



TERAPIAS C.T.J
PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
LISTAS DE CHEQUEO BUENAS PRACTICAS

Código: 0 0 1 1 - CTJ- PP-
LC
Versión: 01
Fecha: 2-7-2023
Página 1 de 2

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES	CUMPL E	NO CUMPL E	OBSERVACIONES
1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos			
a. Plataforma Estratégica de la Seguridad			
Evidencia del compromiso de la alta Dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, referente o equipo funcional líder del programa de seguridad de pacientes, estrategias de sensibilización y capacitación institucionales, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, integración con otras políticas y con la planeación estratégica, participación del paciente y su familia)			
Evidencia de la existencia de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad			
Evidencia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes que repose en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS.			
b. Fortalecimiento de la Cultura institucional			
Evidencia de la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad (política de seguridad institucional, taxonomía, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos)			
c. Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos			
Definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso. Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.			
Definición e implementación de un sistema de análisis de causa (puede ser el Protocolo de Londres u otro sistema técnico) de las fallas en la atención en salud. Incluye la definición de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Para las IPS, éste análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad			
d. Procesos Seguros			
Evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados			
Evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados			



TERAPIAS C.T.J
PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
LISTAS DE CHEQUEO BUENAS PRACTICAS

Código: 0 0 1 1 - CTJ- PP-
LC
Versión: 01
Fecha: 2-7-2023
Página 2 de 2

Evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados			
La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.			
2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente			
La Institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia			
La institución realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes que quedaron obligatorios en el Sistema Único de Habilitación y que le apliquen			
3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud			
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: infección asociadas a la atención en salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dichas infecciones. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad			
Protocolo para la higiene de manos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo incorpora los cinco momentos del lavado de manos recomendado por la OMS. Debe estar socializado			
Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y documentación de acciones de mejora si aplica.			
Presencia de insumos institucionales para la higiene de manos: Toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial, en concordancia con el protocolo institucional de higiene de manos			
Manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe estar socializado			
Medición semestral de adherencia al Manual de Bioseguridad en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora.			
5. Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales			
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad			
Protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura.			



TERAPIAS C.T.J
PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
LISTAS DE CHEQUEO BUENAS PRACTICAS

**Código: 0 0 1 1 - CTJ- PP-
LC**

Versión: 01

Fecha: 2-7-2023

Página 3 de 2

Medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora			
6. Prevenir las úlceras por presión			
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por presencia de úlceras por presión cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad			
Protocolo para la minimización de riesgos de aparición de úlceras por presión o escaras desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir esquemas de movilización de pacientes en riesgo, cuidados de la piel con soluciones adecuadas, valoración permanente del estado de la piel y condiciones de higiene			
Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de úlceras por presión o escaras de los usuarios y documentación de acciones de mejora			