

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | <b>TERAPIAS C.T.J</b><br><b>MANUAL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> | <b>Código: 001-CTJ- PP-MA-SP</b><br><b>Versión: 03</b><br><b>Fecha: 02-02-2024</b><br><b>Página 1 de 44</b> |
|--|---|---|

| FECHA TECNICA DEL DOCUMENTO   |  |
|---|--|
|   |  |
| <b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> MANUAL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE  |  |
| <b>OBJETIVO GENERAL.</b><br>Definir la política y establecer la pautas generales y particulares respecto a las acciones en materia de seguridad del paciente para la IPS Terapias Catherin Tatiana Jiménez S.A.S.                 |  |
| <b>ALCANCE</b><br>Implementación de la política de seguridad del paciente, comenzando con la identificación de los riesgos en la prestación del servicio y terminando con la gestión del riesgo y el fomento de un entorno seguro |  |
| <b>JUSTIFICACIÓN</b><br>Se precisa contar con instrumento definido para las acciones de seguridad del paciente que sean concordantes con la operación de servicios de Terapias según corresponda.                                 |  |

| VERSIÓN | DESCRIPCIÓN                 | FECHA DE ENTREGA | FECHA DE REVISIÓN |
|---------|-----------------------------|------------------|-------------------|
| 2       | Actualización del documento | 01-02-2021       | 01-02-2023        |
| VERSIÓN | DESCRIPCIÓN                 | FECHA DE ENTREGA | FECHA DE REVISIÓN |
| 3       | Actualización del documento | 02-01-2024       | 02-02-2024        |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | <b>TERAPIAS C.T.J</b><br><b>MANUAL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> | <b>Código: 001-CTJ- PP-MA-SP</b><br><b>Versión: 03</b><br><b>Fecha: 02-02-2024</b><br><b>Página 2 de 44</b> |
|--|---|---|

## INTRODUCCION

La Política de Seguridad del Paciente que desarrolla Colombia es el conjunto de acciones y estrategias sencillas que está impulsando el Ministerio de la Protección Social para ser implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud las cuales propenden por ofrecer herramientas prácticas en la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la Atención en salud.

La Seguridad del Paciente debe ser una prioridad de la atención en salud en todos los actores del Sistema General de Atención en Salud, 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, prestadora y aseguradora de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos, por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

Por lo descrito anteriormente es necesario la implementación en la IPS Terapias Catherin Tatiana Jiménez S.A.S. el programa de Seguridad del Paciente, componente transversal del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, el cual busca disminuir la incidencia de eventos adversos, controlarlos, identificarlos y minimizar los riesgos y en esta forma brindar una atención en salud segura a nuestros usuarios teniendo como resultado un incremento en la satisfacción y fortaleciendo la lealtad de los usuarios hacia la Institución.

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | <b>TERAPIAS C.T.J</b><br><b>MANUAL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> | <b>Código: 001-CTJ- PP-MA-SP</b><br><b>Versión: 03</b><br><b>Fecha: 02-02-2024</b><br><b>Página 3 de 44</b> |
|--|---|---|

## JUSTIFICACIÓN

Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

- Enfoque de atención centrado en el usuario.
- Cultura de Seguridad.
- Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- Multicausalidad.
- Validez.
- Alianza con el paciente y su familia.
- Alianza con el profesional de la salud

## OBJETIVOS

- Detectar los puntos vulnerables en cada eslabón de la cadena de atención del paciente, con el fin de establecer barreras de seguridad que permitan evitar la aparición de eventos adversos.
- Crear una cultura de seguridad del paciente.
- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en el proceso de atención mediante la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p style="text-align: center;"><b>TERAPIAS C.T.J</b><br/> <b>MANUAL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b></p> | <p style="text-align: center;">Código: 001-CTJ- PP-<br/>MA-SP<br/>Versión: 03<br/>Fecha: 02-02-2024<br/>Página 4 de 44</p> |
|--|--|--|

## POLITICA INSITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

*La seguridad de los pacientes se constituye en una prioridad en la Gestión de Calidad de Terapias Catherin Tatiana Jiménez S.A.S., donde la identificación del riesgo de ocurrencia de un evento adverso sea minimizado a partir del control del proceso de atención, la implementación de barreras de seguridad eficientes, promoviendo la transformación hacia una cultura de seguridad.*

Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar, estos principios son:

- ✓ **Enfoque de atención centrado en el usuario:** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
- ✓ **Cultura de Seguridad:** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
- ✓ **Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud:** La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
- ✓ **Multicausalidad:** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p style="text-align: center;"><b>TERAPIAS C.T.J</b><br/> <b>MANUAL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b></p> | <p style="text-align: center;">Código: 001-CTJ- PP-<br/>MA-SP<br/>Versión: 03<br/>Fecha: 02-02-2024<br/>Página 5 de 44</p> |
|--|--|--|

organizacionales y los diferentes actores.

