



**MINISTERIO DE DEFENSA
NACIONAL**



**COMANDO GENERAL
FUERZAS MILITARES**



Al contestar cite este número

Radicado No. 0122010958302 / MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUAS-ARCAS-23.1

DIRECTIVA PERMANENTE

DE CONOCIMIENTO DEL DIRECTOR

Bogotá D.C., 10 de Noviembre de 2022

Asunto: Metodología para la Implementación del Programa Seguridad del Paciente del SSFM - DIGSA.

Para: Dirección de Sanidad del Ejército, Dirección de Sanidad ARC, Jefatura Salud de la Fuerza Aérea Colombiana y Establecimiento de Sanidad Militar.

INTRODUCCION

La Seguridad del Paciente es una prioridad durante la prestación de los servicios de salud y los incidentes y eventos adversos presentados son la luz roja que alertan sobre la existencia de una atención insegura, convirtiéndose en el indicador fundamental de la calidad.

A nivel mundial se han creado acciones continuas que permiten garantizar y fortalecer la seguridad del paciente, en Colombia en el 2008, el Ministerio de Salud, buscando prevenir la ocurrencia de situaciones que afectaran la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, impulsó una Política de Seguridad del Paciente y la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad. De igual manera para el 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la Resolución 2003 se establece que los prestadores de salud deben cumplir con "... los requisitos mínimos para brindar seguridad a los usuarios en el proceso de la atención en salud", petición que continua vigente con la actualización en la Resolución 3100 del 2019.

En el 2014, la Dirección General de Sanidad Militar del SSFM, emitió lineamientos que permiten fortalecer la seguridad del paciente durante la prestación de servicios de salud, como la Directiva Transitoria N°03 "Directrices para la implementación del reporte de eventos adversos", siendo este una herramienta para el monitoreo continuo y búsqueda activa de las acciones inseguras dentro de los Establecimientos de Sanidad Militar.

Para el 2018, se emite la Directiva Permanente N°02 "Directrices para el mantenimiento del Componente de Capacidad Tecnológica y Científica, del Sistema de Calidad en Salud para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares" que tiene como finalidad continuar con la implementación y el mantenimiento de las directrices para la aplicación, evaluación y verificación de requisitos básicos de la Capacidad Tecnológica y Científica en los Establecimientos de Sanidad Militar del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, con



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



el objeto de establecer estándares que mitiguen los riesgos y propendan por la seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud.

En el 2021, el área de Calidad en Salud de la DIGSA, y a partir de lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, adoptó la Política de Seguridad del Paciente con el objetivo de promover una atención en salud segura, disminuyendo el riesgo durante la prestación de los servicios de salud brindados a los usuarios, emitiendo lineamientos para generar un ambiente seguro en los niveles estratégicos, asistenciales, administrativos y del entorno, con el fin de promover entre los colaboradores, usuarios y sus familias, el mejoramiento continuo y la cultura de calidad con enfoque a la gestión del riesgo en los procesos de atención en salud.

Por lo anterior, y dando alcance a lo estipulado en el Acuerdo No 071 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional del 02 de Agosto de 2019 "Por el cual se fijan los parámetros para la integración, implementación y mantenimiento de los sistemas de gestión, en el Sistema de Salud de las fuerzas Militares y de la Policía Nacional", en el Anexo Técnico del Sistema de Calidad en Salud SCS del SSMP, se estructura el Programa de Seguridad del Paciente para el SSFM, para ser implementado en los ESM y monitoreado por el área de Calidad en Salud de la Dirección General de Sanidad Militar y las áreas de Garantía de la Calidad en Salud de las Direcciones de Sanidad de Ejército, Sanidad ARC, la Jefatura de Salud de la Fuerza Aérea y los Establecimientos de Sanidad Militar.

1. GLOSARIO

Acción correctiva: Acción para eliminar la causa de una no conformidad y evitar que vuelva a ocurrir.

Acción preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad u otra situación potencial no deseable.

Acciones de Reducción de Riesgo: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

Acciones Inseguras: Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras, las cuales tienen dos características esenciales: a). La atención se aparta de los límites de una práctica segura; y b). la desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.

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

Auditoria de la calidad de la atención en salud: Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares y requisitos de calidad de los



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.

de Sanidad Militar, tanto en la red interna, como en la red externa. Esto implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos en salud, e implementación de recomendaciones tendientes a corregir las desviaciones detectadas y el seguimiento de estas. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, sobre los procesos de atención, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros), es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar auditoría en alguna modalidad o tipo.

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

Cierre de Caso: En seguridad del paciente se considera que el caso está cerrado cuando el seguimiento permite garantizar que el problema ha sido intervenido y las barreras levantadas tienen un efecto protector. De acuerdo con la complejidad de los casos se puede considerar Cierre parcial y posteriormente Cierre Total.

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.

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

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 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.

Evento Adverso Serio: Evento no intencionado que pudo haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, operador o todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente, como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico.

Evento Adverso No Serio: Evento no intencionado, diferente a los que pudieron haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, operador o todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente, como consecuencia de la utilización de un dispositivo o aparato de uso médico.

Evento Centinela: Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que o estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.

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 o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura_cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



Fallas Activas o Acciones Inseguras: Son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc).

Fallas latentes: Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (personal administrativo).

Factores Contributivos: Son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).

Farmacovigilancia: Sistema que recoge, vigila, investiga y evalúa la información sobre los efectos de los medicamentos, productos biológicos, plantas medicinales y medicinas tradicionales, con el objetivo de identificar información de nuevas reacciones adversas, conocer su frecuencia y prevenir los daños en los pacientes (OMS).

Actividad en Salud Pública que se encarga de la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos o de cualquier otro problema relacionado con medicamentos, que se dispensan con o sin fórmula (INVIMA).

Gestión del Evento Adverso: Se considera que un evento adverso ha sido gestionado cuando tiene un plan de mejora ajustado al suceso que se presentó y se le ha hecho un seguimiento por lo menos. No es sinónimo de cierre de caso.

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.

Incidente Adverso Serio: Potencial riesgo de daño no intencionado que pudo haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, pero que, por causa del azar o la intervención de un profesional de la salud u otra persona, o una barrera de seguridad, no generó un desenlace adverso.

Indicio Adverso No Serio: Potencial riesgo de daño no intencionado diferente a los que pudieron haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, pero que, por causa del azar o la intervención de un profesional de la salud u otra persona, o una barrera de seguridad, no generó un desenlace adverso.

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

No Conformidad: Incumplimiento de un requisito.

Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita (significa que es habitual o práctica común) u obligatoria. Un requisito especificado es aquel que está establecido. Por ejemplo, en información documentada.

Reactivovigilancia: Es el conjunto de actividades que tiene por objeto la identificación y cualificación de efectos indeseados ocasionados por defectos en la calidad de los reactivos



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



de diagnóstico in vitro, así como la identificación de los factores de riesgo o características que puedan estar relacionadas con estos. El Programa Nacional de Reactivovigilancia se basa en la notificación, registro y evaluación sistemática de los problemas relacionados con los reactivos in vitro, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de estos para prevenir su aparición.

Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra. En la taxonomía es la probabilidad de que se produzca un incidente.

Ronda de Seguridad: Conjunto de herramientas, procedimiento y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias para referirse a errores o eventos adversos que ocurren durante el proceso clínico asistencial.

Seguridad del Paciente: 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.

Sistema de Gestión del Evento Adverso: Se defina como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

Tecnovigilancia: "Es el conjunto de actividades que tienen por objeto la identificación y la cualificación de efectos adversos serios e indeseados producidos por los dispositivos médicos, así como la identificación de los factores de riesgo asociados a estos efectos o características, con base en la notificación, registro y evaluación sistemática de los efectos adversos de los dispositivos médicos, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de estos para prevenir su aparición".

2. OBJETIVO

Establecer los lineamientos y estrategias encaminadas a incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras en la atención en salud de los Establecimientos de Sanidad Militar, que permitan garantizar el cumplimiento y la implementación de la Política de Seguridad del Paciente del Subsistema de las Fuerzas Militares.

3. ALCANCE

El presente Programa de Seguridad del Paciente debe ser aplicable a partir de la fecha de aprobación e implementada por el Área de Garantía de Calidad en Salud (o quien haga sus veces) en los Establecimientos de Sanidad Militar del SSFM, personal asistencial y administrativo, con el fin de mantener un seguimiento y control por parte de las DISANES (EJC – ARC), JEFSA y DIGSA, responsables de realizar el análisis de las acciones de fortalecimiento implementadas para la Política de Seguridad del Paciente y los reportes presentados de manera trimestral y con cierre anual, así mismo deben verificar la pertinencia de los programas de monitoreo que contribuyen a la vigilancia epidemiológica y las actividades que facilitan el control de ocurrencia de incidentes y eventos adversos, generando una cultura de seguridad.



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



4. NORMATIVIDAD APLICABLE

- Constitución Política de Colombia de 1991.
- Ley 352 de 1997, "Por la cual se reestructurar el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional".
- Ley 1751 de 2015, "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones".
- Decreto Ley 1795 de 2000, "Por la cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional".
- Decreto 4725 de 2005, "Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano, donde se incluye el concepto de Tecnovigilancia".
- Decreto 3518 de 2006, "Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones".
- Decreto 780 de 2016, "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social" Ministerio de Salud y Protección Social. Parte 5 Reglas para Aseguradores y prestadores de servicios de salud, Título 1 Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, Capítulo 1 Disposiciones Generales Artículo 2.5.1.1.1.
- Resolución 1995 de 1999, "Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica".
- Resolución 1403 de 2007, "Por la cual se determina el Modelo de Gestión del servicio farmacéutico, se adopta el manual de condiciones esenciales y procedimientos y se dictan otras disposiciones".
- Resolución 2679 de 2007, "Por la cual se conforma el Comité Sectorial de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud".
- Resolución 4026 de 2007, "Por la cual se dictan unas disposiciones sobre la prescripción de medicamentos y dispositivos médicos por parte de médicos extranjeros que laboran en las embajadas y consulados ubicados en Colombia y se modifica parcialmente la Resolución 1403 de 2007".
- Resolución 4816 del 2008, "Por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecnovigilancia".
- Resolución 5596 de 2015, "Por la cual se definen los criterios técnicos para el sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias Triage".



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



- Resolución 256 de 2016, "Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud".
- Resolución 839 de 2017, "Por la cual se modifica la Resolución 1995 y de dictan otras disposiciones".
- Resolución 482 de 2018, "Por la cual se reglamenta el uso de equipos generadores de radiación ionizante, su control de calidad, la prestación de servicios de protección radiológica y se dictan otras disposiciones".
- Resolución 3100 de 2019, "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud".
- Acuerdo 002 de 2001, "Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial".
- Acuerdo 010 de 2001, "Por el cual se adiciona el Acuerdo 002 de 2001 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional – CSSMP que establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial".
- Acuerdo 070 de 2019 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, "Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional".
- Acuerdo 071 de 2019 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, "Por el cual se fijan los parámetros para la integración, implementación y mantenimiento de los Sistemas de Gestión en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional".
- Acuerdo 080 de 2022 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, "Por el cual se dictan políticas y lineamientos generales para la Gestión Farmacéutica y se determina el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la policía Nacional".
- Manual de seguridad del paciente fase III y IV SSFM- DGSM.
- Manual de Implementación del Programa de Tecnovigilancia del SSFM. 2022.
- Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" Marzo de 2010 del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Observatorio de Calidad de la atención en salud del Ministerio de Salud y Protección Social. Centro de Seguridad del Paciente.
- Directiva Permanente 0122008641702 de 2022 "Directrices para el Componente de Capacidad Tecnológica y Científica del Subsistema de las Fuerzas Militares DIGSA".



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que
administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.

5. DISPOSICIONES GENERALES

- El Sistema de Calidad en Salud de las Fuerzas Militares, cuenta actualmente con la adopción de los lineamientos a partir de la normatividad emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta la misión propia de las Fuerzas Militares como régimen de excepción, con el propósito de acogerse voluntariamente a los parámetros y los métodos basados en la evidencia científica, así como con las metodologías del mejoramiento continuo.
- Considerando que los servicios de salud ofertados por los ESM del SSFM, deben propender por la prestación de servicios de salud seguros, la Dirección General de Sanidad Militar, luego de realizar la respectiva auditoria de Calidad en Salud y verificar el incumplimiento de requisitos mínimos de la Capacidad Tecnológica y Científica, procederá a cerrar el servicio que incumpla criterios que pongan en riesgo la salud o la vida de los usuarios del Subsistema de Salud de la Fuerzas Militares.

Por lo tanto, hasta que no se realicen las acciones correctivas para la eliminación del riesgo que conllevo al cierre de dicho servicio, el ESM será responsable de elaborar y dar cumplimiento con un plan que permita la reubicación y la prestación de servicios de salud a los pacientes, según sus necesidades y condiciones médicas.

Para la reapertura del servicio, el ESM solicitará a la Dirección General de Sanidad Militar la auditoria de Calidad en Salud para el seguimiento y verificación del cumplimiento de los criterios de capacidad tecnológica y científica por los cuales se definió la conducta de cierre y recibir la autorización correspondiente para la continuidad de la prestación de dicho servicio.

