identifican y almacenan de manera controlada, los medicamentos que el paciente ingresa a la Institución.
C.4.7	Se cuenta con lineamientos explícitos para el manejo de pacientes polimedicados, enfocados a garantizar la seguridad en su uso.
C.4.8	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.4.9	La institución 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.

Estándar (C.4).

La institución aplica estrategias y procedimientos encaminados a mejorar la seguridad en el uso de medicamentos.

C.4.10	La institución 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.4.11	La institución 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.4.12	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.4.13	La institución 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.4.14	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.

Estándar (C.5).

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: 150 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	La Institución ha identificado 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 Institución 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	La Institución 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.

Estándar (C.5.).

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.

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	La Institución ha 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	La Institución ha 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	La Institución cuenta con procedimientos estandarizados para la detección e investigación de las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Estándar (C.6).

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: 50 puntos

Criterios:

C.6.1	La Institución ha desarrollado procedimientos tendientes a minimizar el riesgo de caídas y demás accidentes en los usuarios y otros visitantes de la institución.
C.6.2	La Institución desarrolla procedimientos sistemáticos para la evaluación y mejora de la infraestructura física y otros aspectos como 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.

Estándar (C.7.).

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: 50 puntos

Criterios:

C.7.1	La Institución garantiza para la realización de procedimientos quirúrgicos o invasivos, se realiza la verificación del paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto durante las consultas pre quirúrgica y pre anestésica, al momento de la programación, en la admisión y al ingreso al área 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 un procedimiento quirúrgico o invasivo.
C.7.3	La institución ha implementado un procedimiento estandarizado para marcar el sitio quirúrgico o el lugar del procedimiento invasivo. 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	La institución ha desarrollado 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 institución ha desarrollado procedimientos de conciliación en instancia previa (Pausa quirúrgica o Time Out) en procedimientos quirúrgicos o invasivos, consistente en la corroboración independiente por cada uno de los miembros del equipo de salud del procedimiento y sitio operatorio o lugar del procedimiento invasivo. En caso de discrepancias, no se iniciará el procedimiento hasta tanto se hayan aclarado tales discrepancias.
C.7.7	Tanto para procedimientos de sedación como de anestesia existe una evaluación previa realizada por anestesiólogo y documentada para evaluar el riesgo y la adecuación para el paciente.
C.7.8	El estado postanestesia y postsedación de cada paciente se monitorea y documenta, y el paciente es dado de alta del área de recuperación por el anestesiólogo a cargo del procedimiento.

Estándar (C.8.).

La institución involucra y empoderar a pacientes y familiares para obtener su ayuda y apoyo en favor de una atención más segura.

Propósito:

La participación y el empoderamiento del paciente son elementos fundamentales para mejorar la seguridad en la atención. Los pacientes, sus familias y cuidadores desempeñan un papel vital en el proceso de atención, aportando perspectivas únicas y experiencias personales que complementan la visión de los profesionales de la salud y gestores.

La participación de pacientes y usuarios de servicios en la planificación, decisiones y resultados debe ser central para el diseño de servicios y ahora es un requisito para que los hospitales seguros incluyan como socios de seguridad al paciente en sus comités de gobernanza clínica relacionados con la seguridad.

La representación tiene muchos beneficios y ocurre en circunstancias variadas. La planificación de servicios con grupos representativos puede dar como resultado mejores experiencias, mejores vías de tratamiento, servicios integrados y, en última instancia, resultados. La coproducción de servicios, “hacerlo con y para” las personas, es un aspecto preponderante en hospitales con excelencia clínica.

Este estándar busca iniciativas que pueden demostrar codiseño, coproducción y servicios prestados genuinos con la participación de los usuarios de los servicios, los pacientes y sus familias. Las instituciones deben demostrar que las experiencias y los resultados de los pacientes han mejorado y, más específicamente, que se ha mejorado la seguridad del paciente.

Valor: 40 puntos

Criterios:

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	Se promueve la transparencia con los pacientes y familias ante la ocurrencia de errores en sus procesos de atención y las consecuencias producidas o que puedan producirse.
C.8.7	La institución cuenta con evidencias sobre los efectos del involucramiento de pacientes y familias en los resultados de la seguridad (p.ej. mejora de la dinámica de las experiencias, resultados clínicos de los pacientes, reducción de quejas, daños o incidentes, reducción de admisiones, ahorros).