- ✓ **Validez:** Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- ✓ **Alianza con el paciente y su familia:** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

**Alianza con el profesional de la salud:** La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

## MARCO CONCEPTUAL

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

**Atención en Salud:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

**Indicio de Atención Insegura:** Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

**Falla de la Atención en Salud:** Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

**Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

**Evento Adverso:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- **Evento Adverso Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | <b>TERAPIAS C.T.J</b><br><b>MANUAL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> | <b>Código: 001-CTJ- PP-MA-SP</b><br><b>Versión: 03</b><br><b>Fecha: 02-02-2024</b><br><b>Página 6 de 44</b> |
|--|---|---|

asistencial disponibles en un momento determinado.

- **Evento Adverso No Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

**Incidente:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

**Complicación:** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

**Barrera de Seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

## MARCO METODOLÓGICO

En terapias CTJ se crean las siguientes orientaciones para el paciente y su familia

1. Educar al paciente e incentivarlo para preguntar acerca de su enfermedad, de su autocuidado y de los riesgos: transmitirle la idea de que la búsqueda de este, es algo positivo y no negativo.
2. Promover la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos.
3. Sembrar, en el equipo de atención, la necesidad de concurrir hacia el paciente cuando ocurre un Evento Adverso, y acompañarlo.

Cuando ocurre un evento adverso, el Manejo del Paciente debe estar orientado a:

1. No negarle la ocurrencia del evento adverso; por el contrario, darle información y apoyarlo: definir qué se explica, quien lo hace, cómo y cuándo.
2. Hacer todo lo necesario para mitigar las consecuencias del evento adverso
3. Resarcir al paciente que ha padecido un evento adverso, entendido este como el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente.
4. Explicarle que es lo que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso.

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | <b>TERAPIAS C.T.J</b><br><b>MANUAL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> | <b>Código: 001-CTJ- PP-MA-SP</b><br><b>Versión: 03</b><br><b>Fecha: 02-02-2024</b><br><b>Página 7 de 44</b> |
|--|---|---|

- Mostrar que no se eluden las responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este.

La resolución 256 del 2016 establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad, definido en el dominio de SEGURIDAD en la atención la monitoría de eventos adversos. Esta estrategia es más efectiva si se combina con un sistema de reporte de lo encontrado; sin embargo, los sistemas de reporte deben tener como finalidad el aprendizaje, para generar barreras de seguridad, se debe proteger la intimidad y la confidencialidad del proceso.

La identificación de eventos adversos la realizaremos a través de:

- Reportes voluntarios
- Búsqueda activa a través de revisión de historias clínicas, proceso documentado en la evaluación de historias clínicas mensual para el Comité de Seguridad del paciente.
- Solicitudes de mejoramiento
- Rondas de seguridad.

### **REPORTE INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA ¿Qué paso?**

El reporte a utilizar tiene como finalidad identificar y analizar todos aquellos sucesos sospechosos de ser incidentes o eventos adversos para determinar causas y generar intervenciones, prácticas seguras y barreras de seguridad que permitan prevenir la ocurrencia de atenciones inseguras.

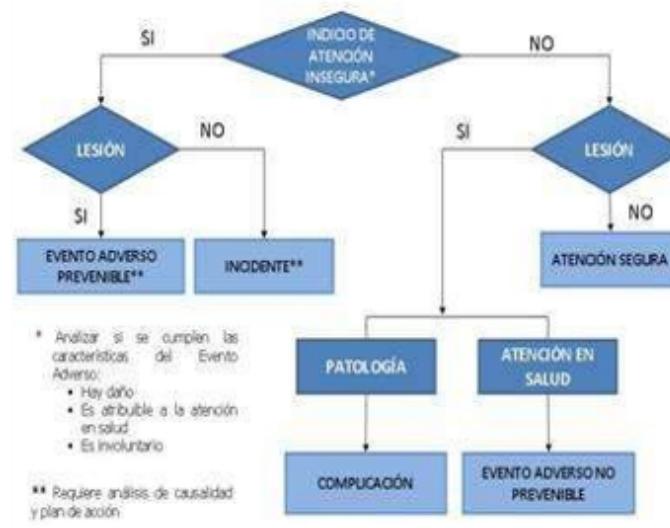
Todo esto dentro del marco obligatorio de intimidad y confidencialidad del proceso.

