Manifiesto bajo juramento, que en este informe que se entiende prestado por mi firma del dictamen, que mi opinión es independiente y corresponde a mi real convicción profesional como profesional de calidad y auditora en servicios de salud.

Declaro además que los métodos utilizados son los mismos que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión como profesional de calidad y auditora en servicios de salud, que no he utilizado ningún método instrumento o investigación diferente a lo utilizado de manera regular en el desarrollo de mi profesión.

He utilizado como referencia base, la normatividad vigente, decreto 1011 de 2006, decreto 780 de 2016, resolución 1995 de 1999, resolución 2003 de 2014, guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente, y mi experticia en el análisis y auditoria de historias clínicas, en el análisis de eventos adversos y análisis y auditoria de los procesos de atención en salud, así como la experiencia como verificadora en condiciones de habilitación.

INFORME AUDITORIA HISTORIA CLÍNICA

NANCY NUBIA IMBACHI DE GOMEZ

C.C 34.525.297

El decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece las características con las que se debe prestar servicios de salud por parte de las empresas administradoras de planes de beneficios y las instituciones prestadoras de servicios de salud garantizando así la calidad en la prestación del servicio a los usuarios del mismo.

- **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

- **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Así mismo la resolución 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica, establece las siguientes características básicas de la misma:

- **Integralidad**: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
- **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención.
- **Racionalidad Científica:** Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación d las acciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.
- **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la ley.
- **Oportunidad:** es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Esta resolución establece también ciertas características de diligenciamiento, contenido básico de las historias clínicas, sus anexos y archivo de los mismos.

La política nacional de seguridad del paciente define como eje fundamental de la misma el enfoque de atención centrada en el usuario que significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, así como la importancia de una alianza con el paciente y su familia en la cual se establece la necesidad de contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en la prestación del servicio de manera activa y en las acciones de mejora que se deben trabajar para garantizar una atención segura para los usuarios.

Teniendo en cuenta lo anteriormente relacionado se realiza una auditoria a la historia clínica de la Sra Nancy Nubia Imbachi y al proceso de atención reflejado en la misma y se presenta el informe encontrando los siguientes hallazgos:

HALLAZGOS

1. El día 17/11/2017 la paciente ingresa al servicio de urgencias de la clínica Santa Gracia a las 16:05 con dolor abdominal lado derecho, náuseas, mareo y en el triage se refiere al examen físico dolor a la palpación en fosa iliaca derecha. La paciente es vista por médico general a las 16.38 quien solicita exámenes de laboratorio e interconsulta por especialista.
   17/11/2017 19:08 la paciente es vista por cirugía general Dr Jose Miguel Valderrama C.C 77.094.816 quien ordena nuevos exámenes de laboratorio y ecografía abdominal deja en observación.

   No se evidencia toma de la ecografía abdominal ni resultados. Después de 12 horas de ordenada en una institución que por su nivel de complejidad y de atención debe ser de fácil acceso. Ya que se convierte en un proceso diagnóstico rápido e importante. Evidenciando falta de oportunidad y pertinencia en la prestación del servicio.

   El día 18/11/2017 a las 09:53 la paciente es trasladada de urgencia al quirófano por abdomen agudo quirúrgico.
   En cirugía se evidencia apéndice cecal retrocecal emplastronada y abundante liquido libre en cavidad.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito se evidencia falta de oportunidad en la atención lo que llevo a que la apendicitis que inicialmente se presentaba terminará en un proceso infeccioso mayor y que representa mayor riesgo en el proceso de recuperación de la paciente. (No es claro porque esperaron tanto tiempo, 17 horas posteriores al ingreso de la paciente al servicio de urgencias, cuando los resultados iniciales de laboratorio y signos clínicos, mostraban signos claros de la presencia de una apendicitis). La paciente llega tiempo para que el tratamiento quirúrgico se realizará sin ningún tipo de complicación.

Al hacer revisión de RETHUS del profesional de cirugía general que responde a la consulta se encuentra:

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	77094816	JOSE	MIGUEL	VALDERRAMA	VILLAZON	Ver

Información Detallada [CC: 77094816] JOSE MIGUEL VALDERRAMA VILLAZON

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	Instrumentación quirúrgica	2012/3/23	DTS SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CESAR
UNV	Local	Medicina	2012/3/23	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

La resolución 2003 de 2014 establece en el estándar de talento humano que la institución Cuenta con médico especialista de acuerdo con la oferta de salud y a los programas o títulos autorizados por el Ministerio de Educación. Se recomienda verificación de títulos del profesional.

2. El día 19/11/2017 el médico cirujano a las 09:50 da orden de salida mencionado buena evolución de POP y adecuada adherencia al tratamiento, sin embargo, llama la atención que en notas de enfermería de 12:05 previa la salida se describen episodios de hemésis que se informan al médico de turno, sin respuesta ni nueva valoración.

Lo anteriormente descrito evidencia nuevamente falta de oportunidad y seguridad en la atención ya que la hemesis es un signo de alarma del POP y a pesar de esto se continua con el plan inicial de salida.

3. 22/11/2017 paciente reingresa al servicio de urgencia por dolor abdominal difuso, náuseas, en evolución realizada por médico general a las 03:24 se observa eritema en el hemiabdomen inferior, se solicitan exámenes de laboratorio, rx de torax y rx de abdomen, se deja paciente en observación.

   A pesar de que los signos de ingreso evidencian una infección de sitio operatorio (infección asociada al proceso de atención) solo 9 horas después a las 12:29 del 22/11/2017 la paciente es vista por cirugía general, quien da orden de hospitalización. Evidenciando nuevamente deficiencia en la oportunidad del servicio.
   La infección de sitio operatorio (infección asociada al proceso de atención) está catalogada como un evento adverso de obligatorio reporte y análisis sería importante verificar si la Institución realizó este proceso internamente para determinar si cuenta con una cultura de seguridad del paciente, la cual no se evidencia en la historia clínica.

4. Aunque en las evoluciones médicas y de enfermería se menciona paciente en buenas condiciones generales y evolucionando de acuerdo al tratamiento, es de anotar que se encuentra evidencia del llamado por parte de familia y paciente por intranquilidad debida a dolor en aumento y signos que no evidencian mejora clínica sino deterioro.

   La paciente ingresa con signos de dolor abdominal difuso, frecuencia cardiaca 88 y frecuencia respiratoria 18 sin soporte de oxígeno sin embargo en evolución médica del día 23/11/2017 se evidencia aumento del dolor de la paciente, frecuencia cardiaca de 100 y frecuencia respiratoria de 20 lo que evidencia signos de desmejoramiento del cuadro clínico. Razón por la cual la familia decide trasladar a la paciente a otro sitio para su atención, teniendo en cuenta que no hay respuesta a sus inquietudes y que la condición de la paciente en vez de mejorar se está deteriorando.

Razón por la cual no es lógico que la Institución señale que al firmar la salida voluntaria se libera a la Institución de toda responsabilidad respecto a los riesgos y complicaciones que se puedan presentar tal y como se puede evidenciar en la evolución del médico general el día 23/11/2017 a las 20:44. Ya que la decisión de la familia es tomada por el deterioro que la paciente presenta y porque se puede evidenciar la falta de seguridad en la atención de la paciente. La familia toma la decisión pensando en el bienestar, la salud y la vida de la paciente que al momento se encuentran en riesgo.

5. 23/11/2017 20:44 La nota de salida de la paciente evidencia paciente en aceptables condiciones generales con SV frecuencia cardiaca 96 por minuto, frecuencia respiratoria 24 por minuto, saturación parcial de oxigeno 93%, sin embargo la nota de traslado de la ambulancia del 23/11/2017 20:50 evidencia: paciente en malas condiciones generales con frecuencia cardiaca 126 por minuto, frecuencia respiratoria 28 por minuto, saturación parcial de oxigeno 80% con soporte de oxígeno, paciente taquipneica, taquicardica, con signos de SIRS.

No es coherente la nota de salida de la paciente con la nota de traslado de la ambulancia que lleva la paciente al hospital San José, por lo cual no se puede establecer la objetividad de estas evoluciones con respecto al estado general de la paciente y a lo que argumenta la Institución de que el tratamiento instaurado era el tratamiento correcto.
Esta es una muestra más de que la familia toma la decisión de solicitar salida voluntaria con razones válidas para garantizar la seguridad y la atención oportuna de su paciente.

6. 24/11/2017 12:25 a.m En nota de evolución de valoración por cirugía general en el Hospital Universitario San José se evidencia paciente en regulares condiciones generales taquipneica, taquicardica con soporte de oxigeno por cánula nasal, posterior a la valoración médica se instaura nuevo tratamiento medicamentoso y se programa paciente para limpieza quirúrgica.
   Paciente continúa tratamiento en Hospital Universitario San José durante 15 días.

Una vez más se evidencia incoherencia en las notas de evolución de la institución Clínica Santa Gracia con respecto a la condición clínica de la paciente evidenciada al ingreso de la institución Hospital Universitario San José.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos antes mencionados evidencian falta de oportunidad en la atención, fallas en los procesos de seguridad del paciente, nos encontramos ante un evento adverso claro (infección asociada al proceso de atención) e inconsistencias en la evolución de la historia clínica.

Determinando así el incumplimiento de las características que el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad determina como obligatorias para las Empresas administradoras de planes de beneficios y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud lo que hace que la paciente este ante un riesgo durante la prestación del servicio poniendo en peligro su salud e incluso su vida. La paciente y su familia hacen entonces uso de sus derechos constitucionales y de la prestación del servicio al trasladar a la paciente a otra institución para una segunda opinión y un tratamiento diferente al que estaba recibiendo y que de acuerdo a lo evidenciado en la historia clínica estaba llevando a la paciente a un deterioro de su salud y bienestar.

Auditoría realizada por:

JENNY PAOLA BECERRA GRACIANO
Auditora
Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud
C.C 52.331.222
Dirección contacto: Cra 91 No 19 a 29 Bloque 5 Apt 406 Bogotá
Teléfono Contacto: 3105817147

PERFIL PROFESIONAL AUDITORA

Fisioterapeuta, Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud, Especialista en Docencia Universitaria y candidata a Maestría en Educación, verificadora en Condiciones de habilitación, con formación y experiencia en el área administrativa y de calidad, asesora, consultora, auditora y ponente en temas de habilitación, acreditación y seguridad del paciente en Instituciones prestadoras de salud. Experiencia en coordinación, diseño, evaluación e implementación de proyectos en salud y calidad.

Con formación en Docencia Universitaria y experiencia en la parte administrativa, creación y coordinación de programas académicos, de postgrado y extensión, manejo de personal docente, docente de cátedra en temas del sistema obligatorio de garantía de la calidad y seguridad del paciente, en programas de postgrado y educación continuada, coordinadora nacional del diplomado de verificadores en condiciones de habilitación, asesora de trabajos de grado de Especialización.

Autora y coautora de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente, paquetes Instruccionales de Seguridad del Paciente de la Guía Técnica de Seguridad del Paciente. En convenio con el Ministerio de Protección Social

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52331222

BECERRA GRACIANO

APELLIDOS

JENNY PAOLA

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 03-OCT-1973

SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | O- G.S. RH | F SEXO

15-JUL-1993 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

A-1500100-42081637-F-0052331222-20000804 08905 00199A 01 089244455

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

Fecha de Expedición 30-09-2003

BECERRA GRACIANO

JENNY PAOLA

CC 52331222

FISIOTERAPEUTA

Secretaría SALUD

ALCALDIA MAYOR BOGOTA D.C.

Escaneado con CamScanner

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

EL RECTOR Y CLAUSTRO DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO A TODOS LOS QUE VIEREN ESTAS LETRAS, SALUD EN EL SEÑOR

POR EL TENOR DE LAS PRESENTES OS HACEMOS SABER QUE Jenny Paola Becerra Graciano IDENTIFICADA CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 52'331.222 DE Santafé de Bogotá , UNA DE NUESTRAS alumnas DESPUÉS DE GRADUARSE DE BACHILLER, HA OÍDO CON LAUDABLE PUNTUALIDAD Y APLICACIÓN LAS LECCIONES DE NUESTRA FACULTAD DE Rehabilitación y Desarrollo Humano EN TODA LA EXTENSIÓN QUE PIDEN NUESTRAS TRADICIONES Y REGLAMENTOS, HABIENDO DADO MUESTRAS PLENAMENTE SATISFACTORIAS DE SU APROVECHAMIENTO EN TODOS LOS ESTUDIOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS, POR LO CUAL, EN VIRTUD DE NUESTRAS VENERANDAS CONSTITUCIONES, LAS LEYES 89 DE 1892, 39 DE 1903, 30 DE 1992 Y EL ARTÍCULO 69 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA, CONFERIMOS EN NOMBRE Y POR AUTORIDAD DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO, A LA PRECITADA alumna EL CARÁCTER Y TÍTULO DE Fisioterapeuta CON TODOS LOS DERECHOS, HONORES Y PREEMINENCIAS PROPIOS DE LOS MAESTROS DE ESTE NUESTRO CLAUSTRO. Y PARA QUE CONSTE, LE EXPEDIMOS LAS PRESENTES LETRAS, FIRMADAS POR EL RECTOR, EL VICERRECTOR, EL DECANO, SELLADAS CON EL SELLO MAYOR DEL COLEGIO Y REGISTRADAS EN EL Nº 11020 , LIBRO 14 , FOLIO 11 Y REFRENDADAS POR EL SECRETARIO EN EL AULA MÁXIMA DE ESTE COLEGIO MAYOR, EN LA CIUDAD DE SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C., A LOS seis DÍAS DEL MES DE mayo DEL AÑO DEL SEÑOR DE dos mil tres (2003)

EL RECTOR

EL VICERRECTOR

Javier Suárez Casallas
EL DECANO DE LA FACULTAD

EL SECRETARIO GENERAL

REAL CÉDULA DEL 31 DE DICIEMBRE DE 1651 · RESOLUCIÓN Nº 58 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 1895

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

JENNY PAOLA BECERRA GRACIANO

con cédula de ciudadanía No. 52.331.222 de Santafé de Bogotá D.C
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD

En testimonio de ello le expide el presente diploma
y se firma en Bogotá el día 31 de Octubre de 2014

Juan Carlos Pérez Soto
Director(a) Sede

Rector

Gloria Patricia Rave J
Secretario(a) General

Folio No. 188 Libro de Registros No. 15 Registro No. 17849 Refrendado en Bogotá el día 25 de Septiembre de 2014

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 10

PROGRAMA: ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD
CÓDIGO SNIES: 7283
FECHA: 31 DE OCTUBRE DE 2014.
LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE BOGOTÁ

En atención a que JENNY PAOLA BECERRA GRACIANO
con cédula de ciudadanía No 52.331.222 de Santafé De Bogotá D.C
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide
el título de ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede BOGOTÁ
mediante Acta No. 10 en sesión del día 10 de Septiembre de 2014.

Para constancia se autorizó este título por parte del Rector, Director Académico de la Sede, Decano de la facultad y la Secretaria General de la Universidad, así:

Rector: CÉSAR AUGUSTO PÉREZ GONZÁLEZ

Director(a) de Sede: JUAN CARLOS PÉREZ SOTO

Decano(a) Facultad LUIS EDUARDO MALAVER

Secretaria General GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de BOGOTÁ el día 31 DE OCTUBRE DE 2014.

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretaria General

THOMAS GREG & SONS.

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 por el Ministerio de Educación Nacional

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Certifica que:

Jenny Paola Becerra Graciano

CC. 52.331.222 de Santafé de Bogotá, D.C.

Cumplió con las actividades académicas programadas con una intensidad de 150 horas y reunió los demás requisitos exigidos por las normas universitarias, por lo cual le expide el presente certificado que lo acredita como

Verificador de las Condiciones de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud

En cumplimiento del Acuerdo 20 de 2007 del Consejo Nacional para el Desarrollo de Recurso Humano en Salud, donde se avala oficialmente a la Universidad para ofertar el presente diplomado, acorde a la resolución 077 de 2007 en cuanto a capacitación y entrenamiento de los profesionales encargados de la verificación.

Bogotá D.C., Agosto de 2007

Coordinador DIPLOMADO

Director

Director

Universidad Cooperativa de Colombia

NIT: 860029924-7

Certifica Que:

El señor (a) JENNY PAOLA BECERRA GRACIANO , identificado (a) con la cédula de ciudadanía No 52331222; laboró en esta Institución mediante contrato de trabajo a TERMINO FIJO INFERIOR A UN AÑO, desde el 08/04/2021 hasta el 15/05/2021.

Su último cargo desempeñado fue PROFESOR CÁTEDRA POSG ESPECIAL

Para constancia, se firma en Popayan, 15 de Mayo de 2021.

Se expide en cumplimiento de la normatividad laboral vigente y hace parte del paquete de documentos de retiro del trabajador.

LINA MARCELA ZAPATA GIL
Directora Sede Popayan
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Villavicencio Febrero 10 2017

CERTIFICACION

A quien interese certifico que la Dra. **YENNY PAOLA BECERRA GRACIANO** con c.c. N°52.331.222 de Bogotá participo como docente en una capacitación y asesoría en un Diplomado realizado a profesionales de la Salud de Inversiones Clínica del Meta S.A en Seguridad del paciente realizado en el periodo comprendido entre Mayo y julio del 2015

Atentamente

LOURDES AVENDAÑO DE PARRADO
Jede Departamento de Gestión de Calidad

c.c. archivo

OUTSORCING DE PROYECTOS, GESTIÓN Y RESULTADOS PROGER LTDA.
Nit. 830.113.733-7

CERTIFICA

Que la Doctora **JENNY PAOLA BECERRA GRACIANO** identificada con cédula de ciudadanía No. 52.331.222 de Bogotá, labora en esta Empresa por Prestación de Servicios, como Coordinadora de Proyectos de promoción y prevención en el ámbito comunitario en temas de Educación Sexual y Reproductiva, Violencia y adicciones en jóvenes y adolescentes, trabajo con madres Gestantes y nutrición en niños y niñas de 2 a 12 años, desde el 15 de enero de 2007 a la fecha.

Asesora y consultora en temas de calidad, habilitación y seguridad del paciente bajo los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud.

Con las siguientes obligaciones:

- Elaboración de proyectos de promoción y prevención para la presentación de los mismos a los diferentes actores.
- Selección de personal y manejo del mismo dentro de las obligaciones del proyecto.
- Coordinación en la ejecución del proyecto.
- Elaboración y seguimiento de los cronogramas de ejecución de los proyectos.
- Elaboración de documentos e informes parciales y final de los diferentes proyectos.
- Elaboración de proyectos de asesoría y consultoría en temas de calidad, habilitación y seguridad del paciente.