- Cada Dirección de Sanidad, en coordinación con los Establecimientos de Sanidad Militar, deberán planear y prever, en sus planes de compras, las necesidades y los recursos necesarios para el desarrollo y cumplimiento de la presente directiva, si los recursos asignados para la vigencia son insuficientes, deberá formular y presentar un Proyecto de inversión ante la Dirección General de Sanidad Militar, para la correspondiente gestión y consecución de recursos ante el Departamento Nacional de Planeación – DNP, Ministerio de Hacienda y Ministerio de Defensa.
- Las dependencias del SSFM de las DISANES (EJC - ARC), JEFSA y ESM, deben garantizar el mantenimiento de los soportes documentales de implementación de la presente Directiva Permanente, y de este modo, contar con la trazabilidad de sus acciones y soportes del mejoramiento alcanzado. Con especial énfasis, el Director del ESM, será el responsable de dicha información teniendo en cuenta que es el ESM es quien genera los datos base de este componente, los cuales deben estar archivados, como lo requiere la Ley Nacional de Archivo.
- En cumplimiento a la Directiva Presidencial 04 de 2012 “Eficiencia administrativa y lineamientos de la política cero papel en la administración pública”, todos los soportes documentales de implementación derivados de la presente Directiva Permanente, sólo y únicamente se recibirá documentos en archivo Excel o PDF, enviados en medio magnético o a los correos electrónicos de los responsables de las áreas de Garantía de



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que
administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



Calidad en Salud de DISAN Ejército, Sanidad ARC o Jefatura Salud Fuerza Aérea, o a los correos institucionales del Área de Calidad en Salud de la Dirección General de Sanidad Militar.

- La presente Directiva Permanente de la Metodología para la Implementación del Programa de Seguridad del Paciente del SSFM y sus anexos, rigen a partir de la fecha de expedición, derogando la Directiva Transitoria N°03 del 2014.

5.1. MISIONES PARTICULARES

5.1.1. Dirección General de Sanidad Militar

- Elaborar y socializar los lineamientos emitidos a partir de la presente Directiva Permanente, para el seguimiento y control de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente del SSFM.
- Consolidar y analizar los resultados de los reportes de las actividades realizadas en las DISANES (EJC – ARC), JEFSa y ESM, con el fin de realizar el seguimiento, verificación y control al fortalecimiento de la cultura de la seguridad del paciente en el SSFM.
- Verificar el seguimiento y avance trimestral de las actividades de mejora formuladas y barreras de seguridad implementadas a partir de las acciones inseguras reportadas por los ESM.
- Retroalimentar de manera trimestral a las DISANES (EJC – ARC) y JEFSa, los resultados de las actividades realizadas en el SSFM.
- Realizar informe de cierre anual de las actividades de control y seguimiento de las acciones inseguras en salud reportadas por los Establecimientos de Sanidad Militar del SSFM.

5.1.2. Direcciones de Sanidad (EJC – ARC) y JEFSa

- Difundir y socializar a los Establecimientos de Sanidad Militar la Presente Directiva, con el fin de dar cumplimiento a esta, contando con el soporte documental; la socialización de esta se debe realizar de manera anual o cada vez que se realice rotación de los funcionarios que conforman el área de Garantía de Calidad en Salud a nivel de Direcciones de Sanidad (EJC – ARC), JEFSa y ESM.
- Brindar apoyo técnico al coordinador de Garantía de Calidad en salud o quien haga sus veces en el Establecimiento de Sanidad Militar, con el fin de implementar adecuadamente la presente Directiva Permanente y los anexos establecidos, aclarando que el análisis de resultados debe ser consolidado de manera trimestral y remitido por medio de un informe al Área de Calidad en Salud de DIGSA, en el que se reporten adicionalmente las actividades desarrolladas a nivel del SSFM para todas las dependencias.
- Retroalimentar a los ESM las observaciones identificadas, de manera trimestral, de las actividades desarrolladas y las acciones inseguras reportadas durante la prestación de



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



servicios de salud, con el objetivo de fortalecer la cultura de seguridad del paciente y mantener acciones no punitivas con respecto a la presencia de estas.

- Consolidar los reportes de las acciones inseguras en salud presentadas en los ESM en el Anexo N°3 Formato de consolidación del reporte de acciones inseguras en salud del SSFM, con el fin de realizar seguimiento a los casos presentados, identificando las debilidades, fortalezas y actividades realizadas para el fortalecimiento de la política y cultura de la seguridad del paciente.
- El informe de análisis de la gestión sobre la implementación del Programa de Seguridad del Paciente del SSFM (mencionado en el ítem 2) según los niveles (DISAN EJC – ARC, JEFSa y ESM) y los reportes consolidados en el Anexo N°3 Formato de consolidación del reporte de acciones inseguras en salud del SSFM, deben ser enviados con fecha máxima el día 25 del mes posterior al corte trimestral (mayo, agosto, noviembre y febrero) mediante los correos electrónicos establecidos por el Sistema de Calidad en Salud de la DIGSA.
- Generar el informe de cierre de consolidación anual de resultados del seguimiento y control de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente del SSFM (el cual incluye el cuarto trimestre de la vigencia verificada), con el fin de verificar la pertinencia de la presente Directiva Permanente, el cual debe ser enviado a la DIGSA, al área de Calidad en Salud, el día 25 del mes de febrero de la vigencia siguiente.
- El análisis del reporte de acciones inseguras en salud en el SSFM, debe implementarse en los Establecimientos de Sanidad Militar, realizando un reporte mensual a la DISAN (EJC – ARC) o JEFSa, según corresponda, y estas a su vez, deben realizar el consolidado trimestral mediante informe de análisis de resultados, lo anterior con el objetivo de verificar el reporte, realizar el control y el seguimiento de las acciones inseguras presentadas durante la prestación de servicio de salud a los usuarios adscritos al SSFM, teniendo en cuenta los reportes de la red interna y la red externa contratada (se debe aclarar que los casos reportados por la red externa, deben tener un seguimiento por parte de la red interna y reportados en el Anexo N°3 Formato de Consolidación del Reporte de Acciones Inseguras en Salud del SSFM, con el fin de hacer seguimiento a los usuarios adscritos al SSFM, sin embargo, el análisis del caso se realiza en la red externa contratada donde se presente la acción insegura, entendiéndose que la red contratada es una prestación complementaria a la atención integral de los usuarios del SSFM).

5.1.3. Establecimientos de Sanidad Militar

- Socializar la presente Directiva Permanente al interior del Establecimiento de Sanidad Militar para conocimiento de todos los funcionarios, con el fin de fortalecer la cultura de Seguridad del Paciente.
- La ruta de reporte de acciones inseguras en salud debe ser socializada por el líder de calidad en salud o quien haga sus veces, a los funcionarios del ESM, teniendo en cuenta incidentes, complicaciones y eventos adversos, así:



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.

- ✓ El funcionario del ESM (asistencial y/o administrativo) que evidencie la acción insegura en salud, debe reportar al coordinador de su área y al coordinador de Garantía de Calidad en Salud del ESM (o quien haga sus veces) para diligenciar el Anexo N°1 Formato de reporte de acciones inseguras en salud del SSFM – DIGSA y el Anexo N°3 Formato de consolidación de acciones inseguras del SSFM – DIGSA. Adicionalmente, lo ocurrido debe reflejarse en el reporte de la historia clínica del usuario.
- ✓ Las acciones inseguras identificadas y reportadas, deben ser expuestas y analizadas en el comité de seguridad del paciente del ESM, posteriormente deben ser enviadas el Anexo N°1 Formato Reporte Acciones Inseguras en Salud DIGSA, a la respectiva DISAN (EJC – ARC) o JEFSA con los soportes documentales de cada caso, con el consolidado trimestral con fecha máxima el día 10 del mes posterior al corte trimestral (abril, julio, octubre y enero), por medio del correo electrónico establecido por el área de Garantía de Calidad en Salud de la DISAN (EJC – ARC) y JEFSA.
- Remitir de manera trimestral a DISAN EJC – ARC y JEFSA, el Anexo N°1 Formato de reporte de acciones inseguras en salud del SSFM – DIGSA, el Anexo N°3 Formato de consolidación del reporte de acciones inseguras en salud del SSFM y el informe de análisis de resultados de las actividades desarrolladas como fortalecimiento de la seguridad del paciente, relacionando las acciones de mejora formuladas, los soportes de seguimiento de cada una y las actividades de monitoreo implementadas a nivel de los ESM.
- De manera trimestral se debe socializar en el comité de seguridad del paciente el análisis de las actividades de monitoreo implementadas en el ESM, como fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente y los resultados consolidados de las acciones inseguras en salud reportadas para el trimestre a analizar, con el objetivo de verificar el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente.
- Generar informe de manera trimestral, con la consolidación y análisis de la gestión del Programa de Seguridad del Paciente en el ESM, con envío a las DISANES (EJC - ARC) y JEFSA con fecha máxima el día 10 del mes siguiente de finalizado el trimestre (abril, julio, octubre).
- Generar el informe de cierre de consolidación anual (el cual incluye el cuarto trimestre de la vigencia verificada) de resultados del seguimiento y control de la gestión del Programa de Seguridad del Paciente en el ESM, con el fin de verificar la pertinencia de la presente Directiva Permanente y fortalecer la política y cultura de seguridad de la paciente establecida en el SSFM, el cual debe ser enviado a DISANES (EJC - ARC) y JEFSA, para el mes de diciembre (día 30) de la vigencia verificada, esto con el fin de evitar retrasos en el cumplimiento de los reportes (esta fecha se establece teniendo en cuenta que en algunos ESM no se cuenta con la contratación para el mes de Enero de la siguiente vigencia).





6. LINEAMIENTOS

La Dirección General de Sanidad Militar emite los lineamientos para la implementación del Programa de Seguridad del Paciente adaptando las políticas nacionales emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, para todas las dependencias del SSFM, promoviendo de forma transversal el fortalecimiento de la Política de Seguridad del Paciente.

Es por esto, que se establecen, unifican y adoptan criterios aplicados a las necesidades propias de este régimen de excepción para facilitar el despliegue de las acciones de mejoramiento continuo, teniendo en cuenta lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se debe tener claridad que la presencia de eventos adversos durante la atención en salud puede presentarse por diferentes factores, unos controlables, pero otros que no son controlados por los funcionarios del ESM y son ajenos al personal que atienden al paciente, como lo son la complejidad propia de cada procedimiento clínico o quirúrgico, el diseño del proceso de atención actual o futuro al cual el paciente será sometido, entre otras.

La atención en salud se caracteriza por ser un sistema adaptativo, complejo y con variables que controlan la aparición de errores y eventos adversos durante la prestación de servicios de salud, razón por la que debe existir un método de monitorización de la seguridad de la atención, a través de la medición planificada, periódica y sistemática.

6.1. Lineamientos de Implementación del Programa de Seguridad del Paciente del SSFM - DIGSA

Los presentes lineamientos aplicarán en los Establecimientos de Sanidad Militar del SSFM, alineado con la política de seguridad del paciente del SSFM, con el fin de mantener el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud, con el respectivo seguimiento para cada una de las acciones inseguras reportadas por parte de las DISANES (EJC – ARC), JEFSa y DIGSA.

La Seguridad del paciente del Subsistema de las Fuerzas Militares, en cumplimiento de los lineamientos emitidos del Ministerio de Salud y Protección Social, se adoptaron en las siguientes premisas:

- La responsabilidad de dar seguridad al paciente es de todas las personas en la institución.
- Para ofrecer atención en salud segura, es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención en el día a día, que cuando se analizan, se convierten en la base para la mejora continua de los procesos de atención y para el aprendizaje organizacional.
- Es necesario trabajar en un ambiente educativo, no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.

- 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 acciones inseguras, mientras se es atendido en el ESM, existe en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud del mundo.

Se debe tener claro que la Seguridad del Paciente es una prioridad durante la atención en salud, por lo que, desde el Sistema de la Calidad en Salud de la DIGSA, se emite:

6.1.1. Implementación del Programa de Seguridad del Paciente del SSFM

6.1.1.1. Política de Seguridad del Paciente del SSFM

La Dirección General de Sanidad Militar, en cumplimiento a su misión institucional, se compromete a trabajar por la Seguridad del Paciente como conducta indispensable para generar un ambiente seguro en los niveles estratégicos, asistenciales, administrativos y del entorno, emitiendo lineamientos para el Subsistema de Salud de las Fuerzas militares e implementados a través de las Direcciones de Sanidad Militar, Jefatura de Salud y los Establecimientos de Sanidad Militar, con el objetivo de promover entre los colaboradores, usuarios y sus familias, el mejoramiento continuo y la cultura de calidad con enfoque a la gestión del riesgo en los procesos de atención en salud.

6.1.1.2. Principios del Programa de Seguridad del Paciente del SSFM

- **Enfoque de atención centrado en el usuario:** Lo importante son los resultados obtenidos en el 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 socialización de las acciones de seguridad del paciente en el ambiente de confidencialidad y de confianza entre los usuarios, profesionales, aseguradores y la comunidad.
- **Multicausalidad:** El problema de la seguridad del paciente debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- **Validez:** Implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible, con el fin de impactar al usuario.
- **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 del paciente parte del conocimiento 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 defenderlos de señalamientos injustificados y se busca defender a los funcionarios de los señalamientos injustificados.





6.1.2. Metodología para la Implementación del Programa de Seguridad del Paciente del SSFM

Dando alcance al cumplimiento de la Política y el Programa de Seguridad del Paciente del SSFM, se desarrolla el Comité de Seguridad del Paciente, como mecanismo de control a los servicios de salud en los ESM, para garantizar a los usuarios la calidad, la atención oportuna, humanizada, integral, continua y acorde con los procesos para prácticas seguras.

6.1.2.1. Comité Seguridad del Paciente del SSFM.

La operativización del Comité de Seguridad del Paciente se describe en la Directiva Permanente "Lineamientos para la implementación de los Comités de Obligatorio Cumplimiento en el SSFM", la cual describe la metodología del desarrollo y seguimiento de este, cuya finalidad es monitorear y evaluar permanente los riesgos asociados a la atención en salud, estableciendo las barreras de seguridad necesarias para mitigar la presencia de acciones inseguras en salud en el proceso de atención o de minimizar las consecuencias generadas en el usuario y en los Establecimientos de Sanidad Militar.