El proceso de reporte inicia con la notificación del indicio de atención insegura y termina con el análisis de los resultados obtenidos.

**¿Que se reporta?** Cualquier situación que nos haga sospechar la ocurrencia de un indicio de atención insegura, incidente o evento adverso.

**¿A quién se reporta?** Al coordinador de área y/o Líder de seguridad del paciente.

**¿Como se reporta?** Realizando registro del suceso en el formato



**¿Cuándo se reporta?** La notificación se realiza inmediatamente se detecta el suceso que haga sospechar la ocurrencia de un incidente de atención insegura.

**¿Quien reporta?** Todo el personal de la entidad.

### **FORMATO DE REPORTE DE ATENCIÓNES INSEGURAS – INCIDENTES-EVENTOS ADVERSOS.**

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <b>TERAPIAS CTJ S.A.S.</b><br><b>PROCESO TERAPIA INTEGRAL</b><br><b>FORMATO DE REPORTE DEL EVENTO ADVERSIVO</b> | Código: CTJD-PP-FO-FEA-001<br>Version: 03<br>Fecha: 2-2-2023<br>Páginas: 1/1 |
|--|---|--|

| REPORTANTE   | CARGO                           | IDENTIFICACION           |
|--|---------------------------------|--------------------------|
| FECHA DEL REPORTE  | FECHA DE OCURRENCIA DEL EVENTO  | VINCULACION DEL PACIENTE |
| DIA<br>MES<br>AÑO  | DIA<br>MES<br>AÑO               | DIA<br>MES<br>AÑO        |
| NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO                                  | TIPO DE ID                      | NUMERO DE IDENTIFICACION |
| DIAGNOSTICO DE BASE CIE 10                                     | DIAGNOSTICO POSTERIOR AL EVENTO | F M                      |
| DESCRIPCION DEL EVENTO   |                                 |                          |
| ¿QUÉ SUCEDEO?  |                                 |                          |
| ¿DONDE SUCEDEO?  |                                 |                          |
| ¿PORQUE SUCEDEO?   |                                 |                          |
| ¿COMO SUCEDEO?   |                                 |                          |
| EN CASO DE SER UN EVENTO RELACIONADO CON MEDICAMENTOS DESCRIBA |                                 |                          |

|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <p>TERAPIAS C.T.J<br/>MANUAL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL<br/>PACIENTE</p> | <p>Código: 001-CTJ- PP-<br/>MA-SP<br/>Versión: 03<br/>Fecha: 02-02-2024<br/>Página 9 de 44</p> |
|---|---|--|

## **ANALISIS Y GESTIÓN.**

Aunque muchas veces es fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente, un análisis más cuidadoso, usualmente, descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso. La identificación de una desviación obvia, con respecto a una buena práctica, es apenas el primer paso de una investigación profunda.

En la IPS TERAPIAS CATHERIN TATIANA JIMENEZ S.A.S. se llevará a cabo la metodología para el análisis de los eventos adversos por medio del protocolo de Londres.

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <b>TERAPIAS C.T.J</b><br><b>MANUAL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> | Código: 001-CTJ- PP-<br>MA-SP<br>Versión: 03<br>Fecha: 02-02-2024<br>Página 10 de 44 |
|--|---|--|

## Metodología protocolo de Londres.

El protocolo de Londres es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de incidentes clínicos”.

Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir más allá de simplemente identificar la falla o establecer quien tuvo la culpa.



## GESTION DEL RIESGO

Para la gestión del riesgo, se tendrá en cuenta la metodología de análisis de modo de falla y efectos AMFE, la cual consiste en identificar y priorizar las fallas potenciales en la prestación del servicio, para posteriormente analizarlas, establecer su efecto o consecuencia y finalmente clasificarla de acuerdo con su gravedad y toma de acciones para reducir su ocurrencia.