- Asesoría y consultoría en temas de calidad, habilitación y seguridad del paciente bajo los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud en diferentes IPS.

Esta certificación se realiza por solicitud directa de la interesada a los 08 días del mes de febrero de 2017.

Cordialmente,

CAROLINA PACHECO VASQUEZ
Coordinadora Recursos Humanos

OUTORCING DE PROYECTOS, GESTIÓN Y RESULTADOS PROGER LTDA.

CERTIFICA

Que la Doctora **JENNY PAOLA BECERRA GRACIANO** identificada con cédula de ciudadanía No. 52.331.222 de Bogotá, participó en la elaboración de los Paquetes Instruccionales para la Seguridad del Paciente como resultado del Contrato de Consultoría No. 0357 de 2009, suscrito entre el Ministerio de la Protección Social y Proger Ltda.

Este contrato se llevó a cabo entre el 1 de octubre al 31 de diciembre de 2009.

Cordialmente,

CAROLINA PACHECO VASQUEZ
Coordinadora Recursos Humanos

CARRERA 63 No 22 – 45 Torre 1 Of. 702

Teléfono: 4731048/3102308640

EL SUSCRITO COORDINADOR DE RECURSOS HUMANOS DE OUTSORCING DE PROYECTOS, GESTIÓN RESULTADOS PROGER LTDA.

CERTIFICA

Que la Doctora **JENNY PAOLA BECERRA GRACIANO** identificada con cédula de ciudadanía No. 52.331.222 de Bogotá, capacitó al personal de la Gobernación del Tolima en temas relacionados con Seguridad del Paciente como componente fundamental en la Acreditación, con un total de 120 horas. En desarrollo del contrato 0257 celebrado entre la Gobernación del Tolima y la firma PROGER LTDA.

Este contrato se llevó a cabo entre el 1 de abril al 1 de julio de 2009.

Cordialmente,

CAROLINA PACHECO VASQUEZ
Coordinadora Recursos Humanos

SERVIMED I.P.S. -S.A. "SU ALIADO ESTRATÉGICO EN SALUD."

EL SUSCRITO DEPARTAMENTO DE GESTION HUMANA DE SERVIMED IPS S.A
NIT 830.002.272-7

CERTIFICA

Que el(a) señor(a) **JENNY PAOLA BECERRA GRACIANO** identificado(a) con cédula de ciudadanía Nº 52.331.222, laboró en esta institución desde el primero (01) de Diciembre de dos mil diecisiete (2017) hasta el treinta (30) de Julio de dos mil diecinueve (2019) desempeñando el cargo de **ASESORA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

La presente se expide a solicitud del interesado el veinticuatro (24) días del mes de Agosto de dos mil diecinueve (2019).

Cordialmente,

MARY LUZ GUALTEROS FONTECHA
GESTION HUMANA
SER-SUBGER – 2503

Se expide por una vez, por favor para trámites sacar fotocopia

Elaboró

Revisó

CERTIFICA

La **Universidad Cooperativa de Colombia** certifica que el Trabajador(a) **JENNY PAOLA BECERRA GRACIANO**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **52,331,222**, registra la siguiente información en la intranet, relacionada con su(s) contratos(s).

Lugar de trabajo: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA BOGOTA

Nro. Contrato	Estado	Sede	Dependencia	
142576	Terminado	BOGOTA	FACULTAD CIENCIAS ECONOMICASADMINISTRATIVAS Y AFINES	
Fecha Inicio	Fecha Terminación	Cargo/Oficio	Salario Mensual	Bonificación
2012-01-16	2012-12-15	COORDINADOR (A)	$1,248,000	$0
Nro. Contrato	Estado	Sede	Dependencia	
148583	Terminado	IBAGUE	ESCUELA DE POSTGRADOS	
Fecha Inicio	Fecha Terminación	Cargo/Oficio	Salario Mensual	Bonificación
2012-03-01	2012-04-30	COORDINADOR (A)	$2,800,000	$0
Nro. Contrato	Estado	Sede	Dependencia	
148984	Terminado	BOGOTA	GERENCIA CALIDAD Y AUDITORIA D	
Fecha Inicio	Fecha Terminación	Cargo/Oficio	Salario Total Módulo	Bonificación
2012-04-13	2012-04-20	PROFESOR CATEDRATICO	$860,601	$0
Nro. Contrato	Estado	Sede	Dependencia	
150343	Terminado	BOGOTA	GERENCIA CALIDAD Y AUDITORIA D	
Fecha Inicio	Fecha Terminación	Cargo/Oficio	Salario Total Módulo	Bonificación
2012-07-25	2012-07-30	PROFESOR CATEDRATICO	$860,601	$0
Nro. Contrato	Estado	Sede	Dependencia	
162819	Terminado	BOGOTA	PROG. DE ECONOMÍA	
Fecha Inicio	Fecha Terminación	Cargo/Oficio	Salario Mensual	Bonificación
2013-03-01	2013-12-14	COORDINADOR (A)	$2,519,418	$0

Nota: El presente certificado se expide a través del sitio Web www.ucc.edu.co el día 24 de Enero de 2017 . Extraido automáticamente del proceso de actualización de información y verificación del sistema de NÓMINA Y CONTRATACIÓN; por lo cual la anterior información puede ser variable y tiene una actualización menor a (48) horas; por lo anterior, en caso de ser necesario, si lo considera, puede confirmar dicha certificacion a través del teléfono (4) 2282299 ext. 100 en Medellín.

Atentamente,

ÁNGELA MARÍA HENAO HERNÁNDEZ
Directora Nacional de Gestión Humana

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

Resolución 4974 del 29 de Diciembre de 2004 Min. Educación
NIT: 860.517.647-5

LA DIRECTORA DE GESTION HUMANA
DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN
BOGOTÁ

CERTIFICA:

Que **JENNY PAOLA BECERRA GRACIANO,** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 52.331.222 en calidad de **CONTRATISTA** ha celebrado con la **UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN – UMB** en calidad de **CONTRATANTE,** los siguientes contratos por prestación de servicios:

- Un contrato de prestación de servicios en **SEMINARIO EN CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL PACIENTE** en el periodo comprendido entre el 08 de abril y el 06 de mayo de 2017 con un total de cuarenta (40) horas, cuyo valor a título de honorarios fue de Tres millones trescientos ochenta y cuatro mil pesos m/cte. ($3.384.000).

- Un contrato de prestación de servicios en **SEMINARIO EN CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL PACIENTE** en el periodo comprendido entre el 12 de mayo y el 13 de mayo de 2017 con un total de ocho (08) horas, cuyo valor a título de honorarios fue de Seiscientos setenta y seis mil ochocientos pesos m/cte. ($676.800).

- Un contrato de prestación de servicios en **SEMINARIO CALIDAD EN AUDITORIA** en el periodo comprendido entre el 04 de julio y el 27 de julio de 2017 con un total de ocho (08) horas, cuyo valor a título de honorarios fue de Dos millones trescientos sesenta y ocho mil pesos m/cte. ($2.368.000).

- Un contrato de prestación de servicios en **SEMINARIO CALIDAD EN AUDITORIA** en el periodo comprendido entre el 01 de agosto y el 09 de agosto de 2017 con un total de veinte (20) horas, cuyo valor a título de honorarios fue de Un millón seiscientos noventa y dos mil pesos m/cte. ($1.692.000).

- Un contrato de prestación de servicios en **SEMINARIO CALIDAD EN AUDITORIA** en el periodo comprendido entre el 25 de noviembre y el 09 de diciembre de 2017 con un total de veinte (20) horas, cuyo valor a título de honorarios fue de Un millón seiscientos noventa y dos mil pesos m/cte. ($1.692.000), el cual se encuentra ejecutando actualmente.

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá a los veintiocho (28) días del mes de noviembre de 2017.

ALEXANDRA CALA MORENO
Directora de Gestión Humana

Elaboró
Andry potes. AP
Revisó
Esneyder Jimenez. J

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

DECRETO NUMERO 1011 DE 2006

3 ABR 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las contenidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política; artículos 173, 180, 185, 186, 227 y 232 de la Ley 100 de 1993 y 42 y 56 de la Ley 715 de 2001.

DECRETA:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1º.- CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS- de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales.

PARÁGRAFO 1°.- Salvo los servicios definidos por el Ministerio de la Protección Social y para los cuales se establezcan estándares, no se aplicarán las normas del SOGCS a los Bancos de Sangre, a los Grupos de Práctica Profesional que no cuenten con infraestructura física para la prestación de servicios de salud, a los procesos de los laboratorios de genética forense, a los Bancos de Semen de las Unidades de Biomedicina Reproductiva y a todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA-, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan.

ARTÍCULO 2º.- DEFINICIONES. Para efectos de la aplicación del presente decreto se establecen las siguientes definiciones:

ATENCIÓN DE SALUD. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS. -EAPB- Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Para los efectos del presente Decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

PROFESIONAL INDEPENDIENTE. Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -SOGCS-. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que éste defina.

TITULO II

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -SOGCS-

ARTÍCULO 3º.- CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

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

4. **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

ARTÍCULO 4º.- COMPONENTES DEL SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema Único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

PARÁGRAFO 1º.- El Ministerio de la Protección Social ajustará periódicamente y de manera progresiva, los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS, de conformidad con el desarrollo del país, con los avances del sector y con los resultados de las evaluaciones adelantadas por las Entidades Departamentales, Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

PARÁGRAFO 2º.- Las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, están obligadas a generar y suministrar los datos requeridos para

el funcionamiento de este Sistema, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social.

ARTÍCULO 5º.- ENTIDADES RESPONSABLES DEL FUNCIONAMIENTO DEL SOGCS. Las siguientes, son las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS:

1. **Ministerio de la Protección Social.** Desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente decreto, velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, prestará asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente.

   También corresponde al Ministerio de la Protección Social velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad.

2. **Superintendencia Nacional de Salud.** Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.

3. **Entidades Departamentales y Distritales de Salud.** En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

4. **Entidades Municipales de Salud.** En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

PARÁGRAFO.- Lo previsto en el presente artículo se cumplirá sin perjuicio de que las entidades deban cumplir otras normas relacionadas con sistemas de calidad.

TITULO III

CAPÍTULO I

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

ARTÍCULO 6º.- SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

CAPITULO II

HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

ARTÍCULO 7°.- CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA. Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus correspondientes jurisdicciones, podrán someter a consideración del Ministerio de la Protección Social propuestas para la aplicación de condiciones de capacidad tecnológica y científica superiores a las que se establezcan para el ámbito nacional. En todo caso, la aplicación de estas exigencias deberá contar con la aprobación previa de este Ministerio.

PARÁGRAFO.- Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, sólo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.

ARTÍCULO 8º.- CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA. Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

PARÁGRAFO.- El Ministerio de la Protección Social establecerá los requisitos y los procedimientos para que las Entidades Departamentales y Distritales de Salud puedan valorar la suficiencia patrimonial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 9º.- CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA. Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.

2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

ARTÍCULO 10°.- REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de la Protección Social.

De conformidad con lo señalado por el artículo 56 de la Ley 715 de 2001, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud realizarán el proceso de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 11°.- FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Los Prestadores de Servicios de Salud presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las Entidades Departamentales y Distritales de Salud correspondientes para efectos de su inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las

condiciones de habilitación contempladas en el presente decreto. El Ministerio de la Protección Social establecerá las características del formulario.

ARTÍCULO 12°.- AUTOEVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. De manera previa a la presentación del formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del presente decreto, los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

El prestador que declare un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe, independientemente de que para su funcionamiento concurran diferentes organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento de los estándares.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud se encuentre en imposibilidad de cumplir con las condiciones para la habilitación, deberá abstenerse de ofrecer o prestar los servicios en los cuales se presente esta situación.

ARTÍCULO 13°.- INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Es el procedimiento mediante el cual el Prestador de Servicios de Salud, luego de efectuar la autoevaluación y habiendo constatado el cumplimiento de las condiciones para la habilitación, radica el formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del presente decreto y los soportes que para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social, ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, para efectos de su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

La Entidad Departamental o Distrital de Salud efectuará el trámite de inscripción de manera inmediata, previa revisión del diligenciamiento del formulario de inscripción. La revisión detallada de los soportes entregados será posterior al registro especial de prestadores de servicios de salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19 del presente decreto.

A partir de la radicación de la inscripción en la Entidad Departamental o Distrital de Salud, el Prestador de Servicios de Salud se considera habilitado para ofertar y prestar los servicios declarados.

PARÁGRAFO 1.- Cuando un Prestador de Servicios de Salud preste sus servicios a través de dos (2) o más sedes dentro de la misma jurisdicción Departamental o Distrital, deberá diligenciar un sólo formulario de inscripción.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud preste sus servicios a través de dos o más sedes dentro de dos (2) o más Departamentos o Distritos, deberá presentar el formulario de inscripción en cada una de las jurisdicciones Departamentales o Distritales de Salud en las cuales presta los servicios, declarando en cada una, una sede como principal.

PARÁGRAFO 2.- El Prestador de Servicios de Salud deberá declarar en el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los servicios que se prestan en forma permanente. La inobservancia de esta disposición se considera equivalente a la prestación de servicios no declarados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y dará lugar a la aplicación de las sanciones establecidas en los artículos 577 de la Ley 09 de 1979, 49 de la Ley 10 de 1990 y 5 del Decreto 1259 de 1994 y las normas que las modifiquen o sustituyan

Para el caso de los servicios prestados en forma esporádica, el Prestador de Servicios de Salud deberá informar de esta situación a la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, la cual realizará visitas en fecha y lugar acordados con el prestador, con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones establecidas para dichos servicios, ordenando su suspensión si los mismos no cumplen con los estándares establecidos, de conformidad con lo previsto en el artículo 576 del Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

ARTÍCULO 14°.- TÉRMINO DE VIGENCIA DE LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. La inscripción de cada Prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, tendrá un término de vigencia de cuatro (4) años, contados a partir de la fecha de su radicación ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

Los prestadores de servicios de salud una vez se cumpla la vigencia de su habilitación podrán renovarla, de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de Protección Social.

ARTÍCULO 15°.- OBLIGACIONES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD RESPECTO DE LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Los Prestadores de Servicios de Salud son responsables por la veracidad de la información contenida en el formulario de inscripción y estarán obligados a mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el término de su vigencia, a permitir el ingreso de la autoridad competente para llevar a cabo la respectiva verificación, a facilitar la verificación, a renovar la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud cuando éste pierda su vigencia o cuando haya cambios en lo declarado, conforme a lo dispuesto en el artículo 14 del presente decreto y a presentar las novedades correspondientes, en los casos previstos en el artículo siguiente.

ARTÍCULO 16°.- REPORTE DE NOVEDADES. Con el propósito de mantener actualizado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, el Ministerio de la Protección Social establecerá el "Formulario de Reporte de Novedades", a través del cual se efectuará la actualización de dicho registro por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud en su respectiva jurisdicción.

PARÁGRAFO.- Dentro de los primeros cinco (5) días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud remitirán al Ministerio de la Protección Social, la información correspondiente a las novedades presentadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud durante cada trimestre. La información remitida debe incluir las sanciones impuestas de conformidad con las normas legales vigentes, así como los procesos de investigación en curso y las medidas de seguridad impuestas y levantadas.

Es responsabilidad de las Entidades Departamentales de Salud remitir trimestralmente a los municipios de su jurisdicción, la información relacionada con el estado de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud, de sus correspondientes áreas de influencia.

Las Direcciones Municipales de Salud deben realizar de manera permanente una búsqueda activa de los Prestadores de Servicios de Salud que operan en sus respectivas jurisdicciones, con el propósito de informar a las Entidades Departamentales y ellas verificarán que la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud responda a la realidad de su inscripción, garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación.

ARTÍCULO 17°.- ADMINISTRACIÓN DEL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. De conformidad con las disposiciones consagradas en el

presente decreto y de acuerdo con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus respectivas jurisdicciones, serán responsables de la administración de la base de datos que contenga el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 18°.- CONSOLIDACIÓN DEL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Corresponde al Ministerio de la Protección Social conformar y mantener actualizada para el ámbito nacional, la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, consolidada a partir de los reportes que envíen las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de conformidad con lo establecido en el presente Decreto.

ARTÍCULO 19°.- VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Servicios de Salud en lo relativo a las condiciones de capacidad técnico administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, las cuales se evaluarán mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, de conformidad con los artículos 8º y 9º del presente decreto.

En relación con las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social, se realizará conforme al plan de visitas que para el efecto establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21 del presente decreto.

ARTÍCULO 20°.- EQUIPOS DE VERIFICACIÓN. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben contar con un equipo humano de carácter interdisciplinario, responsable de la administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, así como de las demás actividades relacionadas con este proceso, de conformidad con los lineamientos, perfiles y experiencia contenidos en el Manual o instrumento de Procedimientos para Habilitación definido por el Ministerio de la Protección Social.

Todos los verificadores deberán recibir previamente la capacitación y el entrenamiento técnico necesarios por parte del Ministerio de la Protección Social o de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud en convenio con alguna entidad educativa la cual será la responsable de garantizar la calidad de dicho entrenamiento.

ARTÍCULO 21°.- PLAN DE VISITAS. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben elaborar y ejecutar un plan de visitas para verificar que todos los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción, cumplan con las condiciones tecnológicas y científicas, técnico administrativas y suficiencia patrimonial y financiera de habilitación, que les son exigibles. De tales visitas, se levantarán las actas respectivas y los demás soportes documentales adoptados para este proceso.

PARÁGRAFO.- Las visitas de verificación podrán ser realizadas mediante contratación externa, acompañadas por un funcionario capacitado de la Entidad Departamental o Distrital de Salud, previo cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 20 del presente Decreto y las metas periódicas de visitas que determine el Ministerio de la Protección Social.

Las Entidades Territoriales deberán realizar al menos una visita de verificación de cumplimiento de los requisitos de habilitación a cada prestador, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación.

ARTÍCULO 22°.- PLANES DE CUMPLIMIENTO. Los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir con los estándares de habilitación y no se aceptara la suscripción de planes de cumplimiento para dichos efectos.

ARTÍCULO 23°.- CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud, enviará en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la "Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación", en la que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud que existe verificación de conformidad de las condiciones.

PARÁGRAFO: Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud no podrán negar la certificación por el incumplimiento de normas distintas a las que se exigen para la habilitación.

ARTÍCULO 24°.- REVOCATORIA DE LA HABILITACIÓN. La Entidad Departamental o Distrital de Salud podrá revocar la habilitación obtenida, mediante la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, cuando se incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento, respetando el debido proceso.