6.1.2.2. Métodos de análisis de Acciones Inseguras en Salud.

Existen diferentes métodos para el análisis de las acciones inseguras en salud, sin embargo, el Área de Calidad en Salud de la Dirección General de Sanidad Militar requiere que los ESM seleccionen una de las metodologías relacionadas en la presente Directiva Permanente del Programa de Seguridad del Paciente, teniendo en cuenta la unificación de herramientas y metodologías para el SSFM que faciliten el trabajo del ESM, generando mayor utilidad en la eliminación de acciones inseguras que evite o mitigue la ocurrencia de estas.

Los métodos propuestos para el análisis de acciones inseguras en salud, presentadas durante la prestación de servicios de salud en el SSFM son:

6.1.2.2.1. Análisis de Causa Raíz

Es la metodología basada en el análisis de los múltiples factores que pueden llevar a la ocurrencia de un error, ya que toda acción insegura en salud se debe a una causa raíz que da origen a los demás factores que se identifican en el análisis.

Este método es de tipo reactivo, ya que el evento se ha presentado con anterioridad, sin embargo, con el tiempo se convierte en un método proactivo, pues la implementación de las acciones de mejora crea una reducción de la variabilidad y disminución de los riesgos, sin embargo, se reconoce que la prevención total de la recurrencia de una sola intervención no es siempre posible.

El diagrama de causa efecto o de Ishikawa considera 6 factores que contribuyen a la ocurrencia del error: mano de obra, materia prima, método, maquina, medio ambiente y medida (Ver imagen N°1). Este tipo de análisis debe realizarse de forma sistemática, con conclusiones y causas respaldadas por pruebas documentadas.



Para la implementación de esta metodología el ESM debe tener en cuenta el formato Anexo N°6 “Formato de análisis de causa raíz DIGSA” código MDN-COGFM-PROSYEIN-DIGSA-FU.95.1-20, el cual será trabajado junto al Anexo N°1 “Formato acciones inseguras en salud DIGSA” en el que en el Ítem 5 “ACCIONES DE MEJORA FORMULADAS” se debe diligenciar la tabla con el paso a paso del seguimiento al caso.

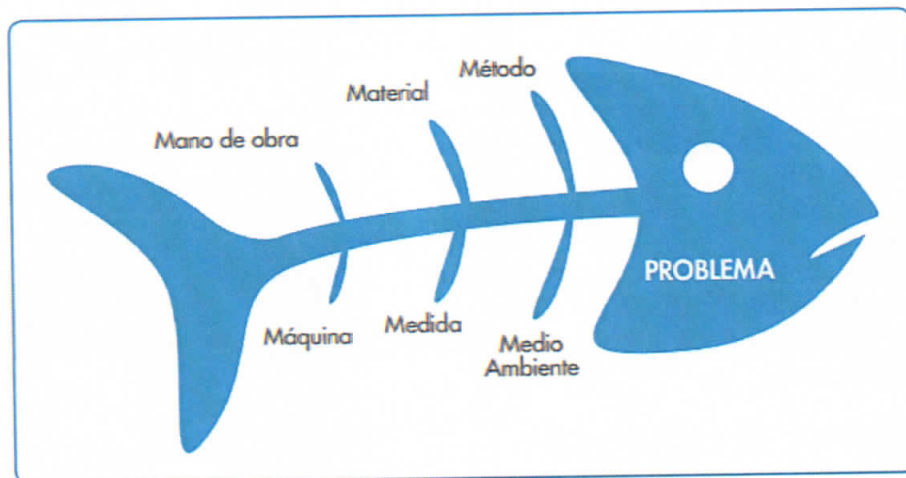


Imagen N°1 Diagrama de Ishikawa o Causa Efecto

Fuente: Paquetes Instruccionales Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud” Evaluación de la Frecuencia de Eventos Adversos y Monitoreo de Aspectos Claves Relacionados con la Seguridad del Paciente.

6.1.2.2.2. El Protocolo de Londres

Este método está basado en el modelo organizacional de investigación de accidentes, el cual mira el proceso de atención desde un enfoque sistémico multicausal para encontrar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud, en el que se involucran todos los niveles del ESM, incluyendo la dirección de esta, porque se toman decisiones determinantes y que impactan directamente los puestos de trabajo y pueden facilitar la aparición de errores que lleven a acciones inseguras en salud.

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

Por tratarse de un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casual o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos. No reemplaza la experiencia clínica, ni desconoce la importancia de las reflexiones individuales de los clínicos. Por el contrario, las utiliza al máximo, en el momento y de la forma adecuada.

El abordaje propuesto mejora el proceso investigativo porque:

- 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.



“Un equipo humano al servicio de la salud”

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



La identificación de una desviación obvia con respecto a una buena práctica es apenas el primer paso de una investigación profunda.

- Enfoque estructurado y sistemático significa que el campo y alcance de una investigación es planeado y hasta cierto punto predecible.
- Cuando el proceso investigativo se aborda de manera sistemática el personal entrevistado se siente menos amenazado.
- Los métodos utilizados fueron diseñados pensando en promover un ambiente de apertura que contrastan con los tradicionales basados en señalamientos personales y asignación de culpa.

Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. No sobra insistir en que la metodología propuesta tiene que desligarse, hasta donde sea posible, de procedimientos disciplinarios y de aquellos diseñados para enfrentar el mal desempeño individual permanente.

Para su implementación se recomienda seguir los siguientes pasos:

a) Exploración de acciones inseguras en salud

El Coordinador de Garantía de la Calidad en Salud o quien haga sus veces en el ESM, debe seguir los siguientes pasos:

- Según el tipo de acción insegura a analizar y en el área presentado, se debe conformar el equipo interdisciplinario teniendo en cuenta el perfil profesional que en este debe intervenir.
- Revisión de la historia clínica: Es considerada la primera fuente de información, ya que en esta se encuentra el registro e información necesaria para conocer lo ocurrido con el usuario.

El encargado del análisis es el coordinador de Garantía de la Calidad en Salud y el coordinador del área en el que se presenta el evento, quienes deben realizar la revisión de esta, elaborar un resumen en el que se relacionan las fechas y aspectos clínicos relevantes de la atención médica, enfocándose en los atributos de calidad (oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad), este debe estar disponible en el Comité de Seguridad del Paciente.

- Entrevista: El coordinador de Garantía de la Calidad en Salud o quien haga sus veces del ESM, debe hablar con los involucrados e investigar sobre lo sucedido, de ser necesario hablar con el paciente y su familia, lo que permitirá tener más elementos para el análisis del caso.

Adicionalmente, se debe indagar sobre la acción insegura o falla activa, por lo que se recomienda entrevistar a todos los miembros del servicio con el fin de identificar los



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que
administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



factores que pudieron contribuir a la presencia de la acción insegura durante la prestación del servicio de salud.

- Indagación documental: Verificar si en el servicio donde se presentó el evento cuenta con guías, protocolos, procedimientos relacionados con barreras de seguridad que sirvan de barreras de seguridad, si estos se conocen y están disponibles para la consulta.
- Verificación de los recursos tecnológicos: Se realiza la verificación si en el servicio se cuenta con la tecnología adecuada para la prestación del servicio, si se encuentran en correcto funcionamiento, cuentan con el mantenimiento preventivo y si el personal ha sido entrenado en el uso de la tecnología.
- Disponibilidad del personal completo: Se verifica para el día que funcionarios se encontraban el día del evento o si se presentó algún cambio o ausencia de este y para ello se indaga con el personal del servicio cuando sea necesario.

El método mencionado anteriormente, se enfoca en el paciente y en su carga de enfermedad como los fundamentales para tener resultados no esperados, identificando el factor contribuyente, priorizando las causas por frecuencia e impacto, continuando con la acción correctiva, la cual se vuelve preventiva para evitar la repetición del mismo evento.

b) Análisis de Acciones Inseguras en Salud

Al finalizar la etapa de investigación, se realiza el análisis en el comité de seguridad del paciente de cada uno de los casos reportados o identificados, teniendo en cuenta los siguientes casos:

- Invitación al Comité: Debe participar el equipo interdisciplinario que intervino en la exploración y análisis de la acción insegura para su reporte en el comité de seguridad del paciente.
- Lectura del resumen de la investigación: Este se presenta en el desarrollo del Comité de Seguridad del Paciente.
- Se realiza el análisis: Se presenta cada factor contributivo para la presencia de la falla activa o acción insegura, teniendo en cuenta los relacionados en la tabla N°1.

Tabla N°1 Factores Contributivos para la presencia de la acción insegura en salud.

Factores Contributivos	
Información del Paciente	Edad.
	Antecedentes.
	La complejidad y gravedad de su enfermedad.
	Lenguaje y comunicación.
	La severidad de su condición clínica.
	Personalidad, factores sociales y culturales.
	Su forma de comunicación.
	El diseño de la tarea y claridad de la estructura de la misma.



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que
administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



Factores Contributivos	
De la tarea y Tecnología	La presencia de calidad de la información, socialización y facilidad de consulta de guías, protocolos y procedimientos misionales.
	Disponibilidad y uso de protocolos.
	Disponibilidad de las pruebas diagnósticas.
	Ayudas para toma de decisiones.
	La presencia, disponibilidad, estado de los equipos y capacitación sobre los equipos.
	Cansancio.
Funcionario – Individuo	Somnolencia.
	Sus competencias técnicas y no técnicas.
	Su estado de salud física y mental.
	Su actitud y motivación.
	Conocimiento, habilidades y competencias.
	Salud física y mental.
	La apropiación de lineamientos institucionales.
	Comunicación ausente o deficiente del equipo de trabajo con el que se presta el servicio.
Equipo de trabajo del servicio	Falta de supervisión.
	La falta de liderazgo del equipo.
	Disponibilidad de soporte.
	Personal suficiente.
Del ambiente del ESM	Carga de trabajo.
	Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos.
	Deficiencias en la infraestructura (ambiente físico).
	Soporte administrativo y gerencial.
	La sobrecarga de trabajo.
	Mezcla de habilidades.
	El ambiente físico.
	Patrón de turnos.
	Clima laboral en el servicio en el que se presentó la acción insegura en salud.
Del ambiente	Deficiente estructura de los procesos de apoyo.
Organización y Gerencia	Cultura organizacional, políticas y decisiones organizacionales.
	Recursos y limitaciones financieras.
	Estructura organizacional.
	Políticas, estándares y metas organizacionales.
	Prioridad y cultura organizacional.
	Debilidades en la administración y gerencia.
	Factores externos a la organización, como:
	Economía del país.
Contexto Institucional	Regulación y normatividad que afecte la institución.
	Actuaciones de entes externos como EPS u otras IPS.
	Económico y regulatorio.

- Registro de los factores en la espina de pescado: Se relaciona cada uno en la estructura de espina de pescado de los factores contributivos que se identifiquen en el comité de seguridad del paciente, no solo de la presencia de la falla activa del aso, si no que podrían contribuir a la generación del mismo tipo de falla y por ende al daño (Ver Imagen N°2).



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.

- Priorización de los factores: Los criterios de priorización se definen en el comité de Seguridad del Paciente, se sugiere el uso del criterio de probabilidad e impacto.
- Definición de acciones de mejora: Los funcionarios participantes en el comité de seguridad del paciente definen los factores contributivos a priorizar, teniendo en cuenta los que afectan directamente al usuario y los que se tenga la capacidad de trabajar según los recursos físico, humanos, financieros, etc.

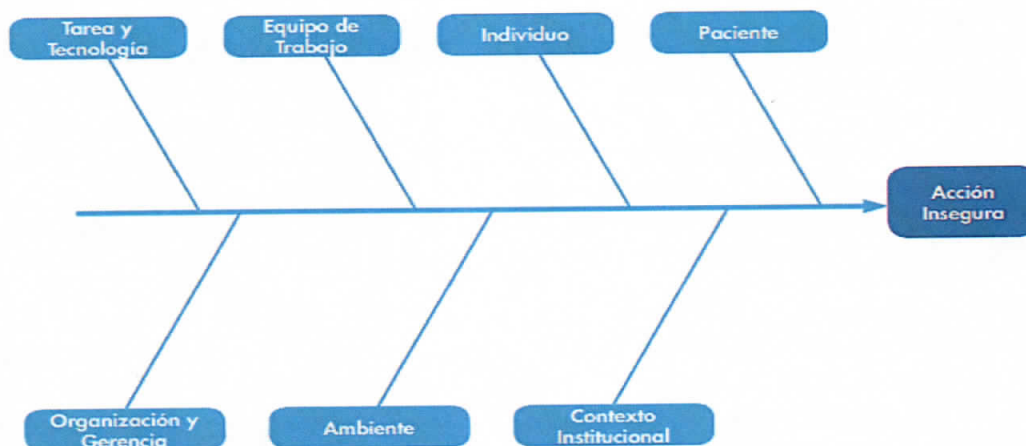


Imagen N°2 Estructura de Espina de Pescado

Fuente: Paquetes Instruccionales Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud” Evaluación de la Frecuencia de Eventos Adversos y Monitoreo de Aspectos Claves Relacionados con la Seguridad del Paciente.

NOTA: No en todos los análisis existen factores de cada tipo y no influyen en el resultado, ya que lo importante es que la causa se registre como posible contribuyente a la aparición de una acción insegura o falla activa.

El ESM que seleccione este método debe implementar el Anexo N°7 “Formato de análisis del Protocolo de Londres DIGSA”, el cual será trabajado junto al Anexo N°1 “Formato acciones inseguras en salud DIGSA” en el que en el Ítem 5 “ACCIONES DE MEJORA FORMULADAS” se debe diligenciar la tabla con el paso a paso del seguimiento al caso.