En esencia se basa en contestar tres preguntas:



**TERAPIAS C.T.J**  
**MANUAL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Código: 001-CTJ- PP-  
MA-SP

Versión: 03

Fecha: 02-02-2024

Página 11 de 44

- Que fallas pueden ocurrir en un subsistema o proceso?
- Porqué puede ocurrir la falla?
- Cuáles pueden ser las consecuencias de esas fallas sobre el subsistema y sobre la totalidad del proceso

| TERAPIAS CTJ SAS.  |  |   |   |   | Código: C1-J-SP-FU-<br>Version: 1<br>Fecha: 01-04-2023<br>Pagina: 1 |                          |   |  |   |   |                          |   |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|---|---|---|--------------------------|---|--|---|---|--------------------------|---|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| OBJETIVO   | SEGURIDAD DE PACIENTE - ANALISIS DE MODO Y EFECTO DE FALLO |   |   |   |   |                          |   |  |   |   |                          |   |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | PROCEDIMIENTO  | MODO DE FALLA   | EFFECTO   | CAUSA   | MECANISMOS DE CONTROL   | CALIFICACION DE LA FALLA |   | NIVEL DE RIESGO  | NUEVOS MECANISMOS DE CONTROL  |   | CALIFICACION DE LA FALLA |   | REDUCCION DEL NRP |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P  | I  | D   | NRP   | P   | I   | D                        |   |  |   | P | I                        | D |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Identificación del paciente                                | Identificación del paciente con alto riesgo de caída       | el paciente puede caerse  | No se tiene el esticker   | tener un stock de stickers  | 5   | 3                        | 3 | 45   | para que los insumos de identificación estén completos  |   |                          |   |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Conocimiento de la política de seguridad de paciente       | No se tiene el conocimiento   | Falta de información de la misma                                      | Publicación de la política y entrega de folleto informativo                       | 4   | 4                        | 2 | 32   | Publicación en página web y tableros institucionales sobre la política de manera              |   |                          |   |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Conceptualización de evento adverso                        | No se realizan reportes   | Desconocimiento conceptual  | Sociabilización al equipo de trabajo en marco conceptual y protocolo establecido  | 5   | 4                        | 3 | 60   | Pre test y post Test sobre conceptos de seguridad de paciente, envío de capsulas informativas |   |                          |   |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gestión integral de residuos                               | Segregación en la fuente                                   | No se realiza de forma correcta la segregación en la fuente               | Mala disposición de los residuos                                      | Capacitación en segregación en la fuente  | 4   | 3                        | 2 | 24   | Capsula informativa sobre segregación en la fuente  |   |                          |   |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bioseguridad   | Disponibilidad de jabones, toallas y gel                   | Afectación del último paso en la técnica del lavado de manos              | No hay disponibilidad de toallas para los pacientes                   | Dejar toallas en los baños  | 4   | 4                        | 2 | 32   | Estrategia de secador o entrega de toalla en recepción  |   |                          |   |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Manejo de historia clínica                                 | Fecha de finalización de tratamientos                      | Reincidencia en el servicio   | No se tiene presente si termina o continua en tratamiento el paciente | sobre la importancia de colocar la fecha para el registro en la historia          | 4   | 4                        | 3 | 48   | Realizar la auditoria en el seguimiento de la indicación                                      |   |                          |   |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Remisión a plan casero                                     | Garantía de la atención prestada  | Reincidencia en el servicio   | Indicar al terapeuta la remisión al paciente a los planes caseros institucionales | 5   | 5                        | 3 | 75   | Publicar en los Tv institucionales y en la página web los planes caseros                      |   |                          |   |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Infraestructura  | Plataforma para lavado de manos                            | Afectación del último paso en la técnica del lavado de manos              | No hay disponibilidad de toallas para los pacientes                   | Dejar toallas en los baños  | 4   | 4                        | 2 | 32   | Estrategia de secador o entrega de toalla en recepción  |   |                          |   |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Mobiliario en buen estado                                  | Riesgo de caída de los pacientes  | Mobiliario en mal estado o próximo a cambio                           | Mantenimiento del mobiliario  | 5   | 4                        | 3 | 60   | Revisión del mobiliario, cambio y/o compra  |   |                          |   |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CALIFICATIVOS  |  |   |   | NIVEL DE RIESGOS  |   |                          |   | 125 CRITICO RIESGO DE FALLA<br>64 RIESGO DE FALLA ALTO<br>27 RIESGO DE FALLA MODERADO<br>8 RIESGO DE FALLA MINIMO<br>1 NO ESISTE RIESGO DE FALLA |   |   |                          |   |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 CRITICO<br>4 ALTO<br>3 MODERADO<br>2 MINIMO<br>1 NINGUNO |  |   |   |   |   |                          |   |  |   |   |                          |   |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CONVENCIONES   | P  | PROBABILIDAD DE IMPACTO / DIRECTAMENTE PROPORCIONAL                       |   |   |   |                          |   |  |   |   |                          |   |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | I  | IMPACTO / DIRECTAMENTE PROPORCIONAL                                       |   |   |   |                          |   |  |   |   |                          |   |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | D  | DETECCION IMPACTO DE LAS MEDIDAS DE CONTROL / INVERSALEMENTE PROPORCIONAL |   |   |   |                          |   |  |   |   |                          |   |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | NRP  | NUMERO DE PRIORIDAD DEL RIESGO  |   |   |   |                          |   |  |   |   |                          |   |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

## RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Objetivos:

- Promover la cultura de seguridad del paciente.
- Identificar de manera directa los factores que condicionan riesgos para el paciente, las prácticas seguras e inseguras.
- Evaluar la implementación y adherencia a barreras de seguridad.

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <b>TERAPIAS C.T.J</b><br><b>MANUAL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> | <b>Código: 001-CTJ- PP-MA-SP</b><br><b>Versión: 03</b><br><b>Fecha: 02-02-2024</b><br><b>Página 12 de 44</b> |
|--|---|--|

- Educar en seguridad del paciente.
- Tomar contacto con los pacientes para identificar aspectos relacionados con su seguridad.
- Crear compromisos para mejorar la seguridad del paciente.

Responsables: Equipo funcional

Cobertura: Los diferentes de la IPS

Periodicidad: Se establecerá mínimo realizar 2 veces por mes.

Duración: El tiempo de la ronda se realizará en 30 minutos.

Notificación: Se realizará notificación previa al servicio.

Criterios: Se realizará con lista de chequeo de cada servicio

Metodología a utilizar para la aplicación de Rondas de Seguridad del paciente.

- Conversación de corredor.
- Conversaciones individuales.
- Observación directa
- Revisión de Historias Clínicas
- Entrevistar tanto personal de salud como pacientes.
- Utilización de formato de verificación de las actividades más grandes implementadas por el equipo encargado de las rondas de seguridad de la institución.

La Adopción y aplicación de listas de chequeo por parte de los profesionales operativos son de gran ayuda para reducir los errores, minimizar riesgos y eventos adversos y promover el cumplimiento de medidas de seguridad para el paciente.

## COMITÉ DE SEGURIDAD DE PACIENTE

El comité será constituido bajo resolución de gerencia de la IPS Terapias Catherin Tatiana Jiménez S.A.S.

### RESOLUCION No 3 ( 30 de mayo de 2020)

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <b>TERAPIAS C.T.J</b><br><b>MANUAL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> | <b>Código: 001-CTJ- PP-MA-SP</b><br><b>Versión: 03</b><br><b>Fecha: 02-02-2024</b><br><b>Página 13 de 44</b> |
|--|---|--|

Por medio de la cual se conforma y reglamenta el Comité de Seguridad del Paciente de la IPS Terapias Catherin Tatiana Jiménez S.A.S. El suscrito gerente de la IPS Terapias Catherin Tatiana Jiménez S.A.S., en uso de sus facultades legales en especial las conferidas por la ley 100 de 1993, la ley 1438 del 2011, el decreto 780 de 2016, resolución 3100 de 2019. Y CONSIDERANDO:

Que la Política nacional de prestación de servicios en salud concibe al componente de calidad como un elemento estratégico que se basa en dos principios fundamentales: el mejoramiento continuo de calidad y la atención centrada en el usuario, fortalecimiento de los componentes de Habilitación, Acreditación y auditoria, con el fin de disminuir riesgos asociados a la atención e incrementar el impacto de los servicios en mejora del nivel de salud de la población.

Que el decreto 780 de 2016 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y define la seguridad del paciente como “ el conjunto de elementos estructurales , procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias

Que la seguridad del paciente es una característica del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, que se despliega de manera transversal por cada uno de sus componentes es decir el Sistema Único de Habilitación, Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud, Sistema único de Acreditación y Sistema de Información para la Calidad.