Estándar (C.9.).

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 mitigados (y en lo posible eliminados) los riesgos que puedan amenazar la integridad de clientes internos y externos dentro de las instalaciones físicas.
C.9.2	Las instalaciones físicas demuestran medidas que previenen a pacientes, familias, colaboradores y visitantes de posibles daños físicos, incluyendo la gestión del riesgo suicida.
C.9.3	La construcción de nuevas áreas y las remodelaciones de los entornos asistenciales consideran la seguridad del paciente como un factor clave del diseño.
C.9.4	La institución desarrolla procedimientos de vigilancia y seguridad para la protección de los pacientes, familias, colaboradores y visitantes.
C.9.5	La institución ha implementado 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.9.6	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.9.7	La Institución cuenta con mecanismos para evaluar el cumplimiento de las normas de seguridad física (seguridad contra incendios, eléctrica y estructural) y realiza las intervenciones necesarias.

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).

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. La investigación en seguridad del paciente busca constantemente generar nuevos conocimientos y comprensión para mejorar los sistemas de atención, así como fortalecer las prácticas de las organizaciones y profesionales de la salud. El objetivo final es reducir y prevenir los daños asociados con la atención médica. Al generar nuevos conocimientos y aplicarlos en la práctica, la investigación en seguridad del paciente desempeña un papel fundamental en la evolución y mejora continua de los sistemas de atención médica, con el objetivo de proporcionar una atención más segura, efectiva y de alta calidad a los pacientes.

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 2021- 2023 con detalle de la fecha de ocurrencia, datos de identificación del paciente, tipo de evento ocurrido, descripción del mismo, referencia al análisis realizado y acciones de intervención y seguimiento 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 mecanismos de notificación fáciles de usar, confidenciales y eficaces.
D.1.3	Se promueve la investigación tanto los eventos adversos como de los incidentes, para identificar sus causas e implementar soluciones eficaces y prácticas más seguras.
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	La Institución demuestra mejoras en la seguridad del paciente derivadas de las acciones de investigación de los eventos adversos e incidentes y los cierres de ciclo de los casos analizados.
D.1.6	Se cuenta con registros y seguimiento a las fuentes de daños evitables en toda la organización y en cada servicio clínico.

Estándar (D.2.).

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

Propósito:

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.

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.

Valor: 25 puntos

Criterios:

D.2.1	La Institución tiene definido un sistema de indicadores que permiten monitorizar la seguridad desde todos sus frentes y supervisar los avances y las tendencias.
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	Se generan y se hace seguimiento a los planes de acción en los casos de desviaciones del indicador, de manera formal y con base en métodos rigurosos.
D.2.5	Se evalúa el impacto del programa de seguridad del paciente, haciendo énfasis en la sostenibilidad de los beneficios obtenidos a lo largo del tiempo.
D.2.6	Se realizan comparaciones de los resultados de la gestión de los riesgos clínicos con las prácticas óptimas del país y del mundo.

Estándar (D.3).

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: 25 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 definidos 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.

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).

La institución garantiza prácticas asistenciales destinadas a proporcionar condiciones de trabajo seguras para todo el personal.

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	La Institución desarrolla un programa de salud y seguridad laboral que aborda la salud física y mental del personal, el cual está incluido en el plan de educación continua.
E.1.2	La Institución realiza una gestión efectiva de la carga laboral del personal asistencial y administrativo (turnos, horas de trabajo, pausas laborales) para prevenir el agotamiento profesional (Burnout) y promover su bienestar.
E.1.3	Los equipos y puestos de trabajo se evidencian funcionales y ergonómicos para minimizar las lesiones osteomusculares y las caídas.
E.1.4	El programa de seguridad y salud en el trabajo incluye estrategias claras para la prevención de los accidentes de riesgo biológico y de infecciones prevenibles.
E.1.5	Se han adoptado medidas tendientes a proteger a los clientes internos contra posibles actos de violencia física y mental, lo que incluye intolerancia, intimidación, acoso y discriminación.