ARTÍCULO 25°.- INFORMACIÓN A LOS USUARIOS. Los prestadores de servicios de salud fijarán en lugares visibles al público, el distintivo que defina el Ministerio de la Protección Social, mediante el cual se identifique que los servicios que ofrece se encuentren habilitados. Igualmente mantendrán en lugar visible al público el certificado de habilitación una vez haya sido expedido.

ARTÍCULO 26°.- RESPONSABILIDADES PARA CONTRATAR. Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador este inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Para tal efecto la Entidad Departamental y Distrital establecerá los mecanismos para suministrar esta información.

Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el Contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes. En el evento en que no se pueda mantener la habilitación la Entidad Departamental o Distrital de Salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.

CAPITULO III

HABILITACIÓN DE LAS EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS -EAPB-

ARTÍCULO 27°.- CONDICIONES BÁSICAS PARA LA HABILITACIÓN DE LAS EAPB. Las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa de obligatorio cumplimiento para la entrada y permanencia de las EAPB, serán los estándares que para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social.

ARTÍCULO 28°.- HABILITACIÓN DE LAS EAPB. Para aquellas entidades que a la entrada en vigencia este Decreto no cuenten con la reglamentación específica en materia de habilitación, se dará aplicación al procedimiento de autorización de funcionamiento establecido en las disposiciones vigentes sobre la materia, el cual se asimila al procedimiento de habilitación para dichas entidades.

ARTÍCULO 29°.- ENTIDAD COMPETENTE. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las EAPB.

PARÁGRAFO.- El Ministerio de la Protección Social establecerá el procedimiento que la Superintendencia Nacional de Salud deberá aplicar para la verificación, registro y control permanente de las condiciones de habilitación de las EAPB, tanto para aquellas que actualmente se encuentran en operación, como para las nuevas entidades.

La Superintendencia Nacional de Salud informará al Ministerio de la Protección Social el resultado de las visitas y deberá consolidar la información de habilitación de estas entidades.

Las EAPB que a la entrada en vigencia el presente Decreto no cuenten con reglamentación específica, deberán demostrar ante la entidad de control el cumplimiento de las condiciones de operación que se establezcan dentro de los seis (6) meses siguientes a su definición.

ARTÍCULO 30°.- VIGENCIA DE LA HABILITACIÓN DE LAS EAPB. La habilitación se otorgará a las EAPB por un término indefinido.

Las EAPB deberán mantener y actualizar permanentemente los requisitos exigidos por el Gobierno Nacional.

La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de vigilancia, inspección y control verificará el mantenimiento de las condiciones de habilitación por parte de estas entidades.

ARTÍCULO 31°.- REVOCATORIA DE LA HABILITACIÓN DE LAS EAPB. La Superintendencia Nacional de Salud podrá revocar la habilitación a una EAPB cuando incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento. El incumplimiento de las condiciones de habilitación por parte de las EAPB dará lugar a la imposición de las sanciones previstas en la ley, previo agotamiento del debido proceso.

TÍTULO IV

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD

ARTÍCULO 32°.- AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

Los procesos de auditoria serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.

2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas

3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

PARÁGRAFO.- Para todos los efectos de este Decreto debe entenderse que la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoria Médica a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

ARTÍCULO 33°.- NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD. En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

1. **Autocontrol.** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

2. **Auditoria Interna.** Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

   Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoria interna.

3. **Auditoria Externa.** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoria de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

ARTÍCULO 34°.- TIPOS DE ACCIONES. El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. **Acciones Preventivas.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

2. **Acciones de Seguimiento.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

3. **Acciones Coyunturales.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

ARTÍCULO 35°.- ÉNFASIS DE LA AUDITORÍA SEGÚN TIPOS DE ENTIDAD. El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud será implantado

de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades y con énfasis en los aspectos que según el tipo de entidad se precisan a continuación:

1. **EAPB.** Estas entidades deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

2. **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.** Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

3. **Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.** Estas entidades deberán asesorar a las EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación de los programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

PARÁGRAFO.- Este modelo se aplicará con base en las pautas indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.

ARTÍCULO 36°.- PROCESOS DE AUDITORÍA EN LAS EAPB. Las EAPB establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. **Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud.** La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red, el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas en el artículo 3º de este decreto.

2. **Atención al Usuario.** La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

ARTÍCULO 37°.- PROCESOS DE AUDITORÍA EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. **Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud.** La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 3º del presente decreto.

2. **Atención al Usuario.** La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

ARTÍCULO 38°.- PROCESOS DE AUDITORÍA EXTERNA DE LAS EAPB SOBRE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Las EAPB incorporarán en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador y deben contemplar las características establecidas en el artículo 3° de este decreto.

ARTÍCULO 39°.- PROCESOS DE AUDITORÍA EN LAS ENTIDADES DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD. Las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud en su condición de compradores de servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de las Atención de Salud sobre los mismos procesos contemplados para las EAPB. Para los procesos de auditoría externa sobre los Prestadores de Servicios de Salud se les aplicarán las disposiciones contempladas para las EAPB.

De igual manera, les corresponde asesorar a las EAPB y a los Prestadores de Servicios de Salud, sobre los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

ARTÍCULO 40°.- RESPONSABILIDAD EN EL EJERCICIO DE LA AUDITORÍA. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

TÍTULO V

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

ARTÍCULO 41°.- SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

PARÁGRAFO.- Todo Prestador de Servicios y EAPB deberá contar con la Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación como condición para acceder a la acreditación.

ARTÍCULO 42°.- PRINCIPIOS DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN. El Sistema Único de Acreditación se orientará por los siguientes principios:

1. **Confidencialidad.** La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.

2. **Eficiencia.** Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

3. **Gradualidad.** El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

ARTÍCULO 43°.- ENTIDAD ACREDITADORA. El Sistema Único de Acreditación estará liderado por una única entidad acreditadora, seleccionada por el Ministerio de la Protección Social de conformidad con lo estipulado en las normas que rigen la contratación pública, quien será la responsable de conferir o negar la acreditación.

PARÁGRAFO.- El Sistema Único de Acreditación se aplicará con base en los lineamientos que expida el Ministerio de Protección Social.

ARTÍCULO 44°.- MANUAL DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN. La Entidad Acreditadora aplicará los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación que para el efecto proponga la Unidad Sectorial de Normalización y adopte el Ministerio de la Protección Social, los cuales deberán revisarse y ajustarse, en caso de ser necesario, por lo menos cada tres (3) años.

TITULO VI

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ARTÍCULO 45°.- SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD. El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de la Protección Social incluirá en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

ARTÍCULO 46°.- OBJETIVOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD. Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. **Monitorear.** Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.

2. **Orientar.** Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.

3. **Referenciar.** Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.

4. Estimular. Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

ARTÍCULO 47°.- PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.- Son principios del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. **Gradualidad.** La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.

2. **Sencillez.** La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.

3. **Focalización.** La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.

4. **Validez y confiabilidad.** La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.

5. **Participación.** En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6. **Eficiencia.** Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

ARTÍCULO 48°.- DATOS PARA EL SOGCS. Las EAPB, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, están obligados a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento del SOGCS, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social.

PARÁGRAFO.- El Ministerio de la Protección Social establecerá los indicadores de calidad del SOGCS que serán de obligatorio reporte por parte de las instituciones obligadas al cumplimiento del presente decreto.

TÍTULO VII
INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

ARTÍCULO 49°.- INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN. La inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Habilitación, será responsabilidad de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la cual se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el artículo 21 del presente decreto, correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones.

ARTÍCULO 50°.- AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y

control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de las EAPB y de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Para tales efectos, tanto la Superintendencia Nacional de Salud como las Entidades Departamentales y Distritales de Salud podrán realizar visitas de inspección y solicitar la documentación e informes que estimen pertinentes.

En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso.

ARTÍCULO 51°.- INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN. Para efectos de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Acreditación, la Superintendencia Nacional de Salud diseñará y aplicará los procedimientos de evaluación y supervisión técnica, necesarios para realizar el seguimiento del proceso de acreditación y velar por su transparencia.

ARTÍCULO 52°.- SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD. Las acciones de inspección, vigilancia y control del contenido, calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad, estará a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales y de la Superintendencia Nacional de Salud en lo de sus competencias.

TITULO VIII
MEDIDAS DE SEGURIDAD Y SANCIONES

ARTÍCULO 53°.- APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD. El incumplimiento de lo establecido en el presente decreto, podrá generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las normas legales, por parte de las Entidades Territoriales de Salud en el marco de sus competencias, con base en el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente decreto y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas.

ARTÍCULO 54°.- SANCIONES. Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades, corresponde a las Entidades Territoriales de Salud, adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar de acuerdo con lo previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

TÍTULO IX
DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 55°.- TRANSICIÓN. Todos los Prestadores de Servicios de Salud que al momento de entrar en vigencia el presente decreto estén prestando servicios de salud, tendrán el plazo que defina el Ministerio de la Protección Social para presentar el

Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante la autoridad competente, fecha a partir de la cual caducarán los registros anteriores. Si vencido el término señalado, no se ha efectuado la inscripción el prestador no podrá continuar la operación.

ARTÍCULO 56°.- ACTUALIZACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DEL SOGCS. El Ministerio de la Protección Social podrá ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS de acuerdo con los estudios y recomendaciones de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud.

ARTÍCULO 57°.- VIGENCIA Y DEROGATORIAS. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial los Decretos *11* de 1997 y el Decreto 2309 de 2002

PUBLIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Bogota, D. C. a los 3 ABR 2006

ALVARO URIBE VELEZ
PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección social

Versión : 001

SOGC
Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS
UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
Republica de Colombia

Descriptores:
Seguridad del Paciente - Patient Safety

GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD"

PROLOGO

La Unidad Sectorial de Normalización es el organismo técnico definido por el Decreto 1011 de 2006 como “una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud” en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia.

El Decreto 3257 de 2008, estableció la independencia del Subsistema Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Competitividad, y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGC), pero prevé que estos dos sistemas deben actuar de manera coordinada en donde hayan aspectos comunes. La Unidad Sectorial de Normalización en Salud (USN) es el organismo que tiene la función de articular técnicamente a los dos sistemas.

Esta Guía Técnica luego de su discusión y aprobación en el Comité de Buenas Prácticas de la Unidad Sectorial de Normalización (USN), en donde participaron 291 profesionales de 111 instituciones, provenientes de 44 ciudades del país, fue entregada al Consejo Técnico de la USN el día 13 de noviembre de 2009, y luego de surtir el proceso de consulta pública fue aprobada como la Guía Técnica en Salud 001 el día 4 de marzo de 2010.

El documento que sirvió de base para esta guía técnica fue cedido al Ministerio de la Protección Social por el Centro Médico Imbanaco y ha sido mejorado, adicionado y transformado a través del Comité de Buenas Prácticas de la Unidad Sectorial; con el soporte del equipo técnico de la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social y los aportes en de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente a través de su programa “Pacientes por la Seguridad del Paciente” en lo relacionado con al apartado de “involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad”.

Al igual que los procesos de seguridad del paciente en Colombia, este es un paso inicial que deberá ir evolucionando en el tiempo, incorporando la creciente experiencia de nuestras instituciones, la evolución del conocimiento científico en el tema e incluyendo nuevas prácticas y relaciones con otros sistemas que le son afines como la tecnovigilancia y farmacovigilancia entre otros.

A continuación se relacionan por orden alfabético las instituciones de donde provinieron los profesionales que colaboraron en el desarrollo de esta guía técnica a través de su participación en el Comité de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente de la USN:

1. A & R GESTIÓN
2. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLÍNICAS. ACHC
3. ACODIN
4. ANGIOGRAFÍA DE OCCIDENTE
5. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE BACTERIOLOGÍA
6. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FISIOTERAPIA
7. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA.
8. BANCO DE SANGRE CLÍNICA COLSANITAS
9. CAFAM
10. CALISALUD EPS
11. CAPRECOM EPS
12. CEDIT LTDA
13. CENDEX U. JAVERIANA
14. CENTRO FEDERICO LLERAS
15. CENTRO POLICLÍNICO OLAYA
16. CIUDADELA SALUD S. A
17. CLÍNICA CHÍA S.A
18. CLÍNICA COLSANITAS
19. CLÍNICA COLSUBSIDIO ORQUÍDEAS
20. CLÍNICA DE OCCIDENTE
21. CLÍNICA JUAN N CORPAS
22. CLÍNICA PARTENÓN
23. CLÍNICA SAN RAFAEL
24. CLÍNICA SHAIO
25. CLÍNICA TELETÓN
26. CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
27. CLÍNICA UNIVERSITARIA CARLOS LLERAS RESTREPO
28. COATER O.C.
29. COLEGIO NACIONAL DE BACTERIOLOGÍA
30. CONSAUDIT
31. COOMEVA EPS S.A
32. CRUZ ROJA COLOMBIANA
33. CUIDARTE TU SALUD S. A
34. EDUMEDIC LTDA. ASESORÍAS Y CONSULTORÍAS DE GESTIÓN EN SALUD.
35. EPS SANITAS.
36. E.S.E HOSPITAL DEL ROSARIO
37. E.S.E HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ
38. ESE HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA
39. ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ
40. E.S.E. ORIENTE CALI
41. E.S.E ROSARIO CAMPOALEGRE HUILA.
42. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL – SANTA ROSA DE CABAL (RISARALDA)
43. EPS – SEGURO SOCIAL
44. FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL
45. FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA
46. FUNDACIÓN HOMI-HOSPITAL DE LA MISERICORDIA
47. FUNDACIÓN LATINOAMERICANA AVEDIS DONABEDIAN
48. FUNDACIÓN SANTAFÉ DE BOGOTÁ
49. FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DEL VALLE
50. GRUPO EMPRESARIAL DE LA SALUD Y OTROS SERVICIOS E.U
51. HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA
52. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO
53. HOSPITAL DEL SUR
54. HOSPITAL. EL TUNAL
55. HOSPITAL INTERNACIONAL DE ALTA TECNOLOGÍA HIAT. S.A
56. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS
57. HOSPITAL OCCIDENTE KENNEDY
58. HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE
59. HOSPITAL PABLO TABÓN URIBE
60. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA
61. HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL
62. HOSPITAL SAN JOSÉ
63. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
64. HOSPITAL SIMÓN BOLIVAR
65. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL
66. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA
67. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA
68. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ INFANTIL

69. HOSPITHABITAT LTDA
70. HUMANAVIVIR EPS
71. ICONTEC
72. INVIMA
73. INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
74. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
75. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
76. IPS ARTE SANO ORAL
77. I.P.S CORPORACIÓN CORVESALUD. COODONTOLOGOS
78. J.G.C. MEDISERVICIOS LTDA.
79. HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR MEDERI
80. MÉDICOS ASOCIADOS
81. MEDICINA INTENSIVA DEL TOLIMA
82. METROSALUD
83. NUEVA EPS
84. ORTODONCISTAS ASOCIADOS
85. OXÍGENOS DE COLOMBIA
86. PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA – CALI
87. PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA - BOGOTÁ
88. PROCURADURÍA DE BOGOTÁ
89. PRATT LTDA
90. PRAXXIS
91. PROCURADURÍA DE BOGOTÁ
92. PROGER LTDA.
93. REDIMED
94. SALUD TOTAL E.P.S
95. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
96. SECRETARIA DE SALUD HUILA
97. SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
98. SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL META
99. SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN SCARE
100. SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGÍA DEL COUNTRY
101. TARGET SALUD – PEREIRA (RISARALDA)
102. UNIANDINOS
103. UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
104. UNIVERSIDAD DEL BOSQUE
105. UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
106. UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
107. UNIVERSIDAD JUAN N CORPAS
108. UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN
109. UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA CARTAGENA
110. UNIVERSIDAD SAN MARTIN SEDE CALI
111. UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CALI

PROFESIONALES DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL QUE PARTICIPARON EN EL DESARRROLLO DE LA GUIA

MARITZA ROA G.
Coordinadora del Grupo de Garantía de Calidad
Dirección General de Calidad de Servicios.

FRANCISCO RAÚL RESTREPO P.
Consultor de la Dirección General de Calidad de Servicios
Miembro del Consejo Técnico de la USN.

MARIA ISABEL RIACHI G
Consultora de la Dirección General de Calidad de Servicios
Secretaría Técnica de la USN.

JORGE ALBERTO ORDOÑEZ S.
Profesional Especializado Grupo Garantía de Calidad
Dirección General de Calidad de Servicios.

LORENZA OSPINO R.
Consultora Dirección de Salud Pública

PRESENTACIÓN

"Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente"[1]; así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Proteción Social expidió los "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente".

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad. En nuestro país existe una sólida decisión por parte del Gobierno, prestadores y aseguradores de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud.

El propósito de esta guía es brindar a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales, recopila una serie de prácticas disponibles en la literatura médica que son reconocidas como prácticas que incrementan la seguridad de los pacientes, bien sea porque cuentan con evidencia suficiente, o porque aunque no tienen suficiente evidencia, son recomendadas como tales por diferentes grupos de expertos.

Se complementa con el desarrollo de paquetes instruccionales que apoyan la implementación de sus recomendaciones en los procesos internos de las instituciones, los cuales están publicados en el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud[2], cuentan con una herramienta de "e-learning" para la autoinstrucción[3] y un aula virtual para la formación de instructores.

El Ministerio de la Protección Social a través de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud entrega a disposición de todos los profesionales de la salud de nuestro país ésta herramienta, que si es implementada e internalizada en los procesos de atención, contirbuirá al mejor cumplimiento del mandato constitucional de proteger la vida y la salud de los ciudadanos de nuestro país.

Consejo Técnico
Unidad Sectorial de Normalización en Salud
Bogotá, 4 de marzo de 2.010

---

[1] Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente
[2] www.minproteccionsocial.gov.co/OCS
[3] http://www.ocsav.info/paquetes.html

INTRODUCCIÓN

La elaboración de las recomendaciones de esta guía técnica en salud se basa en las siguientes premisas:

- La responsabilidad de dar seguridad al paciente es de todas las personas en la institución.

- Para brindar atención en salud segura es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención en el día a día, las cuales cuando son analizadas, enseñan una lección que al ser aprendida previene que la misma falla se repita posteriormente.

- Para aprender de las fallas es necesario trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.

- El número de eventos adversos reportados obedece a una política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de atención.

- El riesgo para un paciente de sufrir eventos adversos mientras se le atiende existe en todos los Instituciones prestadoras de servicios de salud del mundo.