**EL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:** La IPS Terapias Catherin Tatiana Jiménez S.A.S. cumpliendo con la normatividad vigente y garantizando el efectivo cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad apoyado en el cumplimiento de la ley resuelve conformar el comité de seguridad del paciente.

**ARTÍCULO 2: OBJETIVO:** El Comité de Seguridad del Paciente tendrá por objeto liderar la Gestión en Seguridad del paciente mediante acciones preventivas, capacitación, seguimiento y retroalimentación liderado por un grupo multidisciplinario institucional altamente comprometido.

**ARTICULO 3: ALCANCE:** El comité de Seguridad del paciente es una instancia de asesor técnico científico dentro de la institución, para contribuir a la máxima reducción de los riesgos en la atención en salud y hacer de nuestra institución una **INSTITUCION SEGURA**.

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <b>TERAPIAS C.T.J</b><br><b>MANUAL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> | <b>Código: 001-CTJ- PP-MA-SP</b><br><b>Versión: 03</b><br><b>Fecha: 02-02-2024</b><br><b>Página 14 de 44</b> |
|--|---|--|

**ARTÍCULO 4: CONFORMACIÓN:** Los miembros del comité deben ser escogidos por su idoneidad y capacidad de decisión y liderazgo.

El comité de SEGURIDAD DEL PACIENTE estará conformado por:

- Gerente
- Coordinador Asistencial
- Coordinador Administrativo
- Referente de Seguridad del paciente
- Coordinador o líder del SGST
- Asesor de Calidad
- Líder Siau
- EL coordinador de cada sede con que cuente la IPS cuando así sea.

**FUNIONES DEL COMITÉ:** Son funciones del comité las siguientes:

- ✓ Formular las políticas institucionales relacionadas con gestión de riesgos que garanticen la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de salud, tomando como referente las políticas expedidas por del Ministerio de la Protección Social respecto del tema.
- ✓ Establecer las directrices sobre el modelo organizacional para el análisis de las
- ✓ Situaciones adversas que se presenten durante la atención y controlar su cumplimiento estricto.
- ✓ Organizar y coordinar los programas de educación continua sobre seguridad del paciente a todos los niveles de la IPS.
- ✓ Analizar con los líderes de los procesos, las posibles fallas que puedan presentarse en la atención del paciente
- ✓ Sensibilizar a todo el personal de la IPS en la importancia del reporte de las situaciones adversas que se presenten durante la atención.
- ✓ Realizar un proceso regular y continuo de recolección, procesamiento, análisis,
- ✓ Evaluación y control permanente de los reportes de situaciones adversas derivadas de la atención.

Analizar la información de importancia para la seguridad del paciente, obtenida por diferentes fuentes de información:

1. Auditoria de historia clínicas
2. Rondas de seguridad
3. Ficha de reporte de eventos adversos

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <b>TERAPIAS C.T.J</b><br><b>MANUAL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> | <b>Código: 001-CTJ- PP-MA-SP</b><br><b>Versión: 03</b><br><b>Fecha: 02-02-2024</b><br><b>Página 15 de 44</b> |
|--|---|--|

4. Auditoría interna de servicios
5. Informe de análisis y seguimiento de eventos adversos
  - ✓ Evaluar los eventos adversos y los incidentes detectados en la institución, analizarlos y proponer acciones para eliminar su aparición y mitigar las consecuencias que de estos se derivan, formulando acciones preventivas para evitar que vuelvan a ocurrir.
  - ✓ Hacer seguimiento al tratamiento dado al paciente que ha sufrido un evento adverso durante la atención.
  - ✓ Elaborar y realizar el análisis pertinente a los indicadores de seguridad en la prestación de servicio, tanto institucionales como los requeridos por entes de vigilancia y control
  - ✓ Evaluar las actividades de prevención y control de los eventos adversos que afecten a los usuarios presentes en la sede y al personal mismo que trabaja en ella.

**ARTÍCULO 6: PERIODICIDAD DE LA REUNION:** EL Comité de Seguridad del Paciente se reunirá de manera ordinaria cada mes y extraordinariamente cuando las circunstancias así lo requieran.



**TERAPIAS C.T.J.**  
**PROCESO TERAPIA INTEGRAL**  
**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**Código: CTJ-TI-PG-01**

**Versión: 02**

**Fecha: 30-05-2020**

**Página 16 de 44**