7. Digitalización de los procesos clínicos para la seguridad del paciente (F)

Este nuevo capítulo incluye estándares que apuntan de forma inicial a la planeación de la digitalización en salud como un poderoso mecanismo que ofrece la capacidad de recopilar y analizar grandes cantidades de datos de salud, lo que permite identificar patrones, tendencias y riesgos, contribuyendo así a la investigación en seguridad del paciente. También mejora la precisión de la información, asegurando que información del paciente esté completa, actualizada y disponible en tiempo real, reduciendo errores debido a la falta de datos o a la información desactualizada. Así mismo, fomenta un seguimiento y monitoreo más efectivo y remoto de pacientes, la supervisión constante de su estado de salud y la detección temprana de posibles complicaciones. Y por último, mejora la comunicación entre diferentes profesionales de la salud y servicios, lo que reduce la posibilidad de malentendidos o información fragmentada sobre el paciente.

Estándar (F.1).

La institución diseña y aplica soluciones digitales para mejorar la seguridad de la atención de salud

Propósito:

Los avances digitales y las nuevas tecnologías ofrecen el potencial de lograr mejoras transformadoras en materia de seguridad. Las soluciones pueden tener un propósito médico específico que tenga mejoras demostrables en la seguridad del paciente. O podrían apoyar a la fuerza laboral en la prestación de atención que reduzca los errores o las variaciones injustificadas, respaldando las mejoras de seguridad.

La transformación digital puede permitir la eficiencia, liberando a los equipos clínicos y de enfermería para dedicar más tiempo a los pacientes. La digitalización de los procesos clínicos puede ayudar a respaldar la captura de datos en tiempo real que puede conducir a un futuro rediseño del servicio o mejoras de seguridad que impulsen mejores resultados para los pacientes.

Valor: 25 puntos

Criterios:

F.1.1	La Institución ha planificado una estrategia y las herramientas necesarias para aportar los beneficios de la digitalización (p.ej. el aprovechamiento de la inteligencia artificial y los macrodatos) a los esfuerzos por mejorar la seguridad de la atención de salud
F.1.2	Se evidencian acciones de digitalización de los procesos de atención de salud que contribuyen a la seguridad del paciente (p.ej. Historias clínicas electrónicas, prescripción electrónica, sistemas de apoyo a las decisiones clínicas, telemedicina, telediagnóstico).
F.1.3	Se cuentan con mecanismos para evaluar y garantizar la seguridad de las soluciones digitales utilizadas en los procesos clínicos y de diagnóstico.

8. Seguridad del paciente y salud ambiental (G)

Este nuevo capítulo aborda la seguridad del paciente y la salud ambiental como aspectos interconectados en el entorno de atención en salud. Paradójicamente, el sector de la salud, mientras busca mejorar la salud de las personas, también puede contribuir a problemas de salud ambiental. Esta situación se debe a varios factores:

- *Uso de productos y tecnologías:* La utilización de ciertos productos médicos, dispositivos electrónicos, medicamentos y tecnologías puede generar residuos tóxicos o contaminantes que afectan el medio ambiente.
- *Consumo de recursos:* Los establecimientos de atención médica consumen grandes cantidades de recursos como agua, energía, productos químicos y materiales, lo que puede tener impactos ambientales negativos si no se gestionan de manera sostenible.
- *Generación de residuos:* Los residuos hospitalarios, incluidos los productos farmacéuticos vencidos, los materiales desechables utilizados en procedimientos clínicos y otros desechos, pueden representar un riesgo ambiental si no se manejan y eliminan correctamente.
- *Infraestructura y construcción:* La construcción y operación de instalaciones médicas pueden generar emisiones de carbono y otros contaminantes, además de tener impactos en el uso del suelo y la gestión de recursos naturales.



Estándar (G.1).

La institución ha adoptado estrategias y prácticas que van más allá de la atención médica convencional para promover la sostenibilidad ambiental y la salud pública.