El principal objetivo, es guiar a todas las instituciones cobijadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud para que implementen la política institucional de seguridad del paciente, aunque las recomendaciones de esta guía también pueden ser implementadas por las instituciones de salud que están exentas del SOGC en Colombia, así como cualquier otra institución en el mundo que la considere de utilidad para sus propios procesos de seguridad del paciente.

CONTENIDO

Pag

1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN 7
2. REFERENTES: 8
3. MODELO CONCEPTUAL Y DEFINICIONES: 9
4. PRACTICAS SEGURAS 10

4.1 PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS 10
4.1.1 Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos. 10
4.1.2 Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo 12
4.1.3 Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador 12
4.1.4 Estandarización de procedimientos de atención 13
4.1.5 Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos 14
4.1.6 La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente 14
4.1.7 Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio 15
4.1.8 Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud 15

4.2. PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS 16
4.2.1 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud 16
4.2.2 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos 17
4.2.3. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas 19
4.2.4 Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos 20
4.2.5. Prevenir ulceras por presión 20
4.2.6 Prevenir las complicaciones anestésicas 21
4.2.7 Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales 21
4.2.8 Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio 22
4.2.9. Implementar equipos de respuesta rápida 22
4.2.10. Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares 23
4.2.11. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea 23
4.2.12. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico 24
4.2.13. Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas 24
4.2.14. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental 26
4.2.15. Prevención de la malnutrición o desnutrición 26
4.2.16. Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo 27

4.3. INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES 29
4.3.1. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes 29
4.3.2. Prevenir el cansancio del personal de salud 29
4.3.3. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado 29
4.3.4 Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes. 30

4.4. INVOLUCRAR LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD 31
4.4.1 Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad 31
4.4.2 Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención: 31

ANEXO A: EVALUACION DE RIESGO DE CAIDAS DE PACIENTES 32
ANEXO B: LISTA DE CHEQUEO QUIRÚRGICO 34
ANEXO C: PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES ANESTÉSICAS 35
ANEXO D: PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA 39
ANEXO E: SEGURIDAD DEL PACIENTE EN NUTRICIÓN 43
ANEXO F: PAQUETES INSTRUCCIONALES 44
ANEXO G: LISTADO DE REFERENCIA DE EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES DEL ANEXO TÉCNICO DE LA RESOLUCIÓN 1446 DE 2006 45
ANEXO H: BIBLIOGRAFÍA 47

1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica en Salud establece las recomendaciones que pueden tener en cuenta las Instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, incluye cuatro grupos que buscan:

- Obtener procesos institucionales seguros
- Obtener procesos asistenciales seguros
- Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad
- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales

Ilustración 1: Conceptualización gráfica de la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del paciente.

Las buenas prácticas contenidas en esta Guía Técnica en Salud son aplicables a:

- Prestadores hospitalarios.
- Prestadores ambulatorios.
- Prestadores independientes.
- Entidades administradoras de planes de beneficios en relación con sus propios procesos operativos, administrativos y con su red de prestadores.

Se considera que una institución que implemente las recomendaciones de ésta guía tendrá una alta probabilidad de proteger a sus pacientes, de acuerdo al perfil de riesgo del país; lo cual no la exime de profundizar en los riesgos originados por sus características particulares

Las recomendaciones de esta Guía se consideran recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, no obstante cuando el Ministerio de la Protección Social expida las correspondientes normas que adoptan total o parcialmente algunas de estas recomendaciones como estándares de habilitación o como estándares de acreditación, según el caso; precisando el formato de acuerdo con las especificaciones en cada uno de estos componentes del SOGC, tendrán el grado de obligatoriedad que la norma determine, de acuerdo a lo establecido por el artículo 2° del Decreto 1011 de 2006.

2. REFERENTES:

Para la elaboración de ésta Guía Técnica en Salud, se han tomado en consideración los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, los desarrollos hechos en las instituciones acreditadas del país y las recomendaciones de la entidad acreditadora en salud (ICONTEC) como consecuencia del aprendizaje durante los procesos de acreditación; así como las recomendaciones producidas por las organizaciones y/o grupos técnicos reconocidos en el mundo que trabajan el tema de seguridad del paciente.

Los principales documentos en los cuales se basan las recomendaciones de está guía son:

1. "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente" del Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2008
2. El informe final del "Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamerica"
3. "The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1, FINAL TECHNICAL REPORT, January 2009" de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud
4. Los documentos y retos globales propuestos por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: "Atención limpia es una atención más segura " y Cirugías Seguras: "The Second Global Patient Safety Challenge Safe Surgery Saves Lives".
5. La investigación de practicas seguras hechas por la Universidad de Stanford
6. Las prácticas seguras sugeridas por el grupo Leapfrog (LF)
7. Las prácticas seguras consensuadas por el National Quality Forum, (NQF)
8. Las prácticas recomendadas por la campaña 5K del Institute for Healthcare Improvement –IHI.
9. Las metas en Seguridad del Paciente de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations de los Estados Unidos.
10. The Accuraccy in patient sample identification; propose guideline, GP33P, Subcomité de seguridad del paciente del CLSI (Clinical Laboratory Standars Institute (el cual durante el período de elaboración de esta Guía Técnica se encontraba en fase de consulta pública).

3. MODELO CONCEPTUAL Y DEFINICIONES:

Para efectos de esta guía, el modelo conceptual y las definiciones son los establecidos por los "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente" expedidos por el Ministerio de la Protección Social de Colombia.

Ilustración 2: documentos publicados que soportan las recomendaciones contenidas en la guía técnica: "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud"

FORMATO DE PRESENTACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA:

La "Buena Práctica" corresponde al texto que está en negrilla, precedido de una numeración.

El texto que sigue a continuación, corresponde a la recomendación ***acerca de la mejor manera de alcanzar*** el propósito hacia el cual está dirigida la buena práctica, de acuerdo con la evidencia científica, las tendencias mundiales en seguridad del paciente y/o el consenso obtenido en el Comité Sectorial de Normalización, sin embargo la recomendación no es exhaustiva ni excluyente y podrían existir otros medios que posibiliten la consecución de dicho propósito.

En las notas de pie de página en cada práctica se encuentra referenciado el vinculo con el cual se puede acceder al paquete instruccional correspondiente, o a la página del Observatorio de Calidad en donde puede encontrarse alguna herramienta o ayuda para la implementación de la recomendación dada por la guía.

4. PRACTICAS SEGURAS

4.1 PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS[4]

4.1.1 Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.

Se deben identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y gestionarlas para obtener procesos de atención seguros. El programa de seguridad del paciente debe contemplar al menos los siguientes elementos:

4.1.1.1 Política institucional de Seguridad del Paciente.

debe:

- Establecer, implementar y armonizar la política de Seguridad del Paciente con el direccionamiento estratégico de la institución.
- Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente.
- Socializar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución.
- Promover un entorno no punitivo.

4.1.1.2 Promoción de la cultura de seguridad

La cultura de seguridad es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución. Se debe caracterizar por:

- Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua
- Percepción compartida de la importancia de la seguridad
- Confianza de la eficacia de las medidas preventivas.
- Enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido.
- La existencia de un plan de capacitación y recursos

En el resultado final de este proceso, los colaboradores de la institución no deben sentir miedo de hablar libremente de sus fallas y por ende el auto-reporte de los incidentes y eventos adversos que suceden se debe hacer evidente.

Una estrategia fundamental para avanzar en esta dirección consiste en favorecer al interior el desarrollo de un clima organizacional educativo, más que en encontrar culpables para imponer castigo.

[4] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/021.html

Es importante conocer, caracterizar y cuantificar los factores que determinan la cultura de seguridad en una institución; una forma de obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover este clima cultural y evaluar el impacto de este proceso es la aplicación de la "Encuesta de clima de seguridad"[5]

4.1.1.3. Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo[6]:

Debe contemplar mecanismos para la identificación de eventos adversos, insumo necesario para la gestión de la seguridad del paciente en la institución. La institución debe tener claridad sobre lo que debe y no debe esperar de cada una de las metodologías.

4.1.1.3.1 Reporte:

Los resultados de un sistema de reporte de eventos adversos son muy útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de estos y que por lo tanto originan atenciones inseguras. El reporte no es la metodología a través de la cual se puede inferir cual es la frecuencia o el perfil de los eventos adversos en una institución.

Un sistema institucional de reporte de eventos adversos implica la definición de:

- Proceso para el reporte de eventos adversos
- Qué se reporta
- A quien se le reporta
- Cómo se reporta
- A través de que medios
- Cuando se reporta
- Como se asegura la confidencialidad del reporte
- Si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros
- El proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó
- Cómo se estimula el reporte en la institución

4.1.1.3.2 Análisis y gestión

Para que el reporte sea útil es necesario que se desarrolle un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del evento adverso (EA), el "Protocolo de Londres" es la metodología utilizada ampliamente en Colombia y recomendada para el análisis de los EA.

Se debe precisar cual será el manejo dado a la lección aprendida, como se establecerán barreras de seguridad, cuales procesos inseguros deberán ser rediseñados, y el apoyo institucional a las acciones de mejoramiento.

---

[5] La encuesta de clima de seguridad se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/023.html

[6] Una descripción orientativa de estas herramientas se puede encontrar el la página de herramientas para la seguridad del paciente del Observatorio de calidad en el vínculo http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/her_calidad/herra_seguridad.aspx

4.1.2 Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo[7]

- Orientado al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de atención en salud a cargo del trabajador de la salud.
- Ilustrado en lo posible con ejemplos de la cotidianeidad de la institución.
- La forma en que se presenten los contenidos al trabajador de la salud debe ser sencilla y concreta.

4.1.3 Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador

4.1.3.1. Procedimientos de referencia de pacientes:

Definir, implementar y realizar seguimiento a los procedimientos que aseguren que los pacientes que requieren atención de manera urgente, no sean referidos a otros centros sin que éstos garanticen, previamente su atención.

4.1.3.2. Procedimientos para la autorización de servicios:

Definir implementar y realizar seguimiento a los procedimientos que garanticen la realización oportuna de procedimientos y hospitalización en la IPS solicitante.

4.1.3.3 Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente

Medir, analizar y tomar acciones con respecto a los tiempos de espera en la prestación de los servicios de salud que afecte la seguridad de los pacientes.

4.1.3.4 Seguridad en la entrega de medicamentos POS y no POS:

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

4.1.3.5. Estrategia de seguridad en los paquetes de servicios:

Acordar mecanismos que garanticen la continuidad y la seguridad en la atención, durante los diferentes momentos de transición de responsabilidad entre los prestadores de servicios.

[7] El paquete correspondiente al modelo pedagógico en que se basan los paquetes instruccionales sobre las buenas prácticas recomendadas en esta guía se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/024.html

4.1.4 Estandarización de procedimientos de atención

4.1.4.1. Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la seguridad del paciente:

Se ha identificado como riesgo para la seguridad del paciente, los procedimientos iniciales de atención en las instituciones de salud.

Se debe diseñar, implementar y realizar seguimiento de la efectividad de:

- Procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido de acuerdo con la prioridad que requiera su enfermedad o condición.
- Procedimientos que eviten la no atención del paciente con remisión a otros centros sin estabilización de sus condiciones clínicas.
- Procedimientos que eviten las esperas prolongadas para la evaluación de los pacientes (en salas de espera o en ambulancias), p.ej. interconsultas en el servicio de observación.
- Procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la condición clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados.

4.1.4.2. Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia:

Entendidas como la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente durante su estadía en la institución.

- Para su diseño y desarrollo deben tenerse en cuenta no solo las patologías más frecuentes, sino un amplio numero de patologías posibles.
- Realizar evaluación de la guía, previamente a su adopción, con instrumentos diseñados para tal efecto (p.e.: instrumento AGREE o equivalentes)
- Incluir las guías de procedimientos de enfermería, de instrumentación quirúrgica y de todas aquellas disciplinas que intervienen en la atención (protocolización de la guía).
- Verificar la adherencia del personal a las guías implementadas.

4.1.4.3. Definir por parte de la institución los procedimientos que un profesional puede desarrollar, según estándares [8]

Desde la gerencia de las instituciones se debe crear un direccionamiento, bien sea por un comité de credenciales o un grupo especifico que dentro de la institucion defina las prerrogativas que se entregarán a los profesionales de acuerdo con sus competencias y habilidades. Para tal definición se debe tener en cuenta no solamente el título otorgado por la institución universitaria, sino también el volumen de procedimientos hechos con anterioridad y la curva de aprendizaje**.** Incluye aquellos profesionales y médicos entrenados en procedimientos de especialidades sin suficiente oferta en la ciudad sede de la IPS. Esto permite el aseguramiento de competencias del personal en salud

[8] Recomendada por el grupo Leapfrog (LF)

4.1.4.4. Identificar, analizar y definir conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes:

Al menos en:

- Seguridad de los Neonatos.
- Procedimientos para la oportuna entrega de suministros a las áreas.
- Protocolos de atención a pacientes motivados en razones administrativas y no clínicas: ej. La inducción a maternas solamente durante el día por razones de disponibilidad de personal y no por la condición clínica de la paciente.

4.1.5 Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos[9]

La institución debe tener claro que la finalidad del reporte de eventos adversos es generar insumos para el análisis y la gestión. El conocimiento de la frecuencia y el perfil, se desarrolla a través de estudios de incidencia o de prevalencia, para el caso de las instituciones latinoamericanas se recomienda la utilización de estudios de prevalencia en capa, basados en la metodología IBEAS[10]

4.1.6 La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente[11]

Siempre en cumplimiento del principio de eficiencia, de acuerdo con el perfil de la institución se recomienda la medición de indicadores:

al menos

- Gestión de eventos adversos
- Reporte de eventos adversos
- De acuerdo con los riesgos que se generen; Indicadores que evalúen impacto en: caídas, neumonía asociada a ventilador ventilador, etc[12].
- Detección de riesgos del ambiente físico
- Vigilancia de eventos adversos en prestador, asegurador, una red o en una región.
- Gestión en educación en prestador, asegurador.

---

[9] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/022.html

[10] IBEAS estudio de prevalencia de efectos adversos" proyecto promovido por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Sanidad y Política Social de España en colaboración con los Ministerios de Salud de Argentina, Costa Rica, Perú, la Secretaria de Salud de México y el Ministerio de la Protección Social de Colombia. Se pueden encontrar los instrumentos utilizados y los resultados obtenidos en la sala temática centro de seguridad del paciente del observatorio de calidad en el vínculo http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx

[11] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/001.html

[12] Pueden encontrarse las fichas técnicas de algunos indicadores de seguridad del paciente para los niveles de monitoria interna y monitoria externa en la sala temática de indicadores de calidad del Observatorio de Calidad en el vínculo http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/ind_calidad/Default.aspx

4.1.7 Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio

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

- Orden médica hecha por computador en toda la institución[13].
- Generación de alarmas a través de sistemas que detectan aparición de Eventos Adversos o indicios de atención insegura.

Incluir aplicativos para la atención del paciente, como historia clínica electrónica, (preferiblemente) de manera segura y controlada. Definir planes de contingencia para la reducción de riesgos en el caso de tener historia clínica electrónica y fìsica a la vez. Vigilancia permanente a las alarmas de alergias y demás riesgos de atención en la historia clínica.

4.1.8 Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud

Debe incluir:

Ambiente físico seguro

- Evaluar las condiciones de localización segura.
- Evaluar las condiciones de vulnerabilidad (estructural y funcional).
- Evaluar las condiciones de suministro de agua potable, fluido eléctrico y plan de contingencia acorde con las condiciones de seguridad establecidas por las Normas Nacionales.
- Evaluar las condiciones ambientales a cada uno de los servicios de tal manera que se minimicen los riesgos de Infección Intrahospitalaria

Equipamiento tecnológico seguro

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

[13] Recomendada como práctica segura por Nacional Quality Forum NQF y el grupo Leapfrog (LF)

4.2. PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS

En la primera versión de ésta guía técnica se incluyeron entre otros los siguientes aspectos:

4.2.1 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud[14]

Los estudios de prevalencia de eventos adversos en Latinoamérica señalan a la infección intrahospitalaria como el evento adverso más frecuente y fue el primer reto declarado por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes

Deben considerarse los procesos asistenciales para asegurar:

- La prevención de infecciones de sitio operatorio (ISO)
- La prevención de endometritis
- La prevención de neumonías nosocomiales y en especial la asociada a ventilador.
- La prevención de infecciones transmitidas por transfusión (ITT).
- La prevención de flebitis infecciosas,químicas y mecánicas.
- La prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (catéteres centrales y periféricos).
- La prevención de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas.
- La prevención de infecciones del sitio operatorio superficial,profundo y de órgano o espacio.

Se deben desarrollar además acciones encaminadas a :

- Desarrollar profilaxis a través del uso de alcohol en la higiene de manos.
- Lograr cumplimiento (*adherencia*) del personal del lavado higiénico de las manos.
- Estandarizar procesos y verificar mediante lista de chequeo las medidas de prevención validadas para la prevención de Infecciones asociadas a la atención salud, priorizando por las de mayor frecuencia en cada institución
- Involucrar a los pacientes y sus familias en la prevención de la infección asociada a la atención en salud.
- Realizar aislamiento de pacientes que lo requieren.
- Involucrar a todo el personal de salud en la implementación de las medidas pre, intra y postquirúrgicas para la prevención de infección en sitio quirúrgico (p.e Profilaxis antibiótica, asepsia y antisepsia de la piel, comportamiento en las salas de cirugía, manejo de la herida, entre otros).
- Vacunar a todos los miembros del equipo de Salud para los bioriesgos prevenibles por este medio, de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por institución y área geográfica.
- Gestionar la disposición de desechos hospitalarios
- Optimizar el lavado y desinfección de áreas
- Promover la prevención de infecciones a través del medio ambiente (manejo de aire, agua, circulación de personas)

[14] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/002.html

- Asegurar el adecuado manejo de equipos de terapia respiratoria
- Garantizar la implementación de medidas de bioseguridad en todos los procedimientos.

Se deben impulsar los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS:

1. Lavado[15] de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
2. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.
5. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente.

4.2.2 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos[16,17]

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

Algunos procedimientos que se han evidenciado como útiles para incrementar la seguridad del paciente y prevenir la ocurrencia de eventos adversos asociados a medicamentos son:

- Participación del Químico o farmacéutico en los procesos de dispensación y administración de medicamentos de acuerdo con el grado de complejidad.
- Asegurar la *dispensación* correcta de los medicamentos y los procesos de reempaque y reenvase de los mismos si aplica dentro del sistema distribución de medicamentos en dosis unitaria; realizar controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos; controles en la recepción de la orden médica electrónica, y en la elaboración y/o adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos.
- Definir mecanismos para prevenir errores en la *administración* de los medicamentos (manejo incorrecto o administración errónea).
- Asegurar la calidad del proceso de nutrición parenteral (TPN) incluyendo el uso de guías e instructivos estandarizados y controles microbiológicos[18].
- Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes y realizar la advertencia correspondiente antes de su administración.
- Implementar procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y de la

[15] Se entiende por lavado: higiene (con agua o con base en alcohol)
[16] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/020.html
[17] Recomendada por Nacional Quality Forum (NQF), Institute for Healthcare Improvement –IHI (campaña 5K) y el grupo Leapfrog (LF)
[18] Ver práctica 4.2.15

información y educación que se realiza a la comunidad asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos.