6.1.3. Programas de Monitoreo

Teniendo en cuenta los lineamientos emitidos el Ministerio de Salud y Protección social, se identifican cuatro (4) programas de monitoreo adaptados por el Sistema de Calidad en Salud el SSFM, que contribuyen a la vigilancia epidemiológica de las acciones inseguras presentadas durante la prestación de servicios de salud, así:

6.1.3.1. Programa de Tecnovigilancia

Tiene como objetivo garantizar la seguridad del paciente por medio de la identificación, recolección, gestión y divulgación de las acciones inseguras que presentan los dispositivos médicos (DM) durante su uso, razón por la que se debe iniciar sensibilización en los Establecimientos de Sanidad Militar, con respecto a la identificación de las acciones



“Un equipo humano al servicio de la salud”

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.

inseguras y potenciales reportantes acerca del programa de tecnovigilancia y factores de riesgo asociados con el uso del dispositivo médico, educar a los funcionarios de los ESM para garantizar la seguridad del uso de estos, realizar el seguimiento a la incidencia y frecuencia de los eventos adversos e incidentes asociados al uso de dispositivos médicos (EAUDM) e implementar las barreras de seguridad necesarias con el fin de prevenir la recurrencia¹.

Para el reporte de los incidentes y eventos adversos de DM, los ESM deben diligenciar el "Formato de reporte de evento adverso asociado a dispositivo médico" establecido por el INVIMA (FOREIA 001) el cual se encuentra en el Anexo N°1 del Manual Institucional de Tecnovigilancia del SSFM – DIGSA, el cual debe ser enviado al funcionario asignado en cada DISAN (EJC – ARC) y JEFSa para realizar el trámite correspondiente, dando cumplimiento a la ruta para investigar y analizar las acciones inseguras asociadas con el uso de dispositivos médicos, reportes que deben ser realizados, teniendo en cuenta la clasificación del evento (evento serio o evento no serio) como se indica en el Manual Programa Institucional de Tecnovigilancia del SSFM, Versión 01.

A partir de lo anterior, todo reporte generado por el uso de dispositivos médicos, deber ser enviado a la plataforma por el funcionario encargado en cada DISAN (EJC – ARC) y JEFSa, según los tipos de reporte: Reporte inmediato y Reporte periódico (Verificar el Manual Institucional de Tecnovigilancia del SSFM – DIGSA, Versión 01). Adicionalmente, los reportes con el uso de dispositivos médicos deben estar registrados en el Formato de Consolidación del Reporte de Acciones Inseguras en Salud del SSFM, con cumplimiento de reporte trimestral al área de calidad en salud de DIGSA.

Cada DISAN (EJC – ARC) o JEFSa, capacitará al personal de los Establecimientos de Sanidad Militar para reconocer cuando hay un evento adverso serio y no serio con dispositivos médicos, así mismo divulgará la importancia del reporte y diligenciamiento de los formatos para los entes de control, con el fin de fortalecer la cultura de seguridad del paciente (Si se presentan dudas a partir de la capacitación de DISANES (EJC – ARC) o JEFSa a los ESM, el funcionario de DIGSA realizará los aportes pertinentes a las DISANES y JEFSa para resolución de las mismas).

Un integrante del Comité de Seguridad del Paciente del ESM se designará como el responsable de la implementación del Manual Institucional de Tecnovigilancia del SSFM, quien trabajará en conjunto con el funcionario de las DISAN EJC – ARC y JEFSa según corresponda, y el fabricante o importador, quienes serán los encargados de realizar el reporte cuando se presente un evento adverso con dispositivos biomédicos ante el INVIMA y a la Dirección General de Sanidad Militar (DIGSA), además, todos los eventos asociados con los dispositivos deberán ser socializados en el Comité de Seguridad del Paciente del ESM, con el fin de formular acciones de mejora que permitan evitar la presencia de estos.

Para los Establecimientos de Sanidad Militar el ingeniero biomédico deberá estar en el comité cuando estén involucrados los equipos biomédicos, para los equipos médicos no considerados biomédicos se deberá incluir el personal profesional de salud experto de

¹ Tomado de Paquete instruccional Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitorio de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. 2010. Ministerio de Salud y Protección social.



acuerdo con el dispositivo; para las DISAN EJC – ARC y JEFSa el ingeniero Biomédico deberá estar en todas las sesiones del comité.

6.1.3.2. Programa de Farmacovigilancia²

La Seguridad del Paciente es un pilar para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, que, por medio de la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados en la atención en salud, se identifican las oportunidades para diseñar e implementar las medidas correctivas o preventivas que ayuden a la contención de estos.

La farmacovigilancia se define como la ciencia y actividades relacionadas con la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos o cualquier otro problema relacionado con medicamentos y a partir de esto surgen las iniciativas y estrategias que se implementarán de manera progresiva en el SSFM.

La Dirección General de Sanidad Militar, genera líneas de trabajo por medio de la propuesta de lineamientos y estrategias enmarcadas en el Programa de Farmacovigilancia, para ser lideradas por las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud y de ejecución en los Establecimientos de Sanidad Militar por los actores que se determinen para tal fin. La importancia de la implementación de actividades en materia de farmacovigilancia, resulta de la necesidad en la mitigación de los riesgos de aparición de eventos adversos u otros problemas asociados al consumo o utilización de medicamentos, permitiendo una contribución eficiente y efectiva del uso racional de los mismo en el SSFM, generando así, la implementación de iniciativas que permitan la investigación y vigilancia activa, la búsqueda y desarrollo de conocimiento propio que permita identificar, caracterizar y solucionar problemas de seguridad y de uso inadecuado de los medicamentos en el SSFM, atendiendo el contexto en el que emerge.

6.1.3.3. Programa de Hemovigilancia

Término utilizado para definir el conjunto de acciones de vigilancia epidemiológica que permite la detección, registro y análisis de la información relacionada a los eventos adversos derivados tanto de la donación como de la transfusión de sangre, la cual pueden generar una Reacción Adversa Transfusional (RAT), que es la respuesta indeseada asociada a la transfusión de sangre o hemo-componentes que se presentan durante o después de la transfusión y afecta la seguridad del paciente que la recibe, que puede ser clasificada como aguda o crónica e infecciosas o no infecciosas y deben ser informadas mediante el diligenciamiento del Formato de Consolidación de Acciones Inseguras del SSFM – DIGSA, con cumplimiento de reporte trimestral al área de calidad en salud de DIGSA.

NOTA: El Programa de Hemovigilancia se encuentra en proceso de construcción en el Subsistema de las Fuerzas Militares, con la participación de los referentes de DIGSA, DISAN EJC, DISAN ARC y JEFSa en diferentes mesas de trabajo.

² Tomado de Programa de Farmacovigilancia Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares DIGSA. Noviembre 2021.





6.1.3.4. Programa de Reactivovigilancia

El Programa de Reactivovigilancia se basa en la notificación, registro y evaluación sistemática de los problemas relacionados con los reactivos de diagnóstico in vitro, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de estos para prevenir su aparición (Resolución 132 de 2006).

Se realiza seguimiento de los reactivos en las etapas de: adquisición, almacenamiento y uso y disposición final.

NOTA: El Programa de Reactivo vigilancia se estructurará con la intervención de los referentes de DIGSA, DISAN EJC, DISAN ARC y JEFSa en diferentes mesas de trabajo, definiendo su alcance, roles, responsabilidades y lineamientos para su implementación, monitoreo y seguimiento.

6.1.4. Cultura de Seguridad del Paciente

Es fundamental entender que “errar es de humanos” y que estos sucesos se pueden producir por equivocaciones, pero algo positivo tiene la presencia del error, es la oportunidad de aprender y de rectificar y para ello es importante crear un ambiente propicio para la construcción de la cultura de seguridad del paciente, caracterizada por el aprendizaje en lugar de la búsqueda de los errores en la atención en salud, con el fin de identificar los factores que los generaron, aprender e intervenir sus causas; además, es necesario hacer énfasis en que los eventos pueden ocurrir por falla humana pero principalmente por fallas del sistema y por lo tanto es indispensable identificar los riesgos relacionados estas con el propósito de intervenirlos y evitar la presencia de eventos adversos.

Construir un ambiente de tranquilidad y confianza donde el personal de salud pueda hacer sus anotaciones y referir sus inquietudes respecto al tema de seguridad, comunicar que la cultura de Seguridad del paciente se construye a mediano y largo plazo y para ello es necesario garantizar la seguridad psicológica de tal manera que las personas vean sus aportes dentro de las actividades diarias de forma positiva y siempre constructiva.

El coordinador de Garantía de Calidad en Salud del ESM debe realizar la gestión adecuada de los riesgos clínicos, mediante la comunicación y el diálogo con los profesionales y demás personal de salud involucrado en el proceso de atención al paciente, la implementación de procesos y prácticas seguras, sistema de información y registros, grupos de análisis de problemas concretos de seguridad en el personal de salud, formación en seguridad en el personal así como sesiones en los servicios asistenciales sobre resultados adversos, que permitan promover adecuadamente una cultura de seguridad del paciente.

La cultura de Seguridad del Paciente al interior de los Establecimientos de Sanidad Militar 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 entidad de salud, la cual se debe caracterizar por:

- Percepción compartida de la importancia de la seguridad.
- Confianza de la eficacia de las medidas preventivas.



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que
administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



- La existencia de un cronograma de capacitaciones internas entre las DISAN (EJC y ARC) y JEFSA.
- Socialización de protocolos, guías, manuales etc. que lleven al aprendizaje organizacional.

De igual manera la cultura de seguridad se ha constituido dando cumplimiento a los siguientes principios orientadores:

- 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.
- Enfoque de la atención centrada en el usuario: Los resultados obtenidos son el eje fundamental para que giren todas las acciones de seguridad del paciente.
- Educación en Seguridad del paciente: La educación continua en todos los aspectos relacionados con la seguridad del paciente es fundamental en la creación de cultura.

6.1.4.1. Herramientas que Fortalecen la Cultura de Seguridad del Paciente

Se establecen las siguientes herramientas en los Establecimientos de Sanidad Militar para fortalecer la Cultura de Seguridad del Paciente:

- Capsula Informativa de Seguridad.
- Boletín Informativo de Seguridad.
- Mesa de Análisis y gestión.
- Campañas de difusión.
- Rondas de Seguridad.

Es importante saber que se establecerán otras herramientas de acuerdo con el comportamiento de los indicadores en cada establecimiento militar que sean de utilidad para fortalecer la cultura de seguridad del paciente como Gestión y desarrollo.

- La DIGSA emitirá de manera trimestral por medio virtual un Boletín Informativo, dirigido a los Establecimientos de Sanidad Militar, cuyo contenido pretenderá difundir conceptos claves y prácticos acerca de la Seguridad del Paciente.
- La DISAN (EJC – ARC) y JEFSA emitirán de manera trimestral por medio virtual las Capsulas Informativas, dirigido a los Establecimientos de Sanidad Militar, con el objetivo de difundir conceptos claves y prácticos que apoyen el fortalecimiento de la Cultura de la Seguridad del Paciente.

6.1.5. Vigilancia de ocurrencia de acciones inseguras

Los ESM deben realizar la implementación de actividades que facilitan la vigilancia de ocurrencia de acciones inseguras, con el fin de fortalecer la Política de Seguridad del Paciente del SSFM con el respectivo seguimiento por parte de las DISANES (EJC – ARC) y JEFSA, con la aplicación de una de las siguientes actividades:



“Un equipo humano al servicio de la salud”

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que
administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



6.1.5.1. Rondas de seguridad

Las rondas de seguridad son una herramienta que promueven la seguridad de la atención en salud. Consiste en la asistencia de un grupo de ejecutivos del ESM a un servicio específico, el cual será verificado el cumplimiento de los requerimientos de calidad y seguridad tales como: identificación del paciente y riesgos de caída, proceso de administración de medicamentos, manejo de las historias clínicas, normas de bioseguridad – prevención de IAAS y protocolo de transfusión sanguínea.

La metodología propuesta, es que estas sean realizadas de manera mensual en el ESM, sin previo aviso, en la que debe asistir el director o subdirector del ESM, junto al coordinador de Garantía de calidad en salud (o quien haga sus veces) y personal asistencial asignado para el cumplimiento de esta actividad, en la que se debe realizar la aplicación de la lista de chequeo adaptada por la DIGSA para los ESM del SSFM. Al finalizar las rondas realizadas, se programa una reunión posterior (no superior a una semana) junto al jefe del servicio evaluado, en la que se realizará retroalimentación de lo identificado, formulación de acciones de mejora y entrega de informe de resultados con reporte de lo evidenciado, con el fin de mantener el mejoramiento continuo de los procesos brindados por el ESM.

Las rondas de seguridad, además de servir para observar las condiciones de calidad y seguridad, también son una oportunidad para hablar con los pacientes y sus familias para indagar sobre la percepción que tienen de la seguridad y calidad de la atención; de igual manera, con los funcionarios del ESM y solicitarles que mencionen lo que consideran que deberían implementar para entregar a nuestros usuarios una atención en salud más segura.

El porcentaje de cumplimiento será obtenido así:

% cumplimiento: Criterios verificados con cumplimiento / Criterios totales (sin tener en cuenta los que no aplican).

Las listas de chequeo son adaptadas de lo emitido en los paquetes instruccionales de seguridad del paciente para su implementación en los ESM del SSFM, en las que se encuentra la opción de aplicar en tres servicios en el mismo mes (si se requiere realizar las rondas de seguridad en más servicios en el ESM se puede realizar, no necesariamente se deben realizar en tres servicios al mes), las cuales debe ser implementadas teniendo en cuenta la metodología mencionada con anterioridad.

Estas fueron diseñadas con el fin de conocer la percepción sobre la cultura de la atención en el servicio y contribuir a la creación de una cultura de seguridad, en donde deben participar el coordinador del servicio a verificar y el coordinador de GARCA del ESM (quien haga sus veces), determinando los tiempos de verificación, como mínimo una vez al mes, con día y hora acordadas previamente con los jefes de los servicios asistenciales, realizando la aplicación de la lista de chequeo establecida por el Sistema de Calidad en Salud de la DIGSA, además de las que se tengan adaptadas por DISAN (EJC – ARC) y JEFSa.