Propósito:

La contaminación ambiental derivada de las actividades del sector de la salud puede afectar la salud pública, contribuyendo a problemas como la contaminación del agua y del aire, y generando riesgos para la comunidad circundante. Es esencial que el sector de la salud se comprometa con prácticas más sostenibles y respetuosas con el medio ambiente. Esto incluye la adopción de tecnologías más verdes, la gestión adecuada de residuos, la reducción del consumo de recursos y la implementación de infraestructuras más ecológicas. Al hacerlo, no solo se contribuye a la mejora de la salud ambiental, sino que se asegura una práctica médica más segura y sostenible a largo plazo.

Valor: 50 puntos

Criterios:

G.1.1	La Institución reconoce el valor de la salud ambiental como un esfuerzo fundamental en su trabajo por la seguridad del paciente y lo ha definido como una de sus prioridades clave.
G.1.2	La Institución tiene identificadas las sustancias químicas de los productos utilizados en sus procesos clínicos y cuenta con plan de acción que incluye alternativas seguras y líneas de tiempo.
G.1.3	La Institución realiza una gestión adecuada de los residuos hospitalarios que le ha permitido reducirlos, tratarlos y disponerlos de manera segura, mediante el fomento de una cultura ecológicamente sensata.
G.1.4	Se han implementado acciones en torno a la eficiencia energética, reducción del consumo de agua y suministro agua potable que conllevan a la protección de la salud pública y de las consecuencias del cambio climático.
G.1.5	La Institución realiza estimaciones confiables sobre la huella de carbono y con base en esto diseña planes de mitigación adecuados.

9. Bibliografía

1. OMS Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021–2030. Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de la salud. 2021.
2. ECRI Institute. ECRI Institute PSO Deep Dive. Patient identification: Executive summary. Aug 2016. Accessed Nov 11, 2016. <https://www.ecri.org/Pages/Patient-Identification-Deep-Dive.aspx>.
3. The Joint Commission. Temporary names put newborns at risk. Jt Quick Safety. 2015 Oct;17:1–2. Accessed Nov 11, 2016. https://www.jointcommission.org/assets/1/23/Quick_Safety_Issue_17_Oct_2015_10_20_15.pdf.
4. Mosallam R, Ibrahim SZ. Critical value reporting at Egyptian laboratories. J Patient Saf. Epub 2015 Jun 12.
5. Roy CL, et al. An initiative to improve the management of clinically significant test results in a large health care network. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2013 Nov;39(11):517–527.
6. Yang D, Zhou Y, Yang C. Analysis of laboratory repeat critical values at a large tertiary teaching hospital in China. PLoS One. 2013;8(3):e59518.
7. Andersen HB, et al. Development and validation of a taxonomy of adverse handover events in hospital settings. Cogn Technol Work. 2015 Feb;17(1):79–87.
8. Smaggus A, Weirnerman AS. Handover: The fragile lines of communication. Canadian Journal of General Internal Medicine. 2015;10(4):15–19.
9. Smith CJ, et al. Interunit handoffs from emergency department to inpatient care: A cross-sectional survey of physicians at a university medical center. J Hosp Med. 2015 Nov;10(11):711–717.
10. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Strategy 3: Nurse bedside shift report. In Guide to Patient and Family Enga-



gement in Hospital Quality and Safety. Rockville, MD: AHRQ, 2013. Accessed Nov 9, 2016. <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy3/index.html>.

11. Craig R, et al. Strengthening handover communication in pediatric cardiac intensive care. *Paediatr Anaesth*. 2012 Apr;22(4):393–399.
12. Drachsler H, et al. The Handover Toolbox: A knowledge exchange and training platform for improving patient care. *BMJ Qual Saf*. 2012 Dec;21 Suppl 1:i114–120.
13. Johnson M, Jefferies D, Nicholls D. Developing a minimum data set for electronic nursing handover. *J Clin Nurs*. 2012 Feb;21(3–4):331–343.
14. Segall N, et al. Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesth Analg*. 2012 Jul;115(1):102–115.
15. Starmer AJ, et al. Rates of medical errors and preventable adverse events among hospitalized children following implementation of a resident handoff bundle. *JAMA*. 2013 Dec 4;310(21):2262–2270.
16. Institute for Safe Medication Practices. Medication Safety Tools and Resources. 2016. Accessed Nov 13, 2016. <https://www.ismp.org/tools/>.
17. Khoo AL, et al. A multicenter, multidisciplinary, high alert medication-collaborative to improve patient safety: The Singapore experience. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2013 May;39(5):205–212.
18. Shaw KN, et al.; Pediatric Emergency Care Applied Research Network. Reported medication events in a paediatric emergency research network: Sharing to improve patient safety. *Emerg Med J*. Epub 2012 Oct 31.
19. Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Network. Patient Safety Primer: Medication Errors. 2015. (Updated: Mar 2015.) Accessed Nov 14, 2016. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/23/medication-errors>.