- Identificar los medicamentos de alto riesgo.
- Definir procesos de marcaje adicional de los medicamentos de alto riesgo clínico para que sean fácilmente identificados por el personal de enfermería y se extreme el cuidado en su uso.
- Definir procesos de marcaje adicional a los medicamentos de alto riesgo de confusión con otro por tener presentaciones físicas muy parecidas.
- Definir procesos para evitar errores asociados al uso de electrolitos como el potasio, el sodio y el calcio.
- Implementar procesos para el manejo de medicamentos que son de uso frecuente y que pueden tener efectos secundarios severos. (Ej.: dipirona y la vancomicina).
- Definir mecanismos para prevenir daño a los pacientes con terapia anticoagulante.
- Incluir en la *recepción* de los medicamentos la verificación de las órdenes de compra; incluir mecanismos que eviten la recepción de medicamentos y dispositivos médicos defectuosos a través de la verificación del estado físico, cantidad, fechas de vencimiento, número del lote, vigencia del registro sanitario del INVIMA y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío.
- Asegurar que en el proceso *almacenamiento* de los medicamentos, se incluya protocolo de gestión del riesgo, respetar la cadena de frío, realizar custodia a los medicamentos de control especial y hacer seguimiento a las farmacias satélites.
- Asegurar que el proceso de selección de los proveedores incluya visitas y evaluación periódica; se debe seleccionar solo aquellos que tienen respaldo legal y que realizan un manejo adecuado de sus medicamentos.
- Definir mecanismos de *compra* que eviten adquirir medicamentos que no cuenten con Registro Sanitario Vigente del INVIMA y para el uso que pretende dárseles; de origen fraudulento, de calidad no certificada y verificable. Deben incluir los conceptos técnicos de los responsables de las áreas asistenciales.
- Tomar en consideración la información que proviene de la fármaco vigilancia.
- Definir mecanismos para vigilancia activa en la detección, identificación y resolución de los problemas relacionados con medicamentos (PRM); especialmente en pacientes polimedicados y/o con estancia hospitalaria mayor a tres días.

4.2.2.1. Conciliación de medicamentos en todas las fases de la atención:

Procesos que aseguran la verificación de los medicamentos que el paciente recibe corrientemente de cualquier procedencia (paciente proveniente de la consulta externa, de otro servicio dentro de la institución o de otra institución)

4.2.2.2. Implementación del sistema de distribución de dosis unitaria:

Involucra la compra de dosis unitarias preelaboradas por un proveedor o el reempaque o reenvase y marcaje adicional del medicamento a utilizar. Aunque la evidencia para la efectividad de esta práctica es modesta, ha sido generalmente bien aceptada y ampliamente implementada en todo el mundo, pues la mayoría de estudios publicados han mostrado efecto en la disminución de errores, bien sea por comisión como de omisión

con el uso de medicamentos en este sistema.

4.2.2.3. Identificación de alergias en los pacientes.

La institución debe asegurar en los pacientes que no haya confusión de un efecto secundario del medicamento con una alergia.

La institución debe definir listas de chequeo que garanticen que se conoce a lo largo de todo el proceso de atención la posibilidad de alergias y reacciones similares.

4.2.3. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas[19]

4.2.3.1 Clasificar el riesgo de caídas de los pacientes que se internan en la institución.
(Ver Anexo A)

Que contemple la siguiente información como mínimo*:*

- Antecedentes de caídas.
- Identificación del paciente:
  - Que está agitado
  - Funcionalmente afectado
  - Necesita ir frecuentemente al baño
  - Tiene movilidad disminuida
  - Pacientes bajo sedación

4.2.3.2 Implementar procesos para la minimización de riesgos derivados de la condición del paciente

- Lactante que se encuentra sobre una camilla en cualquier servicio de la institución sin supervisión de un adulto.
- Paciente con compromiso neurológico o agitación por otra causa que no le permita atender órdenes.
- Paciente bajo efecto de alcohol o de medicamentos sedantes o alucinógenos.
- Pacientes que por su condición física y/o clínica deben caminar con ayuda de aparatos o de otra persona que los sostenga en pie.

4.2.3.3 Implementar procesos para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al paciente:

- No fue considerado el riesgo de caída en el diseño de los procesos.
- Ausencia de superficie antideslizante en el piso
- Ausencia de bandas antideslizantes y soportes en baños y duchas.
- Camillas sin barandas.
- Iluminación inadecuada.
- Obstáculos en los pasillos y áreas de circulación.

[19] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/004.html

4.2.4 Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos[20]

Entre otros:

4.2.4.1 Asegurar la cirugía correcta, al paciente correcto y en el sitio (órgano o lado) correcto:

A través de mecanismos que aseguran la cirugía correcta, en el paciente correcto y en el sitio correcto desde el momento mismo en que se programa el procedimiento y el médico lo consigna en la historia clínica. Debe considerar las siguientes etapas:

- La verificación en el quirófano mediante la utilización de la lista de chequeo para la "Cirugía Segura" sugerida por la OMS.(Anexo B)
- Cuando el paciente es valorado por el personal de enfermería encargado de la instrucción pre quirúrgica al paciente.
- Al momento de diligenciar el consentimiento informado.
- El estándar del símbolo con el cual se marca y la utilización de marcadores indelebles.
- Hacer partícipe al paciente si sus condiciones físicas y mentales lo permiten y a su familia en caso de menores o discapacitados

4.2.4.2. Prevención del fuego en cirugía

Mediante revisión y verificación de los equipos e instalaciones eléctricas antes de la cirugía y durante la realización de ésta.

4.2.4.3. Prevención de quemaduras en cirugía

- Colocación adecuada de placas electro quirúrgicas
- Monitoreo durante la utilización de equipos que pudieran representar riesgo de quemaduras

4.2.5. Prevenir ulceras por presión[21,22]

Las escaras son lesiones causadas por presión, fricción o cizalla, o por combinación de estos tres tipos de fuerzas, que afectan a la piel y tejidos subyacentes. Aunque la piel, la grasa y el tejido muscular pueden resistir presiones importantes por breves periodos de tiempo, la exposición prolongada a una cierta cantidad de presión ligeramente superior a la presión de llenado capilar (32 mm Hg) puede originar necrosis de la piel y ulceración. Tan sólo dos horas de presión ininterrumpida pueden originar los cambios mencionados; su clasificación va desde el enrojecimiento de la piel a la presencia de lesiones con cavernas y lesiones en el músculo o hueso (estadio IV).

La prevención debe considerar la identificación de personas con riesgo de desarrollar

[20] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/005.html
[21] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/006.html
[22] Término equivalente en esta guía a escaras o úlceras por decúbito

úlceras por presión, no solo en las áreas de contacto con protuberancias óseas, sino también en los sitios de contacto permanente con sondas de drenaje o de alimentación.

La identificación del riesgo de úlceras por presión se realiza mediante diferentes actividades como son la valoración de la movilidad, de incontinencia, de déficit sensorial y del estado nutricional; se debe llevar a cabo una valoración de la integridad de la piel, de la cabeza a los pies, en los pacientes en riesgo en el momento del ingreso, y a partir de ahí diariamente.

Adicionalmente, esta valoración debe combinar el juicio clínico y los instrumentos estandarizados (p.e.: escala de Braden, o escala de Norton). Se debe reevaluar a los pacientes con regularidad y documentar los hallazgos e incrementar la frecuencia de las valoraciones especialmente si se deteriora el estado del paciente, (p.e.: verificar que no exista contacto con materiales de limpieza o la placa de electrocauterio).

4.2.6 Prevenir las complicaciones anestésicas

Las complicaciones anestésicas pueden ser prevenibles y no prevenibles. Las estrategias para lograrlo comprenden múltiples acciones combinadas que al aplicarse logran el resultado seguro para el paciente. Una de ellas es la creación de una lista de chequeo para el acto anestésico por parte de la institución (Ver Anexo C)

4.2.7 Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales[23,24]

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

- Adulto con documento de identidad (CC o CE o PA ó NU)
- Adulto sin documento de identidad.
- Recién nacidos y menores de edad sin numero de identificación
- Para el parto normal o cesárea de un solo bebe.
- Para parto normal o cesárea de embarazo múltiple
- Identificación en la atención y cuidado del paciente correcto

[23] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/008.html
[24] Sugerida por el grupo Leapfrog

4.2.8 Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio

Es necesario que los procesos pre-analíticos, analíticos y post-analíticos se articulen tanto en las instituciones hospitalarias como en las ambulatorias, para generar resultados seguros y confiables. En este marco, la identificación del paciente es crítica y debe desarrollarse acorde con los lineamientos nacionales e internacionales. Algunas organizaciones como el College of American Pathologist CAP ha identificado como unos de los primeros errores cometidos en el laboratorio, durante la fase analítica y post-analítica, corresponde a la identificación del paciente, durante los procesos de control de calidad externa desarrollados por esta institución.[25]

Para este efecto los procesos organizacionales deben incluir elementos esenciales para la identificación correcta y segura del paciente, como se menciona a continuación:

1. La definición de los procedimientos de identificación correcta y segura del paciente, la cual se inicia desde su registro en la institución, seguida del proceso de marcación de la muestra para el desarrollo de los procedimientos preanalíticos, analíticos y postanalíticos. Este procedimiento debe ser conocido y adoptado por todos quienes intervienen en el proceso de atención.

2. La participación activa del paciente durante los procesos de identificación y validación de la información del paciente. En este caso, es de importancia relevante la utilización de un lenguaje culturalmente accesible.

3. La comunicación oportuna y eficaz entre el equipo de salud involucrado.

4. Entre los datos básicos de identificación del paciente, se recomienda incluir al menos dos de los siguientes:

- Nombre Completo.
- Número de Identificación: Cédula, Tarjeta Identidad, Pasaporte, Licencia de conducción.
- Número de identificación adicional: record, consecutivo, otro.
- Fecha de nacimiento.
- Fotografía.
- Bandas de identificación por colores (menores, alergias, etc.).
- Otros

4.2.9. Implementar equipos de respuesta rápida[26]

Desarrollar un proceso para que el personal asistencial reconozca tempranamente el empeoramiento de la condición clínica de un paciente y se dispare la pronta y eficaz atención que rescata al paciente del paro cardiorrespiratorio.

---

25 Pathology and Laboratory Medicine: Errors in Laboratory Medicine: Practical Lessons to Improve Patient Safety. Howanitz P.J. 2005 Vol. 129. No. 10, pp. 1252- 1261

26 Institute for Healthcare Improvement –IHI (campaña 5K)

Implementar mecanismos para que las alertas generadas por el paciente sean escuchadas y tenidas en cuenta con oportunidad. (Semaforización de pacientes. clasificación del riesgo, rondas cortas de seguridad, entrega y recibo de turnos)

4.2.10. Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares[27]

4.2.10.1. Atención del infarto agudo de miocardio basado en la evidencia.

4.2.10.2. Tratamiento profiláctico con betabloqueadores para pacientes de alto riesgo de evento isquémico cardiaco agudo durante una cirugía electiva:

Consiste en la administración de una dosis terapéutica de un betabloqueador previo a la inducción de la anestesia, seguida por el monitoreo del efecto betabloqueante (FC de 70 x min. o menos) durante la cirugía y en el periodo postoperatorio. Esta práctica es recomendada dado que los estudios de ensayos clínicos bien diseñados han mostrado que el uso de betabloqueadores en el periodo perioperatorio está asociado con una reducción significante en la morbi-mortalidad del paciente cardiaco.

4.2.11. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea[28]

Las acciones para ofrecer seguridad transfusional dependen al menos de 2 aspectos importantes: la disponibilidad y oportunidad de la sangre y componentes sanguíneos y la seguridad de estos.

Las complicaciones *asociadas a la disponibilidad, oportunidad y manejo de sangre y componentes y de la transfusión sanguínea* pueden ser prevenibles y no prevenibles. Prevenir la mortalidad materna contando con sangre y componentes disponibles oportunamente debe ser una meta al igual que evitar su aplicación incorrecta o los eventos adversos asociados a su uso. Disminuir al mínimo posible y ojala evitar los eventos adversos asociados al aspecto transfusional comprenden múltiples aspectos y van desde la selección del donante de sangre y se extienden hasta la transfusión con el monitoreo del efecto del componente en el receptor o paciente, así mismo requieren una interacción entre el personal del banco de sangre o servicio transfusional y el personal médico y de enfermería que al aplicarse logran el desenlace seguro para el paciente. (Anexo D)

- Garantizar la conservación de las características físicas y biológicas de las muestras y el componente sanguíneo.
- Garantizar la aplicación de un sistema de control de calidad
- Desarrollar procesos para la prevención de Eventos Adversos
- Desarrollar programas que incluyan identificación, notificación, análisis y acciones correctivas de Eventos Adversos

[27] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el sitio web http://ocsav.info/016.html
[28] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/009.html

- Establecer procesos que garanticen custodia y confidencialidad de resultados de paciente y donante
- Desarrollar mecanismos para garantizar suficiencia, oportunidad y disponibilidad de sangre y componentes sanguíneos.
- Adelantar acciones dirigidas a reducir los eventos adversos e incidentes asociados a transfusión
- Fortalecer los comités transfusionales para garantizar el desarrollo, implementación y control del sistema de Seguridad Transfusional.

4.2.12. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico

4.2.12.1. Prevención de la hemorragia digestiva en pacientes críticos

4.2.12.2. Prevención de la neumonía asociada al ventilador

4.2.12.3. UCI con equipo médico cerrado especializado en la atención del paciente crítico:

A pesar que los estudios no han mostrado evidencia estadísticamente significativa para un solo tipo cerrado de UCI, si muestran que la mortalidad ajustada disminuye vs. Modelos de atención abierta o compartida.

4.2.13. Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas

Los estudios radiológicos y de imágenes diagnósticas deben contar con los siguientes elementos:

- Nombre.
- Número de identificación o número de historia clínica.
- Género.
- Fecha de nacimiento o edad.
- Órgano objeto del estudio

En Radiología:

Prevención de la extravasación:

- Identificación y verificar acceso vascular.
- identificar pacientes de alto riesgo.

Prevención de fibrosis sistémica nefrogénica:

- Identificar pacientes con insuficiencia renal.
- Asegurar el procedimiento correcto y el paciente correcto en los departamentos de imágenes diagnósticas.

Reducción de infecciones en departamentos de radiología e imágenes diagnósticas:

- Adherirse a normas de higiene y bioseguridad.

Reducción de caída de pacientes:

- Implementar medidas para reducir caídas en pacientes de alto riesgo

Radioprotección a pacientes.

Capacitación y reentrenamiento de los técnicos en el manejo de nuevos equipos. Se debe evitar el uso de radiaciones médicas innecesarias, como son:

- Repetir exámenes que ya se habían realizado.
- Pedir exámenes complementarios que seguramente no alteraran la atención al paciente.
- Pedir exámenes con demasiada frecuencia
- Pedir exámenes inadecuados
- No especificar en la orden médica la información clínica necesaria
- exceso de exámenes complementarios.
- Cumplir con las normas de radioprotección:
- El médico remitente debe tener un conocimiento claro de los estudios por modalidad, sus indicaciones, contraindicaciones así como las limitaciones y complicaciones de los mismos, para un uso racional y con la pertinencia debida.
- Conocer la posibilidad del diálogo del médico tratante y el radiólogo que permita tener criterios claros para la solicitud y la evaluación de los exámenes.
- En nuestro país se debe cumplir con la legislación en cuanto todo estudio radiológico y debe realizarse previa orden médica escrita (Resolución 9031 de 1990)

4.2.13.1. Implementación de un protocolo estándar para evitar errores en la lectura e interpretación de las imágenes diagnósticas:

Utilizada básicamente para servicios donde no radiólogos o radiólogos en entrenamiento interpretan en primera instancia las imágenes. Consiste en la reinterpretación de las imágenes por un radiólogo certificado, aunque genera problemas de costo y logísticos que cada institución debe sopesar.

4.2.13.2 Prevención de daño inducido por medios de contraste

La nefropatía inducida por medios de contraste representa una causa común creciente de falla renal relacionada con el cuidado médico e incrementa la mortalidad independiente de otros factores de riesgo. La práctica consiste en el uso de medios de contraste de baja osmolaridad en vez del uso de los de alta osmolaridad. Todos los estudios que han evaluado este efecto han coincidido en mostrar el efecto benéfico de la misma. Se requiere:

- Conocimiento de niveles de creatinina en sangre.
- Conocer los factores de riesgo, edad del paciente (mayor de 65 años), diabetes mellitus, función renal disminuida, insuficiencia cardiaca, toma de sustancias nefrotóxicas, analgésicos, antiinflamatorios, algunos antibióticos, deshidratación, dislipidemia, hiperuricemia y mieloma múltiple.

- evitar el uso de medio de contraste yodado repetido antes de las 72 horas.

4.2.13.3. Prevención de eventos adversos en el área de resonancia magnética nuclear

- Identificar los elementos ferromagnéticos o dispositivos intrínsecos o extrínsecos al paciente que pueden interferir en el estudio o generar evento adverso.
- consultar contraindicaciones específicas.

4.2.13.4. Prevención de aspectos relacionados con los riesgos asociados con la sedación de pacientes para la realización de procedimientos.

4.2.13.5 Prevención de aspectos relacionados con la definición de prioridades de atención para evitar riesgos relacionados con la espera de la realización de procedimientos

4.2.14. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental[29]

La institución debe desarrollar procesos para:

- Identificación del riesgo.
- Clasificación del riesgo al ingreso y egreso del paciente
- Prevenir suicidio
- Prevenir agresión física
- Prevenir violación
- Prevenir consumo de cigarrillo y psicoactivos
- Prevenir pérdida de pacientes
- Implementar protocolos de internación (sedación, suplencia alimentaria que le puede producir daño, barreras de infraestructura)

4.2.15. Prevención de la malnutrición o desnutrición[30]

Se ha identificado que las fallas en la atención relacionadas con los procesos nutricionales, tanto ambulatorios como hospitalarios, pueden ser frecuentes y llevar a manejos nutricionales inadecuados, insatisfacción del paciente e incremento en los costos de la atención. (Ver anexo E).