Las listas de chequeo se encuentran como el Anexo N°5 “Listas de Chequeo Rondas de Seguridad DIGSA” en formato Excel y formuladas con porcentaje de cumplimiento e



“Un equipo humano al servicio de la salud”

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que
administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.

incumplimiento, permitiendo la identificación, por parte de los ESM, de fallas latentes que se presentan en el momento de la prestación de los servicios de salud.

6.1.5.2. Paciente Trazador

El método trazador es una forma de rastrear la calidad de la atención de un paciente, utilizando la historia clínica como guía, que consiste en evaluar el cumplimiento de la atención del usuario con los estándares³ y de la Política de Seguridad del Paciente emitida por el Sistema de Calidad en Salud de DIGSA.

Entendiendo, que el Paciente Trazador es una herramienta estratégica utilizada en el proceso de auditoría interna, que permite la evaluación en la prestación de los servicios de salud, mediante el seguimiento del paciente desde su ingreso, durante la estancia, en el proceso de tratamiento y en la orientación del egreso.

Para la implementación de estas actividades en los ESM, se pueden tener en cuenta dos tipos métodos trazadores:

- Paciente trazador: Se realiza la verificación de la trayectoria de tratamiento del usuario desde que ingreso a la institución hasta el momento en que se realiza la verificación de la historia clínica (Lista de Chequeo para Evaluación de Criterios Técnicos de la Historia Clínica).
- Sistema trazador: Es el seguimiento del proceso de atención desde el principio hasta el final, como lo es el manejo de medicamentos, sistema de administración de control de infecciones, sistema de manejo de datos, entre otros⁴.

Para trazar pacientes (en cualquiera de los métodos trazadores mencionados anteriormente) se debe enfatizar que sea un usuario que tenga un diagnóstico médico frecuente o que haya sido sometido a un procedimiento frecuente en el Establecimiento de Sanidad Militar, realizando la auditoria de la historia clínica y entrevista a los colaboradores que cuidan al paciente e incluso al paciente mismo y a sus familiares⁵.

Lo anterior, con el fin de fortalecer la política de seguridad del paciente y los estándares de los atributos de calidad definidos por el Sistema de Calidad en Salud DIGSA para el SSFM, realizando el análisis del grado de cumplimiento de los estándares mínimos en la prestación de servicios de salud y las fallas de la calidad y la seguridad del paciente durante la atención del usuario en el ESM.

6.1.6. Presentación de Resultados

El coordinador de Garantía de Calidad en Salud del ESM, o quien haga sus veces, implementará, según su criterio, las metodologías descritas con anterioridad para la implementación y seguimiento del Programa de Seguridad del Paciente del SSFM, las cuales deben reportarse por medio del informe de análisis de resultados, en el que se

³ Tomado de Paquete instruccional Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. 2010. Ministerio de Salud y Protección social.

⁴ Tomado de Paquete instruccional Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. 2010. Ministerio de Salud y Protección social.

⁵ Tomado de Paquete instruccional Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. 2010. Ministerio de Salud y Protección social.





relacionaran las acciones inseguras reportadas, el método de análisis de cada evento, las herramientas implementadas que fortalecen la cultura de seguridad del paciente y la vigilancia de ocurrencia de acciones inseguras seleccionada; Los resultados de las actividades que facilitan la vigilancia de ocurrencia de acciones inseguras a nivel del SSFM, debe contar con soporte documental, en el que se registren método implementado en el ESM, fortalezas, debilidades y acciones de mejora formuladas, con el fin de fortalecer la política y cultura de seguridad del paciente en el SSFM.

Adicionalmente, las actividades implementadas y los resultados obtenidos deben ser socializados en el Comité de Seguridad del Paciente.

La Dirección General de Sanidad Militar, a través del Sistema de Calidad en Salud, brindará asesoría técnica y acompañará a las Direcciones de Sanidad (EJC – ARC), JEFSA y sus Establecimientos de Sanidad Militar, en el desarrollo de las actividades propias para el reporte de las acciones inseguras durante la prestación de servicios de salud a los usuarios adscritos al SSFM, buscando fortalecer la política de seguridad del paciente. Así mismo, realizará el análisis de los reportes de manera trimestral con la respectiva consolidación y socialización a la alta Dirección (DIGSA, DISNES EJC – ARC y JEFSA) para presentar los avances del fortalecimiento del Programa de la Seguridad del Paciente del SSFM.

7. METAS E INDICADORES:

Proceso	Garantía de la Calidad en Salud		
Nombre del Indicador	Proporción de vigilancia de acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.		
Tipo de Indicador	Eficiencia		
Objetivo	Determinar el porcentaje de Seguimiento de las acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.		
Unidad de Medida	%		
Formula	Número Total de acciones inseguras detectadas / Número total de acciones inseguras gestionadas		
Variables		Fuente de Información	Responsable
Numerador	Número Total de acciones inseguras gestionadas	*Formato de consolidación de reporte de acciones inseguras en salud del SSFM.	Garantía de Calidad en Salud de los ESM
Denominador	Número total de acciones inseguras detectados	*Formato de consolidación de reporte de acciones inseguras en salud del SSFM.	
Línea de base:	80%		
Interpretación:		> 90%	
		81% - 89%	
		< 80%	

8. MEDIOS DE VERIFICACION

Los medios de verificación de la implementación de la presente Directiva Permanente desde la Dirección General de Sanidad Militar son:

- Seguimiento y control de las acciones de mejoramiento formulados y/o actividades de mejora para las acciones inseguras en salud presentadas en los ESM.
- Actas de socialización y capacitación de la presente Directiva Permanente de la DIGSA a las DISANES (EJC – ARC) y JEFSA.



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



- Soporte documental de socialización de la presente Directiva Permanente, los informes trimestrales de análisis y resultados de toda acción insegura reportada por las DISANES (EJC – ARC) y JEFSa para los ESM.
- Diligenciamiento de los formatos:
 - Anexo N°1. Formato Reporte de Acciones Inseguras en Salud SSFM – DIGSA.
 - Anexo N°3. Formato de Consolidación del Reporte de Acciones Inseguras en Salud del SSFM.
 - Anexo N°4. Listas de Chequeo Rondas de Seguridad SSFM - DIGSA.
 - Anexo N°6. Formato de análisis de causa raíz DIGSA (cuando aplique).
 - Anexo N°7. Anexo N°7 Formato Protocolo de Londres DIGSA (cuando aplique).
- Recopilación y reporte trimestral de las DISANES (EJC – ARC) y JFSA del formato de consolidación de acciones inseguras en salud establecido por DIGSA, con la retroalimentación y análisis a la Dirección General de Sanidad Militar, generando el Informe de análisis de resultados (trimestral) por parte de las DISANES (EJC – ARC) y JEFSa para la DIGSA, de las actividades implementadas para cada Programa de Monitoreo y los reportes de acciones inseguras presentadas en los ESM.
- El informe de análisis de la gestión de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente del SSFM (mencionado en el ítem 2) según los niveles (DISAN EJC – ARC, JEFSa y ESM) y los reportes consolidados en el Anexo N°3 Formato de consolidación del reporte de acciones inseguras en salud del SSFM, deben ser enviados con fecha máxima el día 25 del mes posterior al corte trimestral (abril, julio, octubre y enero) por medio electrónico a los correos establecidos por el Sistema de Calidad en Salud de la DIGSA.
- Generar el informe de cierre de consolidación anual (el cual incluye el cuarto trimestre de la vigencia verificada) de resultados del seguimiento y control de las acciones inseguras, a nivel nacional del SSFM, con el fin de verificar la pertinencia de la presente directiva con el fin de fortalecer la política y cultura de seguridad del paciente, establecida en el SSFM, el cual debe ser enviado a la DIGSA a los 25 días siguientes de finalizado el año (25 de enero).

9. ANEXOS

- Anexo N°1 Formato Reporte Acciones Inseguras en Salud DIGSA.
- Anexo N°2 Instructivo para el Diligenciamiento del Formato de consolidación del Reporte de Acciones Inseguras en Salud del SSFM - DIGSA.
- Anexo N°3 Formato de Consolidación del Reporte de Acciones Inseguras en Salud del SSFM - DIGSA.
- Anexo N°4 Listas de Chequeo Rondas de Seguridad SSFM - DIGSA.

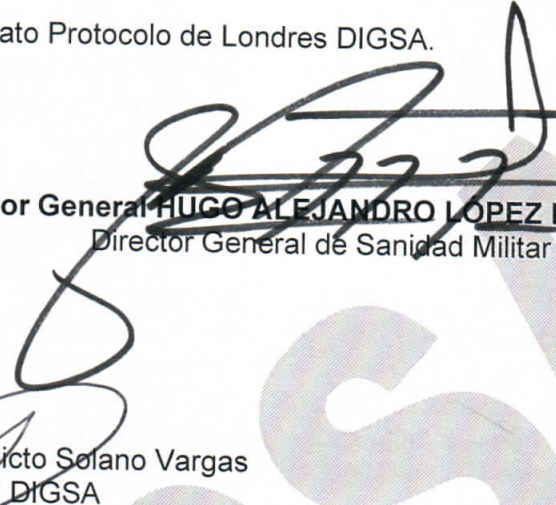


"Un equipo humano al servicio de la salud"

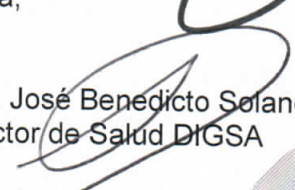
Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que
administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



- Anexo N°5 Programa de Farmacovigilancia Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
- Anexo N°6 Formato de análisis de causa raíz DIGSA (formato que hace parte del Proceso de Seguimiento y Evaluación Independiente).
- Anexo N°7 Formato Protocolo de Londres DIGSA.


Mayor General HUGO ALEJANDRO LOPEZ BARRERO
Director General de Sanidad Militar

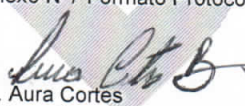
Autentica,


Coronel. José Benedicto Solano Vargas
Subdirector de Salud DIGSA

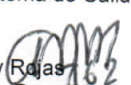
DISTRIBUCIÓN:

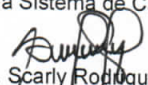
Original : Dirección General de Sanidad Militar
Copia N°1 : Dirección de Sanidad Ejército
Copia N°2 : Dirección de Sanidad ARC
Copia N°3 : Jefatura de Salud de la Fuerza Aérea Colombiana

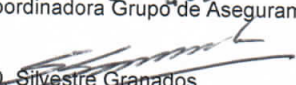
Anexos: Anexo N°1 Formato Reporte Acciones Inseguras en Salud DIGSA., documento PDF con 6 folios.
Anexo N°2 Instructivo para el Diligenciamiento del Formato de consolidación del Reporte de Acciones Inseguras en Salud del SSFM, documento en PDF con 4 folios.
Anexo N°3 Formato de Consolidación del Reporte de Acciones Inseguras en Salud del SSFM, formato Excel con 2 hojas en medio magnético.
Anexo N°4 Listas de Chequeo Rondas de Seguridad en los ESM del SSFM - DIGSA, Documento Excel con 11 hojas en medio magnético.
Anexo N°5 Programa de Farmacovigilancia Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, Documento PDF con 12 folios.
Anexo N°6 Formato de análisis de causa raíz DIGSA, (formato que hace parte del Proceso de Seguimiento y Evaluación Independiente).
Anexo N°7 Formato Protocolo de Londres DIGSA, Documento Excel con 2 Hojas en medio magnético.


Elaboró: PS. Aura Cortes
Auditora Sistema de Calidad en Salud


PS. Carolina Pulido
Auditora Sistema de Calidad en Salud


Revisó: SMSM. Leidy Rojas
Coordinadora Grupo de Aseguramiento (E)


SMSM. Scarly Rodríguez
Líder Sistema de Calidad en Salud


PD. Silvestre Granados
Coordinador Grupo Gestión de la Información


SMSM. Pilar Martínez Páez
Líder Sistemas Integrados de Gestión


PD. Angela Tofiño
Coordinadora Asuntos Legales DIGSA



"Un equipo humano al servicio de la salud"

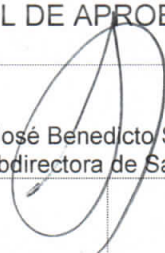
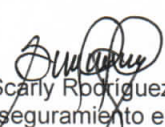
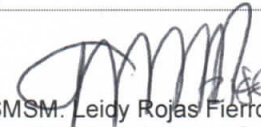
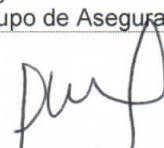
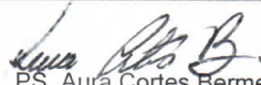
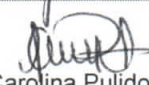
Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 18 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN DE SALUD GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD	Formato Reporte de Acciones Inseguras en Salud SSFM – DIGSA.
		MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU.95.1-68
		Proceso Garantía de la Calidad en Salud

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Aprobación	Descripción de los cambios
1	Julio 2014	Versión Inicial.
2	Septiembre 2021	- Actualización del formato de acuerdo con los parámetros establecidos por el Sistema Integrado de Gestión DIGSA. - La trazabilidad se refleja en la SVE. - Este documento fue revisado por PROASIG, cumple con los requisitos determinados en el formato establecido por el Sistema Integrado de Gestión SIG, para aprobarlo en la SVE; PROPLAES libera el documento. - La información registrada en el documento es responsabilidad del proceso que lo emite.
3	Noviembre 2022	- Modificación y adaptación del formato de reporte de acciones inseguras en salud para el SSFM, teniendo en cuenta las necesidades para el análisis en el comité de seguridad del paciente del caso reportado en el ESM. - Este documento fue revisado por PROASIG, cumple con los requisitos determinados en el formato establecido por el Sistema Integrado de Gestión SIG, para aprobarlo en la SVE; PROPLAES libera el documento. - La información registrada en el documento es responsabilidad del proceso que lo emite.