- 
- 
20. Ching JM, et al. Using Lean to improve medication administration safety: In search of the “perfect dose.” *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2013 May;39(5):195–204.
 21. DeHenau C, et al. Tallman lettering as a strategy for differentiation in look-alike, sound-alike drug names: The role of familiarity in differentiating drug doppelgangers. *Appl Ergon.* 2016;52:77–84.
 22. Institute for Healthcare Improvement (IHI). *How-to Guide: Prevent Harm from High-Alert Medications.* Cambridge, MA: IHI, 2012. Accessed Nov 14, 2016. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuidePreventHarmfromHighAlertMedications.aspx>.
 23. Irwin A, et al. The effect of proximity, tallman lettering, and time pressure on accurate visual perception of drug names. *Hum Factors.* 2013 Apr;55(2):253–266.
 24. Or CK, Wang H. A comparison of the effects of different typographical methods on the recognizability of printed drug names. *Drug Saf.* 2014 May;37(5):351–359.
 25. Ostini R, et al. Quality use of medicines—Medication safety issues in naming; look-alike, sound-alike medicine names. *Int J Pharm Pract.* 2012 Dec;20(6):349–357.
 26. The Joint Commission. *National Patient Safety Goals Effective January 1, 2016: Hospital Accreditation Program.* 2016. Accessed November 12, 2016. https://www.jointcommission.org/assets/1/6/2016_NPSG_HAP.pdf
 27. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Patient safety in the surgical environment. Committee Opinion No. 464. Obstet Gynecol.* 2010 Sep (Reaffirmed 2014);116:786–790.
 28. Chabloz C, et al. Performance of correct procedure at correct body site: Correct site surgery. *Guide to Surgical Site Marking High 5s.* 2012 Oct:1–24.
 29. World Health Organization. *Surgical Safety Checklist 2008.* Accessed Nov 14, 2016. http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Checklist_finalJun08.pdf?ua=1.

- 
- 
30. Centers for Disease Control and Prevention. Hand Hygiene in Healthcare Settings. 2016. Accessed Nov 14, 2016. <https://www.cdc.gov/handhygiene/>.
 31. World Health Organization. Clean Care Is Safer Care. The Evidence for Clean Hands. (Updated: Apr 28, 2016.) Accessed Nov 14, 2016. http://www.who.int/gpsc/country_work/en/.
 32. Agency for Healthcare Research and Quality. Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2013. Accessed Nov 14, 2016. <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/fallpxtoolkit/index.html>.
 33. Boushon B, et al. How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2014. Accessed November 25, 2016. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/TCABHowToGuideReducingPatientInjuriesfromFalls.aspx>
 34. Mlake-Lye IM, et al. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: A systematic review. *Ann Intern Med*. 2013 Mar 5;158(5 Pt 2):390–396.
 35. Heafner L, et al. Development of a tool to assess risk for falls in women in hospital obstetric units. *Nurs Womens Health*. 2013 Apr–May;17(2):98–107.
 36. Lee J, Geller AI, Strasser DC. Analytical review: Focus on fall screening assessments. *PM R*. 2013 Jul;5(7):609–621.
 37. Fielding SJ, McKay M, Hyrkas K. Testing the reliability of the Fall Risk Screening Tool in an elderly ambulatory population. *J Nurs Manag*. 2013 Nov;21(8):1008–1015.
 38. Wu TY, et al. Risk factors for single and recurrent falls: A prospective study of falls in community dwelling seniors without cognitive impairment. *Prev Med*. 2013 Nov;57(5):511–517.