En lo hospitalario: existen varias vías para proveer soporte nutricional a los pacientes, la nutrición enteral puede ser administrada vía oral, nasal, gástrica o yeyunal. La nutrición parenteral debe ser usada cuando la enteral no es posible o su uso está contraindicado. Debe prestarse atención al tiempo de uso de la nutrición parenteral y no prolongarla si el paciente ya no la necesita. Igualmente es importante asegurar el correcto cálculo de nutrientes

[29] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el sitio web http://ocsav.info/010.html
[30] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el sitio web http://ocsav.info/017.html

En lo ambulatorio: deben desarrollarse procedimientos para garantizar que la dieta sea individual, balanceada y equilibrada que asegure el mejoramiento del paciente evitando dietas generalizadas. Y garantizando que sea el profesional en nutrición quien explique la dieta al paciente

Se debe promover:

- Asegurar que la información en la historia clínica sea completa y correcta.
- Verificar que los tratamientos nutricionales estén acordes con las guías de práctica clínica pertinentes.
- Asegurar la educación continua al personal de nutrición y dietética.
- Asegurar la coordinación con el equipo multidisciplinario.
- Verificar con el servicio de alimentación que la dieta suministrada era la ordenada por la nutricionista.
- Verificar aporte de nutrientes por kilo.
- Evitar las prescripciones nutricionales estereotipadas y no adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente.
- Incluir medidas relacionadas con la definición de condiciones mínimas nutricionales para la realización de procedimientos quirúrgicos.

4.2.16. Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo[31]

4.2.16.1 Atención segura e integral del evento obstetrico

El Estado Colombiano ha orientado diversas estrategias y esfuerzos para reducir el número de muertes en mujeres, originadas por el embarazo, el parto y el puerperio, pero no ha logrado impactarlas en el nivel deseado, probablemente porque se enfocan en parte del problema, y no en todo el problema.[32]

La Muerte Materna se comporta como la mortalidad en general, las dos están relacionadas con determinantes como la riqueza y su distribución, el nivel educativo, la organización social y política, la organización de los servicios de salud y su distribución geográfica. Al mirar las causas, la mayor parte de las muertes maternas en el mundo y en Colombia,[33] se deben a pérdida excesiva de sangre, infecciones, trastornos de hipertensión, la obstrucción en el parto, o las complicaciones por abortos en condiciones inseguras, causas de emergencias difíciles de prever.[34] En el caso de la muerte materna, la excesiva medicalización de la atención, desmotiva a las mujeres a utilizar los servicios de salud especialmente en áreas dispersas y en grupos especiales. Estas prácticas además contribuyen a la tasa elevada de cesáreas y otros procedimientos quirúrgicos innecesarios en la atención materna.[35] La atención segura e integral requiere:

[31] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/011.html
[32] Características de la Mortalidad Materna en Colombia. Ministerio de Protección Social - UNFPA. Documento Interno, Abril 2009
[33] Ibid (1)
[34] Population reference bureau. Mejorar los servicios de emergencia para evitar muertes maternas. Yvette Collymore, redactora jefe en el PRB.
[35] B Chalmers, Overmedicalization and appropriate Technologies. Presentación en la Consulta Técnica sobre Maternidad sin riesgo en Sri Lanka, 18 al 23 de Octubre de 1997.

4.2.16.1.1 Mejoramiento del Acceso a servicios de salud materno perinatales.

Definir un paquete de atención integral al evento obstétrico materno perinatal, para la atención a la mujer durante el embarazo, el parto, el recién nacido y el puerperio y la detección precoz de las complicaciones asociadas para realizar la derivación al nivel de complejidad requerido. Incluye:

- Atender a la gestante independientemente de las dificultades administrativas.

- Asegurar la atención del parto y el puerperio por persona calificada; reconociendo que todos los embarazos están expuestos a potenciales riesgos

- Toda institución que atiende mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio debe disponer, conocer y utilizar de acuerdo a las guías de atención basadas en la evidencia, de insumos críticos básicos como:

  1. Antibióticos
  2. Anticonvulsivantes
  3. Oxitócicos
  4. Líquidos
  5. Hemoderivados y sustitutos

- Toda institución que atienda mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio, debe asegurar previamente que tenga la capacidad para resolver complicaciones que requieran sala de cirugía y equipos quirúrgicos completos. Igualmente, manejo adecuado de hemorragias y procedimientos de transfusión y garantía de remisión oportuna y segura.

- A nivel comunitario o domiciliario ofrecer la atención de un parto limpio y seguro por personal calificado. Identificar y capacitar en alternativas no institucionales para la atención segura del parto dentro del respeto cultural[36], facilitar el adecuado desarrollo de propuestas de atención obstétrica provista de forma responsable por una mayor diversidad de actores.

- Toda institución que atiende mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio, debe asegurarse previamente, que tenga un sistema funcional de comunicaciones y transporte, con el que pueda responder de manera oportuna y segura cuando se presenta la emergencia obstétrica no predecible y que no puede ser resuelta en ese nivel.

[36] Ministerio de la Protección Social. Resolución 3039 de 2007, Estrategias para mejorar la SSR. Línea de Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud, literal d.

4.3. INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES

4.3.1. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes[37]

Debe incluir:

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

4.3.2. Prevenir el cansancio del personal de salud[38]

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

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

4.3.3. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado[39]

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

---

[37] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/012.html
[38] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/019.html
[39] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el sitio web http://ocsav.info/013.html

4.3.4 Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes.

- Precisar en el convenio como se involucraran los procesos de seguridad del paciente
- Verificar el cumplimiento del convenio docente- asistencial
- Gestionar un programa de inducción sobre Seguridad del Paciente a los docentes y estudiantes. Incluir condiciones de asepsia y antisepsia y de uso de ropa como uniformes, batas de cirugía y demás elementos con los cuales se afecten los protocolos de seguridad de las instituciones.

4.4. INVOLUCRAR LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD[40]

- Se debe considerar que entre más esté el paciente comprometido con su salud, más ayudara a prevenir que sucedan los eventos adversos.
- Deben ser tenidos en cuenta los diferentes tipos de pacientes (intervenidos quirúrgicamente de manera ambulatoria, los que se encuentran hospitalizados, o aquellos que asisten a una consulta ambulatoria)
- Se deben considerar los pacientes o sus allegados que en el pasado han sido objeto de la ocurrencia de un evento adverso y que se involucran de manera proactiva en los procesos de seguridad del paciente.

Se deben realizar entre otras las siguientes acciones:

4.4.1 Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad

En particular se debe enseñar a interrogar sobre aspectos como:

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

4.4.2 Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención:

Para ésta buena práctica se tienen, en cuenta, entre otros, las acciones promovidas por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente a través de su programa "Pacientes por la Seguridad del Paciente".

[40] El paquete instruccional correspondiente a esta práctica se puede consultar en el vínculo http://ocsav.info/018.html

ANEXO A

EVALUACION DE RIESGO DE CAIDAS DE PACIENTES

La escala de Morse se basa en factores de riesgo y es más que un puntaje total. Sirve para determinar factores de riesgo de caída y, en consecuencia, diseñar intervenciones específicas para reducirlos. Debe diligenciarse en el momento de la hospitalización y cuando haya cambios de condición, transferencia a otra unidad y después de una caída.

Herramienta 4. Escala de caídas de Morse

Variables			**Puntaje**
Historia de caída(s)	No	0	
	Sí	25	
Diagnósticos secundarios	No	0	
	Sí	25	
Ayuda para deambular (marque sólo una)	Ninguna/reposo en cama/asistencia	0	
	Bastón, muletas, caminador	15	
	Silla de ruedas	25	
Venoclisis (incluye *heparin lock*)	No	0	
	Sí	25	
Marcha	Normal/reposo en cama/silla de ruedas	0	
	Débil	10	
	Limitada	20	
Estado mental	Reconoce sus limitaciones	0	
	Se sobreestima u olvida sus limitaciones	15	
	Total		

- Factores de seguridad:
  - ✓ Mantenga la cama en posición baja, y alarma en la cama cuando se necesite.
  - ✓ Timbre de llamada, no alcanza el orinal y el agua (ofrecer asistencia con las necesidades excretorias de rutina).
  - ✓ Manilla de identificación.
  - ✓ No deje desatendido en transferencias o al ir al baño.
  - ✓ Mantenga aseguradas la cama, las ruedas de la cama y la mesa de noche.

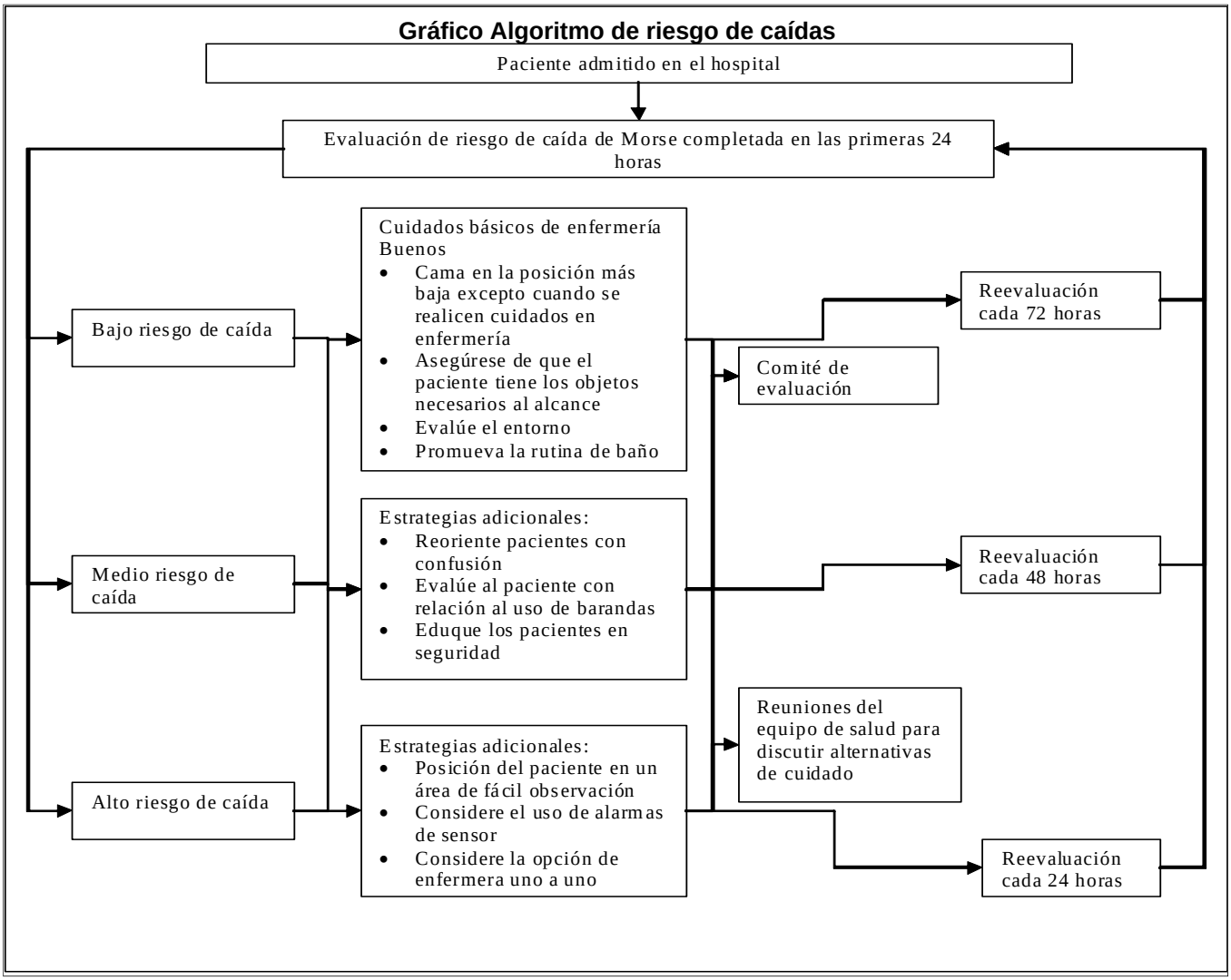
- Evaluación:
  - ✓ Evalúe la habilidad del paciente de comprender y seguir instrucciones.
  - ✓ Evalúe el conocimiento del paciente en el uso apropiado de dispositivos de adaptación.
  - ✓ Necesidad de barandas: arriba o abajo.
  - ✓ Hidratación: monitorizar para cambios ortostáticos.
  - ✓ Revise los medicamentos para riesgo potencial de caída (betabloqueadores, bloqueadores de canal de calcio).
  - ✓ Evalúe el tratamiento para el dolor.

- Educación al paciente y a la familia:
  - ✓ Incorporar a la familia con pacientes obnubilados.
  - ✓ Cuidadores.
  - ✓ Instruya al paciente y a la familia con relación a las actividades fuera de la cama.

- ✓ Ejercicio y nutrición.
- ✓ Seguridad en el hogar (incluye plan de emergencia y procedimientos de notificación de caída).

- Entorno:
  - ✓ Cuarto cerrado a la estación de enfermería.
  - ✓ Fortalecer la orientación sobre el entorno a necesidad.
  - ✓ Aseo y orden del cuarto.
  - ✓ Adecuada iluminación.
  - ✓ Considere el uso de tecnología.

Gráfico Algoritmo de riesgo de caídas



ANEXO B
LISTA DE CHEQUEO QUIRÚRGICO

Organización Mundial de la Salud

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (1ª edición)

Antes de la inducción de la anestesia ▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸ Antes de la incisión cutánea ▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸ Antes de que el paciente salga del quirófano

ENTRADA

☐ **EL PACIENTE HA CONFIRMADO**
- SU IDENTIDAD
- EL SITIO QUIRÚRGICO
- EL PROCEDIMIENTO
- SU CONSENTIMIENTO

☐ **DEMARCACIÓN DEL SITIO / NO PROCEDE**

☐ **SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA**

☐ **PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO**

¿TIENE EL PACIENTE:

ALERGIAS CONOCIDAS?

☐ NO

☐ SÍ

VÍA AÉREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN?

☐ NO

☐ SÍ, Y HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPOS / AYUDA DISPONIBLE

RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7 ML/KG EN NIÑOS)?

☐ NO

☐ SÍ, Y SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS

PAUSA QUIRÚRGICA

☐ **CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN**

☐ **CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE:**
- LA IDENTIDAD DEL PACIENTE
- EL SITIO QUIRÚRGICO
- EL PROCEDIMIENTO

PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS

☐ **EL CIRUJANO REVISA:** LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA

☐ **EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISA:** SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO

☐ **EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA:** SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS

¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

☐ SÍ

☐ NO PROCEDE

¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?

☐ SÍ

☐ NO PROCEDE

SALIDA

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:

☐ **EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO**

☐ **QUE LOS RECUENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS** (O NO PROCEDEN)

☐ **EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS** (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE)

☐ **SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS**

☐ **EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE**

LA PRESENTE LISTA NO PRETENDE SER EXHAUSTIVA. SE RECOMIENDA COMPLETARLA O MODIFICARLA PARA ADAPTARLA A LA PRÁCTICA LOCAL.

ANEXO C:
PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES ANESTÉSICAS

Las estrategias para lograrlo comprenden múltiples acciones combinadas que al aplicarse logran el desenlace seguro para el paciente. Una de ellas es la creación de una lista de chequeo para el acto anestésico por parte de la institución:

Evaluación Preanestésica: Es mandataria en todo paciente. En ella el médica anestesiólogo debe establecer el estado clínico del paciente, su estado físico según la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologist (ASA) y las pautas de manejo que consideren pertinentes. Debe consignarse explícitamente todo lo referido a continuación:

Consulta preanestésica: El día de la cirugía, el especialista a cargo del caso debe revisar que la información anterior esté completa y consignada en el registro anestésico. Se debe informar al paciente o a sus familiares sobre el riesgo del acto anestésico y se debe obtener el consentimiento informado

Consulta preanestésica intrahospitalaria: En ella debe establecerse el estado clínico actual. informar al paciente, si no se ha hecho previamente, sobre el riesgo del acto anestésico, obtener el consentimiento informado.

Evaluación de Urgencias: El paciente de urgencia debe ser sometido a la evaluación preanestésica (inmediata) que su condición y las circunstancias permitan.

Preparación Perianestésica:

Lista de chequeo: El anestesiólogo debe colaborar con el cirujano y el resto del equipo quirúrgico para completar una lista de chequeo global del paciente con al menos los ítems de la lista de chequeo recomendada y validada por la OMS/OPS.

Antes de iniciar el acto anestésico, el anestesiólogo debe hacer una revisión que incluya lo siguiente:

Máquina de Anestesia:

- Adecuada presión de oxígeno y de otros gases a utilizar
- Presencia de bala de oxígeno de emergencia
- Buen funcionamiento del dispositivo para administración de oxígeno de flujo rápido. (flush)
- Buen estado de flujómetros, vaporizados, circuitos (sin fugas), válvulas unidireccionales, válvula de sobrepresión y absorbedor de CO2.
- Buen funcionamiento del ventilador.

Monitoreo Básico: fonendoscopio, monitoreo electrocardiográfico, tensiómetro, oxímetro, capnógrafo y termómetro cutáneo/esofágico o timpánico, electrodos con adhesividad y que garantice el trazado durante el monitoreo del paciente en el procedimiento quirúrgico..

Paciente:

- Verificar y anotar si hay cambios respecto a la evaluación preanestésica,
- Los exámenes paraclínicos requeridos.
- Consentimiento informado
- Cavidad oral: dificultad para la intubación o prótesis
- Vía venosa.

Posición del paciente: se deben conocer las necesidades de posicionamiento del paciente durante el procedimiento. Deben disponerse de los elementos para proteger al paciente en los puntos de presión y en las posiciones no anatómicas.

Materiales, medicamentos y equipo:

- equipo básico para el manejo de la vía aérea
- medicamentos a utilizar
- succión
- en el área quirúrgica debe haber disponible un desfibrilador y un equipo para manejo de la vía aérea difícil.

Hipertermia maligna: Es altamente deseable que todo sitio con ofrecimiento de servicios anestesiológicos tenga estrategias explícitas para la obtención urgente de dantrolene para el manejo de una crisis de hipertermia maligna.

Registro anestésico: debe incluir:

- Aspectos clínicos relevantes para el procedimiento anestésico.
- Monitoreo del paciente
- Medicamentos administrados
- Líquidos administrados
- Técnica empleada
- Estado del paciente al final del acto anestésico
- Monitoreo básico intraoperatorio
- estrategias de control del dolor postoperatorio.