CONTROL DE APROBACIÓN

Aprobó:	 CR. José Benedicto Solano Vargas Subdirectora de Salud DIGSA.	
Revisó:	 SMSM. Scarly Rodríguez Duarte Grupo Aseguramiento en Salud Líder Sistema de Calidad en Salud.	 SMSM. Leidy Rojas Fierro Grupo Aseguramiento en Salud Coordinadora Grupo de Aseguramiento (E)
	 SMSM. Edna del Pilar Martínez Páez Grupo Planeación Estratégica DIGSA Líder Sistemas Integrados de Gestión ARSIG – PROASGI	 PD. Alexandra Martínez Coordinadora Grupo Planeación Estratégica - DIGSA Representante de la Dirección
Elaboró:	 PS. Aura Cortes Bermeo. Grupo Aseguramiento en Salud. Auditora Sistema de Calidad en Salud.	 PS. Carolina Pulido Ortega. Grupo Aseguramiento en Salud. Auditora Sistema de Calidad en Salud.

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN DE SALUD GRUPO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	Formato Reporte de Acciones Inseguras en Salud SSFM – DIGSA.
		MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU.95.1-68 V3
		Proceso Garantía de la Calidad en Salud

Anexo N°1

Formato Reporte de Acciones Inseguras en Salud SSFM – DIGSA

1. INFORMACION DEL ESM		
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (DD/MM/AAA):	ESM / FUERZA:	
NOMBRE DE QUIEN REPORTA:		
SERVICIO DONDE SE PRESENTA LA ACCIÓN INSEGURA:		
CARGO DEL FUNCIONARIO QUE REPORTA:		
4. INFORMACION DEL PACIENTE		
NOMBRE Y APELLIDOS:		
IDENTIFICACION:	EDAD:	GENERO: F _____ M _____
DIAGNOSTICO POR EL QUE INGRESA:		
DIAGNOSTICO DEL PACIENTE DESPUÉS DE LA ACCIÓN INSEGURA:		
RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA:		
3. INFORMACION DE LA ACCIÓN INSEGURA EN SALUD:		
FECHA DE OCURRENCIA DEL INDICIO OCURRIDO (DD/MM/AAA)	N° HABITACION (Si aplica)	
	N° CAMA (Si aplica)	



DESCRIPCION DE LA ACCIÓN INSEGURA

ACCIONES INSEGURAS IDENTIFICADAS Y/O FALLAS EN BARRERAS DE SEGURIDAD

FACTORES CONTRIBUTIVOS

4. ANALISIS EN EL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (si la acción insegura está relacionada con medicamentos o uso de dispositivos médicos, adjuntar el diligenciamiento del formato correspondiente).

CLASIFICACION SEGÚN SU PREVISIBILIDAD (Selecciona con una X la clasificación de la acción insegura, según clasificación dada en el comité de seguridad del paciente y afectación al usuario):

COMPLICACIÓN ____ INCIDENTE ____ EVENTO PREVENIBLE ____ EVENTO NO PREVENIBLE ____

EVENTO CENTINELA ____

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE (registrar fecha y tratamiento que continua si es por el evento adverso o por el diagnostico por el inicial)

EGRESADO (registrar fecha)

FALLECIDO (registrar fecha y especificar si el fallecimiento fue por evento adverso o por otro diagnóstico).

5. ACCIONES DE MEJORA FORMULADAS (Relacionar en la siguiente tabla el paso a paso).

Qué (Relacionar la acción de mejora)	Quién (Área en el que dará cumplimiento a la acción)	Cuando (Fecha de cumplimiento DD/MM/AAAA)	Dónde (El servicio en el que se ejecutara la acción)	Por qué (Justificación de la actividad)	Cómo (Actividades que se van a desarrollar)	Fecha de Seguimiento (DD-MM-AAAA)

(Diligenciar el Cargo en mayúscula sostenida seguido del nombre sólo la primera con mayúscula del referente de seguridad del paciente o quien haga sus veces en el ESM).

Firma (cargo)



ANEXO N°2

Instructivo para el Diligenciamiento del Formato de Consolidación del Reporte de Acciones Inseguras en Salud del SSFM.

Para el reporte y seguimiento de las acciones inseguras en salud presentadas durante la prestación de servicios de salud en el SSFM, se realizó la implementación del Formato de Consolidación y Reporte de Acciones Inseguras en Salud del SSFM, en el que se debe tener en cuenta y diligenciar las siguientes celdas:

1. ESM: El ESM debe informar sobre las acciones inseguras presentadas tanto para la red interna como la red externa. En esta se debe seleccionar el ESM que realiza el reporte de la lista desplegable.
2. ¿Acción insegura reportada por la IPS contratada?: Si la respuesta es SI, se debe relacionar en la siguiente celda el Nombre de la IPS, Si la respuesta es NO, automáticamente la celda siguiente cambiara a color negro y no se debe realizar su diligenciamiento.
3. Nombre IPS contratada: Solo se diligenciará el nombre de la IPS contratada, si la acción insegura es presentada en esta, de lo contrario se dejará la celda en color negro.
4. Ciudad: Relacionar el nombre de la ciudad, pueblo, vereda en el que se presenta la acción insegura.
5. Cargo del reportarte: Se debe relacionar el cargo que tiene en la institución o ESM (No se debe reportar el nombre del funcionario).
6. Fecha reporte del suceso: Se debe registrar la fecha en la que se informó al líder de calidad en salud del ESM la acción insegura presentada.
7. Fecha ocurrencia del suceso: Se debe verificar la fecha exacta en la que se presentó la acción insegura en salud, ya que no siempre coincide la fecha de ocurrencia y la fecha de reporte.
8. Nombres y apellidos del usuario: Relacionar nombres y apellidos completos del usuario y en mayúscula.
9. Tipo de identificación: Seleccionar de la lista desplegable la opción, teniendo en cuenta el registro que se encuentra en la herramienta SALUD.SIS.
10. N° Identificación: Relacionar el N° de identificación del usuario.
11. Edad: Relacionar la edad exacta del usuario, aclarando si es en años o meses (Ejemplo: 8 meses, 15 años).



Las celdas entre L – Q que se encuentran en el formato, deben ser diligenciadas teniendo en cuenta el Enfoque Diferencial; las cuales cuentan con la lista desplegable para escoger la opción para cada usuario.

12. Sexo: Se refiere a las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo a nacer (Opciones en la lista desplegable: Hombre, Mujer, Indeterminado, Intersexual).
13. Género: Es el auto reconocimiento que una persona hace de sí misma a partir de la construcción social, histórica y cultural de lo que se ha definido como lo femenino, lo masculino o la transición entre ambos (SIVIGE 2016); (Opciones en la lista desplegable: Masculino, Femenino, Transgénero, Neutro, No lo Declara).
14. Orientación Sexual: Se refiere a la atracción afectiva, erótica o sexual de una persona hacia otras, según el sexo de las personas hacia las que se orienta el deseo (Opciones en la lista desplegable: Heterosexual, Homosexual, Bisexual, Asexual, Pansexual, No Sabe / No Informa).
15. Categoría de Discapacidad: Identificador para determinar la categoría de discapacidad de acuerdo con el dominio o dominios donde se presenta la deficiencia o deficiencias corporales del solicitante (Opciones en la lista desplegable: Discapacidad física, Discapacidad Visual, Discapacidad Auditiva, Discapacidad Intelectual, Discapacidad Psicosocial (Mental), Sordoceguera, Discapacidad Múltiple, Sin Discapacidad).
16. Etnia: Identificación consciente de una persona de pertenecer a un grupo étnico con el que comparte aspectos culturales, instituciones, comportamientos y rasgos físicos (Opciones en la lista desplegable: Indígena, Rom (Gitanos), Raizal (San Andrés Y Providencia), Palenquero De San Basilio De Palenque, Negro(A), Afrocolombiano (A), Ninguna de las Anteriores).
17. Otros Grupos Poblacionales: En la lista desplegable se encuentran: Víctimas del conflicto armado, población habitante de calle, población privada de la libertad – PPL, Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes en Proceso Administrativo para el Restablecimiento de sus Derechos, y Población Perteneciente al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes, Población Infantil Vulnerable Bajo Protección en Instituciones Diferentes al ICBF, Niños, Niñas y Adolescentes en Proceso de Restablecimiento de Derechos, Adolescentes y Jóvenes del Sistema de Responsabilidad, Campesinos, No Sabe / No Informa).
18. Código Diagnostico de base (CIE-10): Seleccionar de la lista desplegable el código CIE:10 con el que ingreso el usuario a la atención en salud en el ESM, arrojando automáticamente el resultado de la celda “Descripción del diagnóstico de Base”.
19. Código Diagnostico posterior al suceso: Tener en cuenta que, al presentarse una acción insegura durante la atención en salud, se puede generar un diagnóstico diferente en el usuario y este es el que se debe relacionar en esta siguiente casilla, teniendo en cuenta la lista desplegable y que la celda del lado derecho automáticamente se diligenciara.



20. Descripción de la acción insegura: Se pide que en esta celda se diligencie una información completa de lo sucedido teniendo en cuenta “que sucedió”, “como sucedió”, “donde sucedió” para que la información de lo ocurrido aporte lo necesario para identificar las fallas o acciones inseguras identificadas durante la atención.
21. Acciones inseguras identificadas y/o fallas en barreras de seguridad: Relacionar las fallas identificadas durante la atención en salud.
22. En caso de ser un suceso relacionado con medicamentos: El primer paso es identificar si el suceso está relacionado con el uso de medicamentos, seleccionando de la lista desplegable “Si” o “No”, si la opción es “Si” se deben diligenciar las siguientes casillas “Indique el servicio que genera la prescripción”, “Principio activo”, “Registro sanitario”, “Presentación comercial según su estado físico” (seleccionar de la lista desplegable), “Vía de administración” (seleccionar de la lista desplegable), “Concentración”, “Dosis y frecuencia”, “Numero de Lote”. Si la respuesta es “No” las celdas U – AB se pondrán de color negro (automático), lo que indica que no deben ser diligenciadas.
23. En caso de ser un suceso con dispositivos médicos: El primer paso es identificar si el suceso está relacionado con el uso de dispositivos médicos, seleccionando de la lista desplegable “Si” o “No”, si la opción es “Si” se deben diligenciar las siguientes casillas “¿Ha sido utilizado más de una vez?” (seleccionar de la lista desplegable), “Fabricante o Marca”, aclarando que toda esta información debe ser analizada durante el reporte del incidente en el comité de seguridad del paciente en el que se expone el caso. Si la respuesta es “No” las celdas U – AB se pondrán de color negro (automático), lo que indica que no deben ser diligenciadas.
24. Estado actual del paciente - pronóstico: De la lista despegable se debe seleccionar la opción que mejor se adapta al estado de salud del usuario, teniendo en cuenta lo siguiente:
- Favorable o bueno: Se considera la presencia de un pronóstico favorable o bueno en aquellos casos que las pruebas existentes hacen pensar que el curso de la enfermedad que el paciente padece conduce a su recuperación.
 - Moderado o intermedio: Es el que nos indica que la expectativa respecto al estado de salud del paciente no es extremadamente positiva pero que no existen datos que hagan pensar en la posibilidad de muerte en un futuro inmediato. Puede suponer, sin embargo, la presencia de limitaciones funcionales o incluso de algún tipo de discapacidad.
 - Grave o mal pronóstico: Se hace referencia a que las condiciones de un paciente hacen pensar que existe un riesgo severo para su fallecimiento o bien para la existencia de severas limitaciones en su vida.
 - Reservado: Se hace referencia a una situación en que los médicos y profesionales a cargo de un paciente son incapaces de determinar la posible evolución o expectativa respecto al desenlace del estado del paciente.



25. Clasificación del suceso: Escoger de la lista desplegable, como se clasifica el suceso, teniendo en cuenta:

- 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.
- Evento adverso prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado 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.
- Evento adverso centinela: Es un evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria o permanente o la muerte y que requiere de intervención organizacional inmediata para evitar su recurrencia.
 - o Reacción transfusional
 - o Grupo sanguíneo erróneo
 - o Sitio operatorio erróneo
 - o Cuerpo extraño dejado durante el procedimiento
 - o Eventos adversos relativos al equipo médico
 - o Errores de medicación
- 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.
- Indicio de atención insegura: Es un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

Cabe resaltar, que, si la acción insegura en salud se clasifica como un indicio de atención insegura, un incidente o una complicación, la celda de "clasificación según el grado del evento adverso" cambiara a color negro, ya que estos no se deben clasificar; de lo contrario, si se clasifica como evento adverso prevenible o no prevenible, la celda a continuación debe ser diligenciada con las opciones de la lista desplegable.

26. Clasificación según el grado del evento adverso: Esta celda solo debe ser diligenciada cuando la clasificación de la acción insegura se encuentra como evento adverso prevenible, no prevenible o centinela, teniendo en cuenta:

- Leve: Es aquel evento que produce lesión, pero no produce secuelas, no pone en riesgo la vida del paciente, no genera complicaciones.
- Modera: Es aquel que, aunque produce complicaciones, estas son leves, no generan compromiso en los signos vitales ni ponen en riesgo la vida del paciente.
- Severo: Es aquel que produce secuelas, complicaciones y pone en riesgo la vida del paciente, requiere intervenciones inmediatas para estabilizar lesión o generan pérdidas de funciones.