Siempre debe haber un médico anestesiólogo responsable del acto anestésico durante todo momento en la sala de cirugía. En el quirófano debe haber personal entrenado para colaborar en el monitoreo y en la ejecución del acto anestésico.

Todo procedimiento anestesiológico invasivo deberá realizarse previo lavado de manos.

Cuidado Perianestésico: Durante el acto anestésico se debe evaluar permanentemente la oxigenación, la ventilación y la circulación del paciente.

Oxigenación:

- Debe medirse la saturación del oxígeno en sangre mediante un oximetro de pulso
- Debe medirse la concentración de oxígeno en el gas inspirado mediante un analizador de oxígeno.

Ventilación:

- Cuando se utilicen métodos para controlar la vía aérea, se deben auscultar los ruidos respiratorios, evaluar la excursión de tórax y observar el balón reservorio.
- Cuando se practique intubación endotraqueal, se debe verificar la posición del tubo a través de la auscultación.
- Si la ventilación es mecánica se debe contar con alarmas que indiquen fallas en el circuito o su desconexión
- Si hay intubación endotraqueal o algún otro dispositivo que controle la vía aérea (máscara laríngea o cánula oro faríngea COPA- cuffed oropharyngeal airway- o afín), se deberá tener alarma de presión alta de la vía aérea.

La capnografía es un elemento de monitoreo básico en todo paciente sometido a anestesia general.

Durante anestesia regional se debe evaluar permanentemente la ventilación mediante signos clínicos.
Si la máquina de la anestesia está provista de ventilador, éste debe tener los siguientes parámetros mínimos:

- Control de frecuencia respiratoria
- Control para fijar volumen corriente y volumen minuto
- Control para relación inspiración / espiración

- Alarmas de presión inspiratoria máxima y de desconexión

Circulación: El paciente debe tener monitoreo electrocardiográfico permanente. Se deben hacer tomas de tensión arterial y frecuencia cardiaca por lo menos cada cinco minutos. Cuando lo considere necesario, el anestesiólogo recurrirá a la palpación del pulso o a la auscultación de los ruidos cardiacos.

Temperatura: Es mandataria en cirugía cardiaca, en trauma moderado o severo, en cirugía de neonatos y de infantes menores, en cirugías de más de tres horas y en aquellas en la que se prevean pérdidas sanguíneas superiores a la volemia que haya posibilidad de monitorizar la temperatura.

Es altamente deseable disponer de métodos para evitar el enfriamiento, y/o calentar al paciente.

Sistema Nervioso Central: Es recomendable el uso del análisis biespectral o similares, en pacientes bajo anestesia total intravenosa o con técnicas basadas en opioides.

Gases Anestésicos: Altamente deseable el monitoreo de gases inspirados y espirados

Otros elementos de monitoreo: Cuando las condiciones del paciente o el tipo de cirugía lo requieran, se deberá monitorizar la diuresis, la presión arterial invasiva, la saturación venosa de oxigeno, el gasto cardiaco, presión venosa central, la presión de arteria pulmonar y otros parámetros según necesidad.

Es altamente deseable monitorizar la relajación muscular mediante el estimulador de nervio periférico.

Alarmas y Monitores: Durante todo el tiempo que dure el procedimiento anestésico, los monitores deben permanecer prendidos, con las alarmas activadas y con el volumen adecuado para que puedan ser escuchadas. Se considera práctica muy peligrosa desconectar o silenciar las alarmas sin una justificación expresa, tanto en el quirófano como en la UPCA, mientras el paciente esté bajo el cuidado de un anestesiólogo.

Disponibilidad para RCCP: En el área en el cual se administre anestesia, debe disponerse siempre de todos los elementos necesarios para practicar reanimación cerebro-cardio-pulmonar (RCCP), incluyendo las drogas pertinentes y el desfibrilador cuyo funcionamiento debe verificarse periódicamente. El anestesiólogo es por definición experto en RCCP.

Equipo mínimo para el Manejo de la vía aérea: Toda institución hospitalaria que cuente con servicios de anestesiología, debe tener disponible las 24 horas un carro de vía aérea, móvil con los siguientes elementos:

- Hojas de laringoscopio curvas y rectas de diferentes tamaños incluidas pediátricas.
- Bujías o guías.
- Máscaras laríngeas de diferentes tamaños, incluidas pediátricas.
- Equipo para practicar cricotiroidectomía por punción percutánea.
- Es altamente recomendable disponer de una máscara laríngea tipo Fastrach
- Además en hospitales de tercer o cuarto nivel, también es deseable disponer de elementos para practicar intubación retrograda.

Entrega de pacientes: Cuando un anestesiólogo tiene que entregar su paciente a otro anestesiólogo, debe informarle la condición previa del paciente, el manejo realizado, eventos relevantes y plan inmediato.

En el registro anestésico, el anestesiólogo que entrega debe dejar constancia de la entrega y de las condiciones del paciente en ese momento.

Normas específicas para la anestesia obstétrica: Ningún procedimiento anestésico debe practicarse hasta que la paciente y el feto hayan sido evaluados por la persona acreditada para ello.

En la sala de cirugía debe haber una persona calificada, diferente al anestesiólogo, para atender al recién nacido.
Ante la ausencia del pediatra, la responsabilidad del anestesiólogo es primero para la madre; si esta no corre ningún peligro, el anestesiólogo podrá asistir al recién nacido.

Después de un procedimiento diferente a la analgesia obstétrica con peridural, todas las pacientes.

Cuidado Postanestésico: En toda institución hospitalaria debe existir un sitio en donde se haga el cuidado postanestésico de todos los pacientes que hayan recibido anestesia general o regional, llamado Unidad de Cuidado postanestésico (UCPA), bajo la responsabilidad de un anestesiólogo cuyo nombre debe estar inscrito en la UCPA, mientras exista un paciente ahí. Debe establecerse por escrito en la UCPA, un mecanismo ágil de contacto con este anestesiólogo responsable (celular, walkie-talkie o similares).

El paciente que sale de sala de cirugía debe ser transportado a la UCPA o a la Unidad de Cuidados Intensivos, por el anestesiólogo que administró la anestesia, con el monitoreo requerido y oxígeno suplementario, si es necesario. El paciente debe llegar a la UCPA con un control adecuado de la vía aérea, hemodinámicamente estable y con un nivel de conciencia cercano al que tenía antes del acto anestésico.

Todo lo referido abajo debe estar consignado en un formato específico de UCPA.

En la UCPA se debe hacer la entrega del paciente al personal responsable de la Unidad. Debe incluir condiciones preoperatorios, manejo anestésico y el puntaje de Aldrete modificado en ese momento, el cual debe ser mínimo de 7, salvo limitaciones previas del paciente. Todo lo anterior debe quedar consignado en la Historia Clínica o en el registro anestésico. El cuidado en la UCPA debe ser realizado por personal aprobado por el Departamento de Anestesia, con entrenamiento en reanimación básica (personal auxiliar) y reanimación avanzada (profesionales).

En la UCPA, el paciente debe tener el monitoreo y soporte necesario acorde a su condición, similar al de la sala de cirugía, por el tiempo que sea necesario, bajo la supervisión del anestesiólogo encargado. Se prestará especial atención a la oxigenación (oximetría de pulso), a la ventilación y a la circulación. El dolor debe ser medido, y deben establecerse medidas para controlarlo de manera adecuada.

En la UCPA debe haber un promedio de 1.5 camilla por cada sala de cirugía del hospital. Cada paciente que se encuentre en recuperación debe contar permanentemente mínimo con los elementos para monitorizar de Tensión arterial, trazado electrocardiográfico y oximetría de pulso.

Cada cubículo debe contar con dos tomas eléctricas conectadas a la red de emergencia del hospital, una fuente de oxígeno, una fuente de succión. Debe haber:

- Un auxiliar por cada tres pacientes quirúrgicos de alta complejidad.
- Un auxiliar por cada cinco pacientes de complejidad baja o media.
- Una enfermera profesional independiente del área quirúrgica cuando superan 6 salas de cirugía funcionando.

La UPCA debe contar con los elementos adecuados para practicar reanimación cerebro-cardio-pulmonar, incluyendo desfibrilador, cuyo funcionamiento debe verificarse periódicamente.

Los egresos deben ser autorizados por escrito en la Historia o en el registro anestésico por en anestesiólogo responsable. El puntaje de Aldrete modificado para el egreso debe ser de 10 salvo que el paciente tenga una limitación previa por la cual no puede alcanzar dicho puntaje. Es altamente deseable registrar las condiciones de regresión de los bloqueos neuroaxiales especialmente en casos ambulatorios usando una escala como Bromage.

ANEXO D:

PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Implementar acciones oportunas y seguras en los procedimientos de abastecimiento, manejo de sangre y componentes**:**

- Definir mecanismos de *abastecimiento* de productos sanguíneos considerando aspectos como acceso geográfico, tiempo de entrega y de recarga del inventario de productos sanguíneos, tipos de banco de sangre que ofrezca oportunidad y disponibilidad permanente, normalmente se recomienda en contacto y convenio con 2 bancos de sangre debido a que la disponibilidad depende también de los grupos sanguíneos.

- La *recepción* de los componentes sanguíneos debe incluir la verificación de las solicitudes de sangre y componentes, verificación del estado físico, sello de calidad, cantidad, fechas de vencimiento, tipo de componente, identificación inequívoca de unidad de componente sanguíneo para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío.

- En el proceso *almacenamiento* de los componentes sanguíneos, se debe incluir manejo de inventario para evitar un desabastecimiento, almacenamiento FIFO, evitar pérdidas por vencimiento, respetar la cadena de frío, y hacer seguimiento al despacho y manejo de unidades de sangre fuera del servicio transfusional.

- Definir procesos de *identificación* de los componentes sanguíneos de manejo especial (paquete de urgencia), para donantes autólogos o para pacientes específicos (unidades pediátricas) para que sean fácilmente identificados por el personal del servicio y enfermería y se haga adecuado manejo y uso.

- Asegurar la *entrega correcta y oportuna* de los componentes sanguíneos; controles en la recepción de la orden médica, en la toma de la muestra y su marcaje y entrega al servicio transfusional) y en la preparación de la sangre y componentes (pruebas de compatibilidad) identificación correcta de la unidad indicando tipo de componente sanguíneo, identificación inequívoca de unidad de componente sanguíneo y del paciente a quien va dirigido para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre para su entrega a enfermería.

- Definir procesos de identificación de los componentes sanguíneos para evitar la confusión de las unidades y su administración a paciente diferente al que le fue solicitado.

Las acciones para disminuir al mínimo posible y ojala evitar los eventos adversos asociados a la transfusión:

Comunicación efectiva entre los médicos, enfermería y el banco de sangre o servicio transfusional: El personal médico y de enfermería involucrado en la prescripción y administración de sangre debe saber cómo funciona el banco de sangre o servicio transfusional y seguir los procedimientos acordados para la solicitud, recolección y administración de productos sanguíneos.

El personal debe estar capacitado para seguir estos procedimientos y todos los elementos básicos de un sistema de calidad necesitan estar implementados y en especial estar familiarizado con los siguientes aspectos del abastecimiento de sangre y productos sanguíneos seguros.

- Como el banco de sangre o el servicio transfusional del hospital obtiene sangre, incluyendo los diferentes tipos de donantes de sangre, como la procesa, almacena y transporta respetando la cadena de frío.
- Conocer los riesgos potenciales de transmisión de infecciones en la sangre disponible para transfusión y las posibles reacciones adversas.
- La responsabilidad para apoyar al personal del banco de sangre o del servicio transfusional para asegurar que la sangre sea proporcionada en el momento correcto y en el lugar correcto:
  - ✓ Completando el formulario de solicitud de sangre para cada paciente que requiera transfusión
  - ✓ Manejo de reservas de sangre, cuando sea posible (cirugías programadas)
  - ✓ Proporcionando información clara acerca de:
    - Los productos que están siendo solicitados
    - El número de unidades requeridas
    - Los motivos para la transfusión
    - La urgencia de la necesidad de transfusión en el paciente
    - Cuando y donde se requiere la sangre
    - Quien enviará o retirará la sangre del banco o servicio.

La importancia de los principales grupos sanguíneos (ABO y Rhesus) y de otros anticuerpos de grupos sanguíneos peligrosos que pueden ser detectados en el paciente antes de la transfusión.

Las responsabilidades del personal del banco de sangre o del servicio transfusional en asegurar que la sangre utilizada para transfusión sea compatible con el paciente, de manera de que no exista riesgo de reacciones peligrosas o fatales causadas por anticuerpos contra los glóbulos rojos.

Su responsabilidad en asegurar que los productos sanguíneos administrados a un paciente son compatibles y en particular, la vital importancia de:

- Completar todos los detalles requeridos en el formulario de solicitud de sangre
- Identificar cuidadosamente los tubos con muestras de sangre
- Chequear formalmente la identidad del paciente, el componente sanguíneo y la documentación al lado de la cama del paciente antes de la transfusión.

La importancia del almacenamiento correcto de la sangre y productos sanguíneos en el banco de sangre o servicio transfusional y en el área clínica para preservar su función y prevenir la contaminación bacteriana, que puede ser fatal para el paciente.

La importancia de descartar una bolsa de sangre que ha permanecido más de 4 horas a temperatura ambiente (o el tiempo que se haya especificado institucionalmente) o si la bolsa ha sido abierta o muestra cualquier signo de deterioro.

La importancia del correcto registro de las transfusiones en la historia del paciente, en particular:

- La razón para la transfusión
- El producto y volumen que fue transfundido
- La hora de la transfusión
- Cualquier efecto adverso.

El personal del banco de sangre o servicio de transfusión debe además entender los siguientes aspectos:

- Las presiones a las que están sometidos los médicos cuando están al cuidado de pacientes muy enfermos que necesitan transfusión en forma urgente.
- La vital importancia de las buenas prácticas de laboratorio y registros precisos en el banco de sangre o el servicio.
- La necesidad, en una emergencia, de usar procedimientos de laboratorio que sean apropiados a la urgencia de la situación. Asumiendo que se administra sangre ABO incompatible es una hemorragia mayor es más probable que se cause la muerte que un anticuerpo contra los glóbulos rojos encontrado en las pruebas de compatibilidad. Debe responderse inmediatamente teniendo como presente la seguridad y bienestar del paciente. Si es necesaria la investigación y resolución de la causa del problema que causó la urgencia o emergencia debe manejarse después de que esta haya pasado.

Solicitudes de sangre urgentes:

Es muy importante asegurar que exista un acuerdo común y entendimiento acerca del lenguaje usado por ambos clínicos y personal del banco de sangre para evitar cualquier mala interpretación de palabras como 'inmediato', 'urgente' o 'lo más rápido posible'. Es preferible llegar a un acuerdo en categorías de urgencia, como:

- Extremadamente urgente: dentro de 10–15 minutos
- Muy urgente: dentro de 1 hora
- Urgente: dentro de 3 horas
- El mismo día.
- En la fecha y hora requeridos.

El personal clínico y el personal del banco de sangre o servicio deben decidir quién es responsable de asegurar que una vez lista, la sangre sea transportada al paciente lo más rápidamente posible.

Prevención de errores en la administración y transfusión de sangre y componentes:

- La institución debe asegurar en los pacientes que no haya confusión al momento de la aplicación de la sangre y para facilitar los procesos de compatibilización de sangre. Definir mecanismos para prevenir errores en la administración de los componentes sanguíneos (manejo incorrecto o administración errónea). Es necesaria la verificación de la identificación correcta de la unidad indicando tipo de componente sanguíneo, identificación inequívoca de unidad de componente sanguíneo y del paciente a quien va dirigido para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre. Uso de brazaletes para la identificación de pacientes que requieran sangre.
- Mecanismos definidos por la institución para *vigilancia activa (Hemovigilancia)* en la detección, identificación y manejo de los eventos adversos o reacciones transfusionales adversas, monitoreo de pacientes poli transfundidos.
- Procesos de auditoria sobre el uso adecuado de la sangre y los componentes sanguíneos, del ceñimiento a guías institucionales de indicación transfusional y de la información y educación que se realiza a la comunidad asistencial (médicos, enfermeras y bacteriólogos) sobre el manejo, administración y uso adecuado de la sangre y los componentes sanguíneos.
- Realizar la advertencia correspondiente a los pacientes o sus familiares antes de la transfusión. (consentimiento informado).

- Implementación de estrategias para situaciones especiales como solicitudes de emergencia, paquete de urgencias o código Rojo para el manejo de la hemorragia obstétrica.

*L*a creación de una lista de chequeo para el proceso transfusional por parte de la institución y de seguimiento por parte del personal del banco o servicio y del personal médico y de enfermería:

- Evaluar la necesidad clínica de sangre o componentes sanguíneos del paciente y el momento en que ésta es requerida. La mejor transfusión a veces es la que no se hace.
- Informar al paciente y/o sus familiares acerca de la terapia transfusional propuesta y registrar en la historia del paciente que lo ha hecho.
- Registrar los motivos de la transfusión en la historia del paciente.
- Seleccionar el producto sanguíneo y la cantidad requerida. Use la guía de uso y requerimientos transfusionales para procedimientos quirúrgicos comunes.
- Complete la solicitud de sangre en forma cuidadosa y legible. Escriba la razón para la transfusión, de manera que el banco de sangre pueda seleccionar el producto más apropiado para las pruebas de compatibilidad.
- Si la sangre se requiere urgentemente, contacte el banco de sangre o al servicio por teléfono inmediatamente.
- Obtenga e identifique correctamente la muestra de sangre para las pruebas de compatibilidad.
- Envíe el formulario de solicitud y la muestra de sangre al banco de sangre.
- El laboratorio efectúa la detección de anticuerpos y pruebas de compatibilidad pre-transfusionales y selecciona las unidades compatibles.
- Envío de los productos sanguíneos desde el banco de sangre o recolección por el personal clínico.
- Almacene los productos sanguíneos en condiciones correctas de almacenamiento si no son requeridos inmediatamente para transfusión. Verifique identidad de:
    - Paciente
    - Producto sanguíneo
    - Documentación del paciente.
- Administre el producto sanguíneo.
- Registre en la historia del paciente:
    - Tipo y volumen de cada producto transfundido
    - Número único de donación de cada unidad transfundida y número del sello de calidad de sangre
    - Grupo sanguíneo de cada unidad transfundida
    - Hora de comienzo de la transfusión de cada unidad
    - Firma de la persona que administra la sangre.
- Monitoree al paciente antes, durante y al término de la transfusión.
- Registre el término de la transfusión.
- Identifique y responda inmediatamente a cualquier efecto adverso.
- Registre cualquier evento o reacción transfusional en la historia del paciente y su manejo, tratamiento o seguimiento.

ANEXO E:
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN NUTRICIÓN

TIPO DE FALLA	EFECTOS	BARRERAS DE SEGURIDAD
Error en la prescripción del tratamiento nutricional (dieta, fórmula láctea y nutrición forzada)	- Manejo nutricional inadecuado. - Complicación del paciente. - Aumento en estancia hospitalaria - Aumento de costos de no calidad - Insatisfacción del paciente.	- Verificar en la historia clínica la determinación del régimen nutricional oral que comprende asistencia hospitalaria por Nutrición y dietética para establecer el tipo de dieta adecuada al estado del paciente de acuerdo con el diagnóstico, la orden médica, tolerancia y estado nutricional igual que la programación de fórmulas lácteas. Si existen dudas aclararlas con el médico tratante.
La dieta entregada al paciente no corresponde a la prescrita por el médico y calculada por la nutricionista dietista (Adultos y niños)	- Manejo nutricional inadecuado. - Complicación del paciente. - Aumento de la estancia hospitalaria. - Aumento de la insatisfacción del paciente.	- Verificar con el servicio de alimentación si la dieta suministrada al paciente corresponde a la prescrita. - Constatar el nombre y número de cama del paciente. - Constatar que todas las preparaciones estén correctamente marcadas con el tipo de dieta.
Cálculo inadecuado de la dieta prescrita por parte del profesional en Nutrición. Cálculo inadecuado en nutrición parenteral enteral en adultos y niños.	- Manejo nutricional inadecuado. - Complicación del paciente. - Insatisfacción del paciente. - Aumento en estancia hospitalaria - Aumento en costos de no calidad.	- Asegurar la internación completa y correcta en la Historia Clínica. - Verificar las guías de práctica clínica basada en evidencia que contenga los diagnósticos y tratamientos nutricionales. - Asegurar la educación continua para el profesional en Nutrición y dietética - Coordinar con el equipo multidisciplinario de soporte nutricional para determinar la cantidad de nutrientes de la alimentación parenteral y enteral, además de determinar cómo debe iniciarse la vía oral. - Verificar aporte de nutrientes por kilo de peso y verificar los productos a utilizar con osmilaridad final de la mezcla.

ANEXO F:
PAQUETES INSTRUCCIONALES

Generales:

1. Procesos institucionales seguros
2. Monitorización de aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente
3. Modelo pedagógico

Buenas prácticas

1. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales
2. Atención segura del binomio madre – hijo
3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención
4. Evaluación de la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos
5. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio
6. Garantizar la funcionalidad de los procesimientos de consentimiento informado
7. Ilustrar al paciente acerca del autocuidado de su seguridad
8. Mejoramietno de la comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes
9. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
10. Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos
11. Prevención de escaras o úlceras por presión (decúbito)
12. Prevención de la malnutrición o desnutrición
13. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad de sangre y componentes y a la transfusión sanguinea
14. Prevenir el cansancio del personal de salud
15. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas
16. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental
17. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico
18. Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares

ANEXO G:

LISTADO DE REFERENCIA DE EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES DEL ANEXO TÉCNICO DE LA RESOLUCIÓN 1446 DE 2006 CLASIFICADOS SEGÚN LA TERMINOLOGÍA PROPUESTA POR LOS LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

1. Cirugías o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales
2. Pacientes con trombosis venosa profunda a quienes no se les realiza control de pruebas de coagulación
3. Ingreso no programado a UCI luego de procedimiento que implica la administración de anestesia
4. Reingreso al servicio de urgencias por misma causa antes de 72 Horas
5. Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 15 días
6. Utilización inadecuada de elementos con otra indicación
7. Entrega equivocada de reportes de laboratorio

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)

1. Usuarios detectados por suplantación
2. Afiliados duplicados
3. Quejas por no prestación de servicios POS
4. Quejas interpuestas por reconocimiento de copago o cuota moderadora
5. Pacientes a los cuales se les reconoce servicio inicialmente rechazado
6. Servicio negado por inadecuado proceso de afiliación
7. Devoluciones de liquidación de aportes por inadecuado diligenciamiento y liquidación
8. Pacientes insatisfechos por lo que consideran injustificadas barreras de acceso a la atención
9. Solicitud de traslado antes del período mínimo legal
10. Pacientes que mueren encontrándose en lista de espera para la autorización o realización de alguna ayuda diagnóstica o procedimiento relacionado con la enfermedad
11. Tutelas por no prestación de servicios POS
12. Tutelas o quejas por registro incorrecto de períodos mínimos de cotización
13. Demora en suministro de insumos o medicamentos por trámites administrativos
14. Pacientes que son remitidos repetidas veces a instancias equívocas o erróneas antes de ser referidos al punto definitivo de atención.
15. Notorias colas o congestión de pacientes y/o acompañantes en las taquillas o estaciones de asignación de citas
16. Pacientes en lista de espera por mas de tres meses

EVENTO ADVERSO

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

1. Pacientes con neumonías broncoaspirativas en pediatría o UCI neonatal
2. Pacientes con úlceras de posición
3. Distocia inadvertida
4. Shock hipovolémico post - parto
5. Maternas con convulsión intrahospitalaria
6. Cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado
7. Pacientes con hipotensión severa en post - quirúrgico
8. Pacientes con infarto en las siguientes 72 horas post – quirúrgico
9. Entrega equivocada de un neonato
10. Robo intra – institucional de niños
11. Fuga de pacientes siquiátricos hospitalizados
12. Suicidio de pacientes internados
13. Consumo intra - institucional de sicoactivos
14. Caídas desde su propia altura intra – institucional
15. Retención de cuerpos extraños en pacientes internados
16. Quemaduras por lámparas de fototerapia y para electrocauterio
17. Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos
18. Flebitis en sitios de venopunción
19. Ruptura prematura de membranas sin conducta definida
20. Revisión de reemplazos articulares por inicio tardío de la rehabilitación
21. Luxación post - quirúrgica en reemplazo de cadera
22. Accidentes postransfusionales
23. Asalto sexual en la institución
24. Neumotórax por ventilación mecánica
25. Asfixia perinatal
26. Deterioro del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow sin tratamiento
27. Secuelas post - reanimación
28. Pérdida de pertenencias de usuarios
29. Pacientes con diagnóstico que apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnóstico

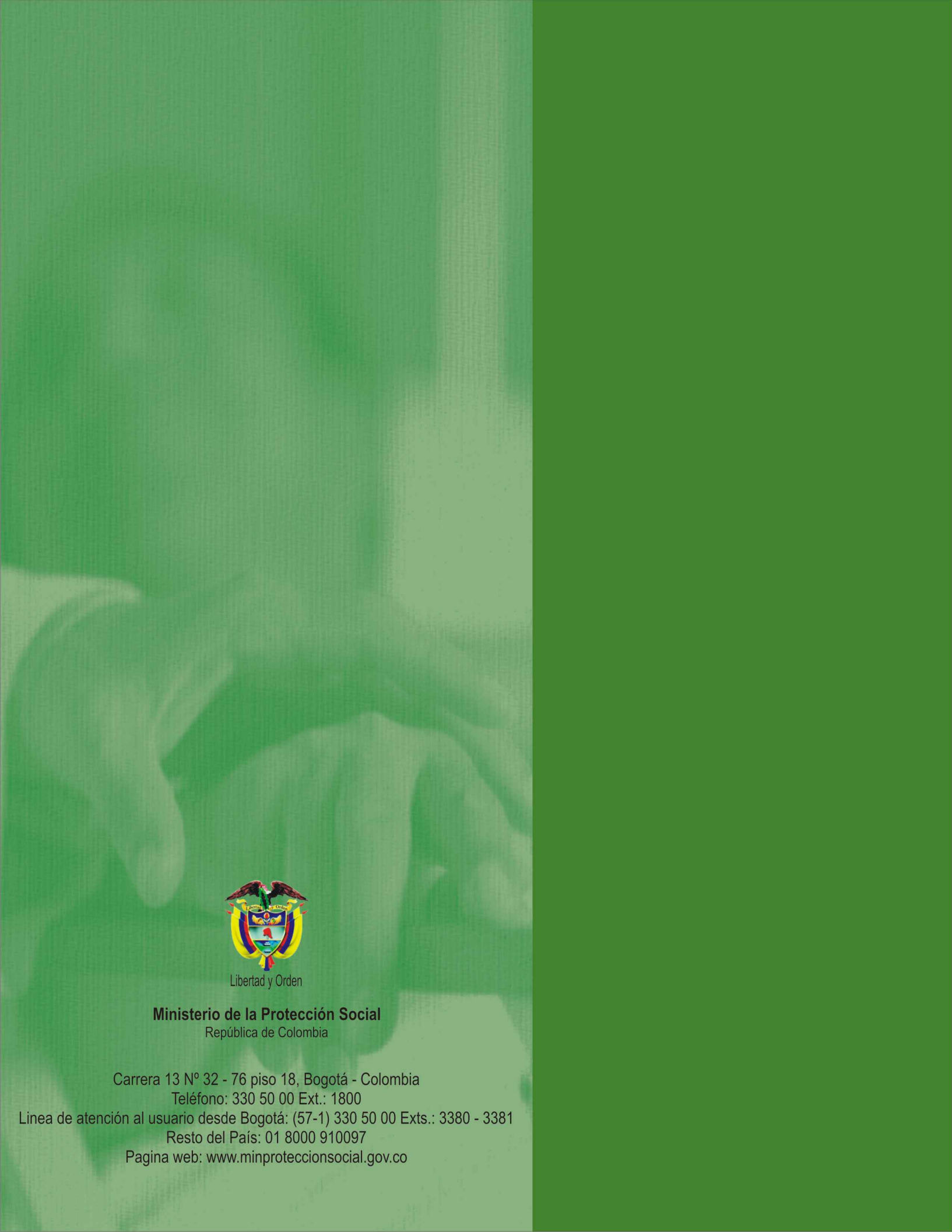
Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)

1. Pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Pompe en los cuales transcurrió más de seis meses entre la aparición de los síntomas y la confirmación del diagnóstico.
2. Sífilis Congénita en nacimientos en la EAPB
3. Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica terminal a causa de enfermedad obstructiva
4. Pacientes con transmisión vertical de VIH
5. Detección de Cáncer de Cérvix en estadios avanzados
6. Detección de Cáncer de colon en estadios avanzado
7. Complicaciones atribuibles a no disponibilidad de insumos o medicamentos
8. Complicaciones de los pacientes o fallas en la continuidad de los tratamientos atribuibles a tiempos de espera prolongados
9. Reacciones por medicamentos vencidos
10. Complicaciones relacionadas con oxigenoterapia atribuibles a monitorización, seguimiento o suministro del oxígeno
11. Paciente en estado critico sin asistencia.

ANEXO H:

BIBLIOGRAFÍA

1. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente" del Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2008.
2. "Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamerica" Informe final. Octubre 2008.
3. "The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1, FINAL TECHNICAL REPORT, January 2009" de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud.
4. Los documentos y retos globales propuestos por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: "Atención limpia es una atención más segura " y Cirugías Seguras: "The Second Global Patient Safety Challenge Safe Surgery Saves Lives".
5. Investigación de practicas seguras hechas por la Universidad de Stanford.
6. The Accuraccy in patient sample identification; propose guideline, GP33P, Subcomité de seguridad del paciente del CLSI.
7. "Report of the WHO World Alliance for Patient Safety Meeting with Spanish and Latin American Technical Experts".
8. "Revisión bibliográfica nacional e internacional de la terminología en seguridad del paciente" (convenio 353 de 2006).
9. Err Is Human: Building a Safer Health System
10. International Classification for Patient Safety (ICPS)" de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud.
11. Metas en Seguridad del Paciente de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations de los Estados Unidos.
12. Technical Especification ISO/TS 19218/05: Medical devices — Coding structure for adverse event type and cause.
13. Accuraccy in patient sample identification; propose guideline, GP33P, Subcomité de seguridad del paciente del CLSI.
14. Prácticas seguras sugeridas por el grupo Leapfrog (LF)
15. Prácticas seguras consensuadas por el National Quality Forum, (NQF).
16. Prácticas recomendadas por la campaña 5K del Institute for Healthcare Improvement –IHI.
17. Características de la Mortalidad Materna en Colombia. Ministerio de Protección Social - UNFPA. Documento Interno, Abril 2009Population reference bureau. Mejorar los servicios de emergencia para evitar muertes maternas. Yvette Collymore, redactora jefe en el PRB.
18. Chalmers, Overmedicalization and appropriate Technologies. Presentación en la Consulta Técnica sobre Maternidad sin riesgo en Sri Lanka, 18 al 23 de Octubre de 1997.
19. MPS. Resolución 3039 de 2007, Estrategias para mejorar la SSR. Línea de Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud, literal d.
20. Pathology and Laboratory Medicine: Errors in Laboratory Medicine: Practical Lessons to Improve Patient Safety. Howanitz P.J. 2005 Vol. 129. No. 10, pp. 1252- 1261.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Carrera 13 Nº 32 - 76 piso 18, Bogotá - Colombia
Teléfono: 330 50 00 Ext.: 1800
Linea de atención al usuario desde Bogotá: (57-1) 330 50 00 Exts.: 3380 - 3381
Resto del País: 01 8000 910097
Pagina web: www.minproteccionsocial.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999

(Julio 8)

Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

EL MINISTRO DE SALUD

En ejercicio de las facultades legales y en especial las conferidas por los artículos 1, 3, 4 y los numerales 1 y 3 del artículo 7 del Decreto 1292 de 1994 y

CONSIDERANDO

Que conforme al artículo 8 de la Ley 10 de 1990, al Ministerio de Salud le corresponde formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema de salud.

Que la Ley 100 de 1993, en su Artículo 173 numeral 2, faculta al Ministerio de Salud para dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios, de obligatorio cumplimiento por parte de todas las Entidades Promotoras de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.

Que el Decreto 2174 de 1996, mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el numeral 4 del Artículo 5, estableció como uno de los objetivos del mismo, estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, que facilitara la realización de las labores de auditoria, vigilancia y control y contribuyera a una mayor información de los usuarios.

Que la Historia Clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector.

Que de conformidad con el Artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud.

Que se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nación en lo concerniente a los aspectos archivísticos contemplados en la Ley 80 de 1989.

RESUELVE:

CAPÍTULO I
DEFINICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1.- DEFINICIONES.

a) La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

b) Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

c) Equipo de Salud. Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

d) Historia Clínica para efectos archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

e) Archivo de Gestión: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.

f) Archivo Central: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención.

e) Archivo Histórico. Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

ARTÍCULO 2.- AMBITO DE APLICACIÓN.

Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud.

ARTÍCULO 3.- CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Las características básicas son:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

ARTÍCULO 4.- OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

CAPÍTULO II
DILIGENCIAMIENTO

ARTÍCULO 5.- GENERALIDADES.

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

ARTÍCULO 6.- APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica.

A partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

PARÁGRAFO PRIMERO. Mientras se cumple el plazo en mención, los prestadores de servicios de salud deben iniciar el proceso de adecuación correspondiente a lo ordenado en el presente artículo.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Todo prestador de servicios de salud debe utilizar una historia única institucional, la cual debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, y organizar un sistema que le permita saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, y a quien y en qué fecha ha sido entregada.

ARTÍCULO 7.- NUMERACION CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLINICA

Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.

ARTÍCULO 8.- COMPONENTES.

Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

ARTÍCULO 9.- IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO.

Los contenidos mínimos de este componente son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.

ARTÍCULO 10.- REGISTROS ESPECÍFICOS.

Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta.

Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicionen y los generalmente aceptados en la practica de las disciplinas del área de la salud.

PARAGRAFO PRIMERO. Cada institución podrá definir los datos adicionales en la historia clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente.

PARAGRAFO SEGUNDO. Todo prestador de servicios de salud debe adoptar mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos los que que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente. El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.

ARTÍCULO 11.- ANEXOS.

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

PARAGRAFO PRIMERO. Los reportes de exámenes paraclinicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro especifico de exámenes paraclinicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin.

PARAGRAFO SEGUNDO. A partir de la fecha de expedición de la presente resolución, en los casos de imágenes diagnosticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro especifico de exámenes paraclinicos y las imágenes diagnosticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.

PARAGRAFO TERCERO. Los archivos de imágenes diagnosticas que hasta la fecha existen en las Instituciones Prestadoras de servicios deberán conservarse de acuerdo a los tiempos fijados en él articulo 15 de la presente resolución. Los prestadores de servicios podrán efectuar la entrega de las imágenes que reposan en estos archivos, al usuario, dejando constancia de ello en la historia clínica.

PARAGRAFO CUARTO. En todo caso el prestador de servicios será responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la historia clínica de su entrega. Cuando

existiere esta constancia firmada por el usuario, será este ultimo el responsable de la conservación de las mismas.

CAPÍTULO III
ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

ARTÍCULO 12.- OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO.

Todos los prestadores de servicios de salud, deben tener un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico, el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

ARTÍCULO 13.- CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

PARÁGRAFO PRIMERO. Del traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

PARÁGRAFO SEGUNDO. En los eventos en que existan múltiples historias clínicas, el prestador que requiera información contenida en ellas, podrá solicitar copia al prestador a cargo de las mismas, previa autorización del usuario o su representante legal.

PARÁGRAFO TERCERO. En caso de liquidación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica.

ARTÍCULO 14.- ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

1) El usuario.

2) El Equipo de Salud.

3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.

4) Las demás personas determinadas en la ley.

PARAGRAFO. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

ARTÍCULO 15.- RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN.

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central.

Un vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

ARTÍCULO 16.- SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.

El prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y en general los prestadores encargados de la custodia de la historia clínica, deben velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

ARTÍCULO 17.- CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Los archivos de historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen.

ARTÍCULO 18.- DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen.

Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos.

En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.

Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

CAPÍTULO IV
COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

ARTICULO 19.- DEFINICION.

Defínase el comité de historias clínicas como el conjunto de personas que al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.

Dicho comité debe establecerse formalmente como cuerpo colegiado o mediante asignación de funciones a uno de los comités existentes en la Institución.

PARÁGRAFO. El comité debe estar integrado por personal del equipo de salud. De las reuniones, se levantarán actas con copia a la dirección de la Institución.

ARTÍCULO 20.- FUNCIONES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS.

a) Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.

b) Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.

c) Elevar a la Dirección y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.

d) Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.

ARTICULO 21. - SANCIONES.

Los Prestadores de Servicios de Salud que incumplan lo establecido en la presente resolución, incurrirán en las sanciones aplicables de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

ARTÍCULO 22.- VIGENCIA.

La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ
Ministro de Salud