27. N° Soporte documental del comité de seguridad del paciente en el que se analizó el suceso: Se debe relacionar el número de radicado del acta de reunión del comité de seguridad del paciente en el que se debe reflejar el reporte de los casos tratados, actividades de mejora generadas, fechas de cumplimiento y el responsable.
28. Acciones de mejoramiento: Toda atención insegura debe implementar acciones de mejora que mitiguen la presencia de nuevos sucesos.
29. Estado actual de las acciones de mejora implementadas: De la lista desplegable, seleccionar el estado en el que se encuentra la actividad.
30. Observaciones del caso: En este se deben relacionar las observaciones presentadas, ya sea por modificaciones de acciones de mejora, pertinencia de las acciones formuladas para el caso, aplazamiento de fechas para el cierre del plan de mejoramiento, etc.

Este formato debe contener las acciones inseguras presentadas y reportadas en el Establecimiento de Sanidad Militar, de manera trimestral (consolidado), realizando el análisis para cada caso.

NOTA: Por favor tener en cuenta:

- **Esta matriz no debe tener combinación de celdas ya que modifica su formato original.**
- **Cada caso reportado debe tener su análisis e información individual.**
- **Se puede adicionar celdas en dirección horizontal, si se requiere.**
- **Mantener las listas desplegables para cada una de las celdas que la requieren.**
- **Si se tiene alguna observación del formato, esta debe ser informada al área de calidad en salud de DIGSA para su modificación y respectivo reenvió.**



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD

Formato de consolidación de acciones inseguras en salud SSFM - DIGSA

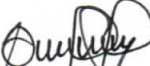
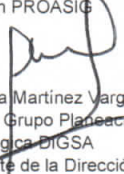
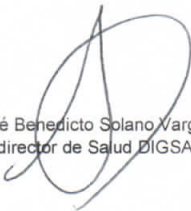
MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU 95 1-36

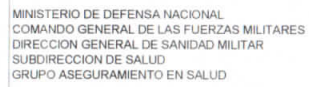
Proceso Garantía de la Calidad en Salud

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Aprobación	Descripción de cambios	
1	Noviembre de 2014	Version Inicial	
2	Septiembre de 2021	1. Actualización del formato de acuerdo con los parámetros establecidos por el Sistema Integrado de Gestión DIGSA. 2. Este formato en la versión actual cambia de nombre, pero conserva el mismo código, la trazabilidad se refleja en la SVE. 3. Este documento fue revisado por PROASIG, cumple con los requisitos determinados en el formato establecido por el Sistema Integrado de Gestión SIG, para aprobarlo en la SVE; PROPLAES libera el documento. 4. La información registrada en el documento es responsabilidad del proceso que lo emite.	
3	Noviembre del 2022	1. Actualización de Formato de Consolidación de Acciones Inseguras en Salud SSFM - DIGSA, en el que se modificaron celdas de reporte, como: ¿Acción insegura reportada por IPS contratada?, Nombre IPS contratada, Ciudad, Cargo reportante, Fecha reporte del suceso, Fecha ocurrencia del suceso, Se modifica la celda de Nombres y Apellidos para facilitar la búsqueda, Tipo de identificación, Código diagnóstico CIE-10 posterior al suceso, En el caso de ser un suceso relacionado con medicamentos, En caso de ser un suceso relacionado con dispositivos médicos, N° soporte documental del comité de seguridad del paciente en el que se presentó el suceso, Acciones de mejoramiento, Estado actual de las acciones de mejora implementadas (con semaforización según su estado). 2. Se incluye hoja con el indicador de cumplimiento, la cual se encuentra formulada para arrojar el cumplimiento del mismo. 3. Este documento fue revisado por PROASIG, cumple con los requisitos determinados en el formato establecido por el Sistema Integrado de Gestión SIG, para aprobarlo en la SVE; PROPLAES libera el documento. 4. La información registrada en el documento es responsabilidad del proceso que lo emite.	

CONTROL DE APROBACIÓN

Elaboró	Revisó	Aprobó	
 PS. Aura Maritza Cortes Bermeo Grupo Aseguramiento en Salud Área de Calidad en Salud	 SMSM. Scarly Rodríguez Duarte Grupo Aseguramiento en Salud Lider Área Sistema de Calidad en Salud Proceso PROGACAS Gestor de Calidad  SMSM. Leidy Rojas Piñero Grupo Aseguramiento en Salud Coordinadora Grupo de Aseguramiento (E)	 SMSM. Edna del Pilar Martínez Páez Grupo Planeación Estratégica DIGSA Lider Área Sistemas Integrados de Gestión PROASIG  PD. Alexandra Martínez Vargas Coordinadora Grupo Planeación Estratégica DIGSA Representante de la Dirección	 Cr. José Benedito Solano Vargas Subdirector de Salud DIGSA



Proceso Garantía de la Calidad en Salud

[illegible]



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCION DE SALUD
GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD

Formato de consolidación de acciones inseguras en salud SSFM -DIGSA

MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU.95.1-36

Proceso Garantía de la Calidad en Salud

Proceso	Garantía de la Calidad en Salud		
Nombre del Indicador	Proporción de vigilancia de acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.		
Tipo de Indicador	Eficiencia		
Objetivo	Determinar el porcentaje de Seguimiento de las acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.		
Unidad de Medida	%		
Formula	Número Total de acciones inseguras detectadas / Número total de acciones inseguras gestionadas		
	VARIABLES	Fuente de Información	Responsable
Numerador	Número Total de acciones inseguras gestionadas	*Formato de consolidación de reporte de acciones inseguras en salud del SSFM.	Garantía de Calidad en Salud de los ESM
Denominador	Número total de acciones inseguras detectados	*Formato de consolidación de reporte de acciones inseguras en salud del SSFM.	
Línea de base:	80%		
Interpretación:			> 90%
			81% - 89%
			< 80%



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO DE ASEGURAMIENTO

Formato listas de chequeo rondas de seguridad SSFM DIGSA

MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU.95.1-76

Proceso Garantía de la Calidad en Salud

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Aprobación	Descripción de cambios	
1	Noviembre de 2022	Version Inicial Este formato se encuentra alineado al procedimiento del Programa de Seguridad del Paciente del SSFM - DIGSA.	

CONTROL DE APROBACIÓN

Elaboró	Revisó		Aprobó
 PS. Aura Maritza Cortés Bernal Grupo Aseguramiento en Salud Área de Calidad en Salud	 SMSM. Scarly Rodríguez Duarte Grupo Aseguramiento en Salud Lider Área Sistema de Calidad en Salud Proceso PROGACAS Gestor de Calidad	 SMSM. Edna del Pilar Martínez Páez Grupo Planeación Estratégica DIGSA Lider Área Sistemas Integrados de Gestión PROASIG PD. Alexandra Martínez Vargas Coordinadora Grupo Planeación Estratégica DIGSA Representante de la Dirección	 Cr. José Benedito Solano Vargas Subdirector de Salud DIGSA



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD

Formato listas de chequeo rondas de seguridad SSFM

MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU.95.1-76

Proceso Garantía de la Calidad en Salud

Las rondas de seguridad son una herramienta que promueven la seguridad de la atención en salud. Consiste en la asistencia de un grupo de ejecutivos del ESM a un servicio específico, el cual será verificado el cumplimiento de los requerimientos de calidad y seguridad.

La metodología propuesta, es que estas sean realizadas de manera mensual en el ESM, sin previo aviso, en la que debe asistir el director o subdirector del ESM, junto al líder de calidad en salud (o quien haga sus veces) y personal asistencial asignado para el cumplimiento de esta actividad, en la que se debe realizar la aplicación de la lista de chequeo adaptada por la DIGSA para los ESM del SSFM.

Las rondas de seguridad, además de servir para observar las condiciones de calidad y seguridad, también son una oportunidad para hablar con los pacientes y sus familias para indagar sobre la percepción que tienen de la seguridad y calidad de la atención.

A continuación, se encuentran las listas de chequeo de Rondas de Seguridad SSFM, las cuales deben ser implementadas en los diferentes servicios brindados en el ESM, según organización de cronograma de la Dirección y su equipo interdisciplinario.

En cada se debe diligenciar la Fuerza, ESM, Verificador y Perfil, y la Fecha de realización de la ronda; posteriormente, encontrará celdas de diferentes colores, lo que corresponde a la verificación de tres servicios en un mismo formato.

Teniendo en cuenta cada criterio, con un "X" se relaciona si "Cumple" "No Cumple" "No Aplica", sin duplicar respuesta y al finalizar cada lista de chequeo, esta se encuentra formulada, arrojando el número de respuesta de "Cumple" y "No cumple" y el porcentaje de cumplimiento para cada servicio, el cual se tendrá en cuenta para seguimiento y control en el ES.M

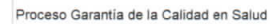
FUERZA	
ESM	
VERIFICADOR Y PERFIL	
FECHA DE REALIZACIÓN DE LA RONDA	

LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA SEGURA DE PREVENCIÓN DE IAAS

[illegible]

11	Articular el programa de prevención de IAAS (vigilancia epidemiológica) con el programa de seguridad del paciente.									
12	Se incentiva al personal en la cultura del reporte no punitivo y se utilizan los mecanismos de reporte, se realiza análisis y gestión de IAAS.									
13	Se verifica la realización de profilaxis antibiótica de acuerdo con las condiciones del paciente (en cirugía segura).									
14	Tiene definido, documentado y socializado el protocolo de asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, instrumental y equipos.									
15	El Establecimiento de Sanidad Militar cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la aplicación de precauciones de aislamientos universales, normas de bioseguridad en los servicios, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado.									
16	Se educa al personal asistencial y a los visitantes/familiares en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud según el riesgo.									
17	El comité de infecciones es interdisciplinario, funcional y se reúne mensualmente, garantizando su funcionamiento como espacio de toma de decisiones.									
18	Se cuenta con las guías de precauciones de aislamiento, guías de prevención de infecciones por cateterismo periférico (flebitis), precauciones de infección urinaria asociada a catéter (Infección urinaria asociada a sonda vesical).									
Cumple		0			0			0		
No Cumple		0			0			0		
% Cumplimiento por ronda		#1DIV/0!			#1DIV/0!			#1DIV/0!		

Paquetes Instruccionales Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud" Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

[illegible]

[illegible]

18	Aislamiento: Elementos de protección, señalización.								
19	Cumplimiento de técnicas de limpieza y desinfección de áreas y superficies.								
20	Cumplimiento de las indicaciones de manos seguras (Uñas cortas, sin esmalte, sin anillos, sin								
21	Cumplimiento de la técnica de lavado quirúrgico.								
22	Cumplimiento de medidas de bioseguridad (Uso medidas de protección, número de personas dentro de la sala, circulación en salas, técnicas de aislamiento).								
23	Segregación: Disposición adecuada de desechos.								
Cumple		0			0			0	
No Cumple		0			0			0	
% Cumplimiento por ronda		#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!	
Paquetes Instruccionales Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud" Mejorar la Seguridad en los Procedimientos Quirúrgicos. Ministerio de Salud y Protección Social. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Lista OMS de verificación de la Seguridad de la Cirugía Manual de Aplicación (1ª Edición). La cirugía segura salva vidas. Organización Mundial de la Salud.									



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD

Formato listas de chequeo rondas de seguridad SSFM

MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU 95.1-76

Proceso Garantía de la Calidad en Salud

FUERZA	
ESM	
VERIFICADOR Y PERFIL	
FECHA DE REALIZACIÓN DE LA RONDA	

LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA SEGURA PREVENCIÓN DE CAIDAS

Servicio										
Nº	CARACTERÍSTICAS A EXPLORAR	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
1	El ESM cuenta con los documentos: Valoración integral del Riesgo de caída, Plan de cuidado de Enfermería, Recibo y entrega de Turno, Protocolo de movilización, Protocolo de inmovilización, Aislamiento y contención de pacientes con trastorno o problema mental.									
2	Los documentos están socializados, evaluados y adheridos en el ESM.									
3	El ESM cuenta con soportes de adherencia a la aplicación del formato valoración integral del Riesgo de caída.									
4	El ESM cuenta con soportes de mantenimiento de las camas y camillas.									
5	En el ESM se cuenta con acciones de mejora de los hallazgos encontrados, relacionados con caídas.									
6	Los timbres de llamado se encuentran en buen estado.									
7	El ESM cumple con las condiciones de infraestructura: pisos, paredes, techos, ventilación, iluminación, antideslizantes y señalización.									
Cumple		0			0			0		
No Cumple		0			0			0		
% Cumplimiento por ronda		#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!		

Paquetes Instruccionales Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud" Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. Ministerio de Salud y Protección Social.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD

Formato listas de chequeo rondas de seguridad SSFM

MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU.95.1-76

Proceso Garantía de la Calidad en Salud

FUERZA	
ESM	
VERIFICADOR Y PERFIL	
FECHA DE REALIZACIÓN DE LA RONDA	

LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA SEGURA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Servicio										
Nº	CARACTERÍSTICAS A EXPLORAR	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
1	¿Se aplica la escala de clasificación del riesgo en el ESM?									
2	Se cuenta con la socialización del riesgo de los pacientes en el cambio de turno.									
3	¿Hay concordancia de la clasificación del riesgo con el plan									
4	¿Se registra la evolución diaria de piel durante el aseo del paciente?									
5	Realizan el cuidado de la piel del paciente y se registra en la historia clínica.									
6	¿Realizan cambios de posición del paciente, con registro en historia clínica?									
7	¿El paciente se maneja integralmente de ser necesario?									
8	¿Se realiza la adecuada clasificación de la úlcera según el estadio, dejando registro en la historia clínica?									
9	¿Realizan educación a paciente y familiares con soporte documental?									
Cumple		0			0			0		
No Cumple		0			0			0		
% Cumplimiento por ronda		# DIV/0			# DIV/0			# DIV/0		

Paquetes Instruccionales Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud" Prevención Úlceras por Presión. Ministerio de Salud y Protección Social.



LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA MANEJO SEGURO DE MEDICAMENTOS

[illegible]

10	Disponibilidad de recurso humano para no exceder la carga laboral.								
11	Involucra al paciente y/o su familia preguntando sobre antecedentes de posibles alergias a medicamentos. El personal conoce y se tiene definido el manejo de la reconciliación medicamentosa durante la atención médica tanto								
12	Da información clara al paciente o acompañante al momento de la prescripción y/o dispensación del medicamento sobre propósito, dosis, efectos hora, forma.								
13	Se cuenta con protocolo documentado y socializado para manejo de medicamentos de control especial.								
14	Se tiene definido un procedimiento institucional para la selección de proveedores con diferentes escenarios de compra.								
15	Está estandarizado el uso de abreviaturas, símbolos y acrónimos establecidos por la institución y se tiene un listado conocido de los que no se pueden utilizar.								
16	Realizan auditorías frecuentes y acompañamiento al personal de farmacia.								
17	Está estandarizado y hay adherencia a los protocolos de preparación de medicamentos.								
18	Cuenta además con el procedimiento y el paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.								
Cumple		0	0				0		
No Cumple		0	0				0		
% Cumplimiento por ronda		#1DIV/0!	#1DIV/0!				#1DIV/0!		

Paquetes Instruccionales Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud” Mejorar la Seguridad en la Utilización de Medicamentos. Ministerio de Salud y Protección Social.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD

Formato listas de chequeo rondas de seguridad SSFM

MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU.95.1-76

Proceso Garantía de la Calidad en Salud

FUERZA										
ESM										
VERIFICADOR Y PERFIL										
FECHA DE REALIZACIÓN DE LA RONDA										
LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA SEGURA IDENTIFICACIÓN CORRECTA MUESTRAS DE LABORATORIO										
Servicio										
N°	CARACTERÍSTICAS A EXPLORAR	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
1	¿Se realiza verificación verbal de la identificación del paciente con los datos registrados en la orden médica por personal de Enfermería personal del laboratorio al ingreso del paciente al servicio?									
2	¿Se diligencia completa y correctamente los datos de identificación del paciente de acuerdo con el protocolo establecido en el rotulo de identificación?									
3	¿Durante el procedimiento de toma de muestras se realizó la verificación cruzada de la identificación del paciente?									
4	El personal conoce y aplica el protocolo de ingreso y remisión de muestras biológicas.									
5	¿Las muestras se marcan incluyendo mínimo dos criterios de identificación? (Nombre completo / N° de identificación).									
6	¿El personal responsable de la toma de muestras conoce los protocolos relacionados con la correcta identificación del paciente?									
7	¿Se cuenta con un proceso de verificación de identificación correcta de muestras que vengan procedentes de diferentes servicios en el momento de la admisión de éstas?									
Cumple		0			0			0		
No Cumple		0			0			0		
% Cumplimiento por ronda		#[DIV/0!]			#[DIV/0!]			#[DIV/0!]		
Paquetes Instruccionales Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud" Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio. Ministerio de Salud y Protección Social.										



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD

Formato listas de chequeo rondas de seguridad SSFM

MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU.95.1-76

Proceso Garantía de la Calidad en Salud

FUERZA										
ESM										
VERIFICADOR Y PERFIL										
FECHA DE REALIZACIÓN DE LA RONDA										
LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA SEGURA COMPRESION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO										
Servicio										
Nº	CARACTERÍSTICAS A EXPLORAR	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
1	El paciente o tutor legal conoce el nombre de la enfermedad, como ha sido el proceso evolutivo y en qué momento está la enfermedad.									
2	El paciente o tutor legal conoce que es lo que se le va a hacer, en que consiste y las probables molestias.									
3	¿El paciente o tutor legal conoce qué se espera obtener como resultado del examen o procedimiento? (beneficios esperados).									
4	El paciente o tutor legal conoce los riesgos del procedimiento (complicaciones, mortalidad y secuelas).									
5	El paciente o tutor legal conoce las posibles alternativas a lo que se está proponiendo.									
6	El paciente o tutor legal conoce qué ocurriría (clínicamente) si se decide no acceder a lo que se le ofrece (complicaciones, mortalidad y secuelas).									
7	El paciente o tutor legal conoce qué hacer si necesita más información (a quien preguntar, dónde y cómo, información completa y continuada).									
8	El paciente o tutor legal conoce qué hacer si cambia de idea frente al consentimiento otorgado o rechazado (revocabilidad).									
Cumple		0			0			0		
No Cumple		0			0			0		
% Cumplimiento por ronda		#[DIV/0!]			#[DIV/0!]			#[DIV/0!]		
Paquetes Instruccionales Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud" Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento Informado. Ministerio de Salud y Protección Social.										



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD

Formato listas de chequeo rondas de seguridad SSFM

MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU.95.1-76

Proceso Garantía de la Calidad en Salud

FUERZA

ESM

VERIFICADOR Y PERFIL

FECHA DE REALIZACIÓN DE LA
RONDA

LISTA DE CHEQUEO PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE, COMPONENTES Y TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA-COLABORADOR

Servicio										
Nº	CARACTERÍSTICAS A EXPLORAR	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
1	Conoce el programa de capacitación que brinda la institución referente a transfusión de sangre y hemocomponentes. Cuando fue su última capacitación en temas relacionados.									
2	Conoce el protocolo que se debe seguir antes de iniciar la transfusión (el componente de transfusión coincide con la información sobre la solicitud, presencia de anomalías (tales como daños, decoloración inusual o turbidez, la presencia de grandes coágulos) en la inspección visual. ¿Si hay anomalías que se debe hacer?									
3	¿Se asegura la cadena de frío en el servicio?									
4	¿Se encuentran definidos los riesgos de una transfusión y cuáles son?									
5	¿Conoce el protocolo de lavado de manos?									
6	¿Cuenta con los elementos para realizar el lavado de manos?									
7	¿Conoce el protocolo de limpieza y desinfección de los equipos donde se almacenan los componentes sanguíneos?									
8	Conoce el protocolo de activación de código rojo, emergencias, etc.									
9	Conoce el lenguaje usado por los clínicos y el personal del servicio transfusional para evitar cualquier mala interpretación de palabras como "inmediato", "urgentes" o "lo más rápido posible".									
10	Conoce el protocolo para la identificación, reporte y análisis de los incidentes y eventos adversos relacionados con la transfusión de sangre y hemocomponentes.									
11	De los comités se han generado planes de mejoramiento. ¿Cuáles en seguimiento a la fecha?									
12	Se dispone de calentadores de sangre y equipos y bombas de infusión específicas para transfusión. (En general, los eritrocitos, plaquetas y plasma se pueden administrar de forma segura a través de una bomba de infusión controlada por volumen).									
Cumple		0			0			0		
No Cumple		0			0			0		
% Cumplimiento por ronda		#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!		

Paquetes Instruccionales Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud" Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea, Ministerio de Salud y Protección Social.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD

Formato listas de chequeo rondas de seguridad SSFM

MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU.95.1-76

Proceso Garantía de la Calidad en Salud

FUERZA

ESM

VERIFICADOR Y PERFIL

FECHA DE REALIZACIÓN DE LA
RONDA

LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA SEGURA PASO DE SONDA VESICAL

Servicio										
Nº	CARACTERÍSTICAS A EXPLORAR	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
1	El personal verifica los datos de identificación del paciente antes de realizar el procedimiento.									
2	El personal escoge adecuadamente el calibre de la sonda, según el sexo, edad y necesidades del paciente.									
3	El personal prepara el material y lo transporta de manera adecuada en la mesa de mayo u otro mecanismo adecuado.									
4	El personal que pasará la sonda realiza lavado de manos de acuerdo con el procedimiento.									
5	Se explica al paciente el procedimiento a realizar.									
6	Se coloca al paciente en la posición adecuada y cómoda dependiendo el sexo, preservando la intimidad del paciente.									
7	El personal que pasará la sonda se coloca guantes de manejo.									
8	Realiza baño genital externo, según protocolo.									
9	Se cambia los guantes, utilizando técnica aséptica.									
10	Conecta el extremo proximal del catéter al cistoflo, o bolsa recolectora de orina, manteniendo el sistema de drenaje cerrado.									
11	Marca en cistoflo con la fecha, hora y persona que realizó el procedimiento y fecha de cambio (en caso de ser permanente).									
12	Verificar el cistoflo permeable y se lo deja en la posición adecuada (por debajo o del nivel de la vejiga, sin tocar el piso).									
13	Desecha los residuos en la caneca correspondiente.									
14	Realiza lavado de manos de acuerdo con el procedimiento.									
15	Se realizan anotaciones en los registros de enfermería o evolución médica fecha y hora, describe procedimientos con número de sonda que se utilizó, firma correspondiente.									
Para realizar el cambio de la Sonda										
16	Si es permanente se cambia la sonda y del equipo recolector.									
17	Vacía la bolsa recolectora regularmente utilizando un contenedor limpio y por cada paciente.									
18	Utiliza precauciones estándar durante la manipulación del catéter o sistema de recolección.									
19	Verificar en cada entrega de turno, permeabilidad, fijación, posición de cistoflo, signos de infección.									
Cumple		0			0			0		
No Cumple		0			0			0		
% Cumplimiento por ronda		#1DIV/0!			#1DIV/0!			#1DIV/0!		

Paquetes Instruccionales Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud" Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud.
Ministerio de Salud y Protección Social.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO DE ASEGURAMIENTO

Formato protocolo de Londres SSFM DIGSA

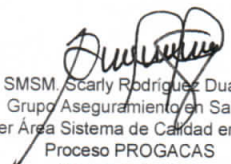
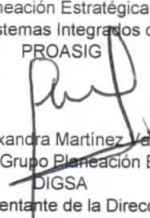
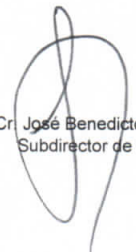
MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU.95.1-77

Proceso Garantía de la Calidad en Salud

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Aprobación	Descripción de cambios
1	Noviembre de 2022	Version Inicial. Este formato se encuentra alineado con el procedimiento del Programa de Seguridad del Paciente del SSF - DIGSA.

CONTROL DE APROBACIÓN

Elaboró	Revisó	Aprobó	
 PS. Aura Maritza Cortes Bermeo Grupo Aseguramiento en Salud Área de Calidad en Salud	 SMSM. Scarly Rodríguez Duarte Grupo Aseguramiento en Salud Lider Área Sistema de Calidad en Salud Proceso PROGACAS Gestor de Calidad  SMSM. Leidy Rojas Fierro Grupo Aseguramiento en Salud Coordinadora Grupo de Aseguramiento (E)	 SMSM. Edna del Pilar Martínez Páez Grupo Planeación Estratégica DIGSA Lider Área Sistemas Integrados de Gestión PROASIG  PD. Alexandra Martínez Vargas Coordinadora Grupo Planeación Estratégica DIGSA Representante de la Dirección	 Cr. José Benedito Solano Vargas Subdirector de Salud DIGSA



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD

Formato protocolo de Londres DIGSA SSFM

MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU.95.1-77

Proceso Garantía de la Calidad en Salud

FUERZA		
ESM		
DESCRIPCIÓN ACCIÓN INSEGURA		
A continuación, realice el análisis con el protocolo de Londres, para el evento seleccionado.		
Tipo de Falla / Error	Descripción	¿Por qué? (Realice la explicación de la falla)
Fallas Latentes (Seleccionar en la siguiente celda la acción que se relaciona y realizar la explicación en la celda ¿Por qué?)		
Factores Contributivos (En la celda siguiente se deben relacionar los aspectos verificados en cada caso; las celdas que quedan en blanco pueden ser eliminadas) Los factores contributivos se encuentran en la hoja "Factores Contributivos, que ayudan a realizar una descripción de cada caso"		
Barreras y Defensas (En la celda siguiente, se despliegan las barreras reaccionadas con la acción insegura, y se explicaran en la celda ¿Por qué?)		

**Fallas latentes**

Decisiones Gerenciales
Procesos Organizacionales

Factores Contributivos

Información del Paciente	Edad.
	Antecedentes.
	La complejidad y gravedad de su enfermedad.
	Lenguaje y comunicación.
	La severidad de su condición clínica.
	Personalidad, factores sociales y culturales.
De la tarea y Tecnología	Su forma de comunicación.
	El diseño de la tarea y claridad de la estructura de la misma.
	La presencia de calidad de la información, socialización y facilidad de consulta de guías, protocolos y disponibilidad y uso de protocolos.
	Disponibilidad de las pruebas diagnósticas.
	Ayudas para toma de decisiones.
	La presencia, disponibilidad, estado de los equipos y capacitación sobre los equipos.
Funcionario – Individuo	Cansancio.
	Somnolencia.
	Sus competencias técnicas y no técnicas.
	Su estado de salud física y mental.
	Su actitud y motivación.
	Conocimiento, habilidades y competencias.
Equipo de trabajo del servicio	Salud física y mental.
	La apropiación de lineamientos institucionales.
	Comunicación ausente o deficiente del equipo de trabajo con el que se presta el servicio.
	Falta de supervisión.
	La falta de liderazgo del equipo.
	Disponibilidad de soporte.
Del ambiente del ESM	Personal suficiente.
	Carga de trabajo.
	Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos.
	Deficiencias en la infraestructura (ambiente físico).
	Soporte administrativo y gerencial.
	La sobrecarga de trabajo.
Del ambiente	Mezcla de habilidades.
	El ambiente físico.
	Patrón de turnos.
	Clima laboral en el servicio en el que se presentó la acción insegura en salud.
	Deficiente estructura de los procesos de apoyo.
	Cultura organizacional, políticas y decisiones organizacionales.
Organización y Gerencia	Recursos y limitaciones financieras.
	Estructura organizacional.
	Políticas, estándares y metas organizacionales.
	Prioridad y cultura organizacional.
	Debilidades en la administración y gerencia.
	Factores externos a la organización, como:
Contexto Institucional	Economía del país.
	Regulación y normatividad que afecte la institución.
	Actuaciones de entes externos como EPS u otras IPS.
	Económico y regulatorio.

Barreras	Físicas
	Administrativas
	Humanas
	Naturales