



GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Por ser la seguridad un atributo de la calidad, las instituciones deben adoptar a su interior una Política de Seguridad inmersa en su Política de Calidad.

Lic. Jorge Armando Guerra
www.managementensalud.com.ar
Diciembre 2021

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Tabla de contenido

MARCO NORMATIVO: MANUALES DE POLÍTICAS	2
Introducción	2
¿Qué es una Política y una Regla de Negocio?	3
¿Cómo se escriben?	4
SEGURIDAD DE PACIENTES	5
Introducción	5
Aspectos a considerar en la seguridad del paciente	8
Metas internacionales de seguridad del paciente	12
ESTANDARES DE CERTIFICACION (JCI)	18
DEFINICIONES GENERALES	19
POLÍTICAS	21
Liderazgo y planificación	21
Identificar correctamente al paciente	22
Asistencia en Emergencias	23
Asistencia a Pacientes Internados	24
Evaluación de los pacientes	26
Comunicación Efectiva	27
Seguridad de los Medicamentos de alto riesgo	28
Garantizar cirugías seguras	29
Riesgo de infecciones relacionadas con la atención médica	30
Riesgo de daño al paciente por causa de caídas	31
Continuidad asistencial	32
Aislamiento de pacientes	33
Servicios de laboratorio, radiología y diagnóstico por imagen	33
Alta del Paciente	34
Derechos de los pacientes y familiares	35
Gestión y seguridad de la instalación	36
MIS OTROS EBOOK	37

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

MARCO NORMATIVO: MANUALES DE POLÍTICAS

Introducción

Las organizaciones, se desenvuelven dentro de un determinado contexto con rasgos culturales propios pero diversos, por lo cual resulta necesario regular conductas y actitudes, a fin de evitar que se vulneren derechos de terceros actores, o bien, se asegure la consecución de objetivos compartidos.

Dicha regulación se refiere a la elaboración de un marco normativo constituido entre otros, por documentos de Políticas y Procesos, que se constituyen en los instrumentos a través de los cuales se intenta encausar voluntades y conductas, tanto en organizaciones públicas como privadas.

Para que estos documentos se conviertan en el marco normativo de la institución deben ser aprobados y difundidos por su máxima autoridad (Dirección General) acompañada las Direcciones Médica y/o Administrativa según sea el ámbito de incumbencia de la normativa y es en ese momento que se convierte en una **NORMA**.

“La Norma es una regulación del comportamiento o de restricción de la conducta, que un sujeto de derecho debe seguir por imposición externa, la cual emana de la autoridad competente.”

Así como una normativa legal toma vigencia una vez aprobada por la autoridad competente (Poder Legislativo, Ejecutivo o Judicial), todo Manual de Política y todo Mapeo de Proceso elaborado por la institución, una vez aprobado por la Alta Dirección de la Institución, se convierte en una Norma de cumplimiento obligatorio y será competencia de las Auditorías Internas, tanto médica como administrativa, velar que los mismos se cumplan.

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

¿Qué es una Política y una Regla de Negocio?

“Las Políticas son definiciones y decisiones basadas en el marco institucional, que sirven para guiar la conducta y la toma de decisiones.”

Se puede inferir que la Política es una pauta que se define hoy, para seleccionar un curso de acción en el futuro. Es una guía directriz para decidir o autorizar que hacer y que se aplica a acciones futuras.

Surgen de una decisión interna de la organización y son de cumplimiento obligatorio dentro del ámbito de la organización, por parte de los miembros integrantes de la misma.

Son el instrumento que determina el comportamiento a seguir en todos los aspectos legales, comerciales, económico-financieros y administrativos con Proveedores, Clientes, Accionistas y con toda la gente de la organización.

Se expresan en forma imperativa, con sentencias genéricas. Delega en las Reglas de Negocio el nivel de detalle y a través de estas lograr su implementación.

Deben estar consensuadas, formalizadas y adecuadamente comunicadas

Las **Políticas** por sus características intrínsecas **se implementan a través de las Reglas de Negocio** que pueden ser incluidas en los sistemas de información, a partir de lo cual este tipo de decisiones quedarán estructuradas y entonces es posible automatizarlas. De esta manera la toma de decisiones se traslada desde los responsables hacia el sistema de información, el cual ejecuta la política en forma automática y el directivo solamente se ocupa del tratamiento de las excepciones.

Las **Reglas de Negocio** son un conjunto de procedimientos, cálculos y pautas destinados a la toma de decisiones que reglan el funcionamiento del negocio y permiten implementar las Políticas.”

“La Política es el QUE y la Regla es el COMO”

Las Reglas de Negocio conforman el medio que permite definir en detalle, la forma en que debe funcionar e implementarse una Política. Constituyen al igual que la Política, una restricción de la conducta de las personas dentro de la organización, porque las Reglas son de cumplimiento obligatorio.

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Son el elemento regulador del comportamiento que debe seguir un proceso o una actividad dentro de un proceso, al establecer los caminos alternativos que deberán seguirse en función de las condicionalidades que establezcan las propias Reglas, bifurcando acciones, esperando una acción o una respuesta, dando por cumplida una actividad o un proceso.

Otro rol de las Reglas es permitir a las personas de la organización para hacer o decidir, sin necesidad de solicitar autorización.

¿Cómo se escriben?

Las **Políticas de Procesos**, son formuladas internamente dentro del Marco Institucional por el organismo y se implementan a través de las Reglas de Negocio y los Procesos.

“Las Políticas de Procesos son definiciones y decisiones basadas en el Marco Institucional, que se adoptan hoy y que sirven para guiar la conducta y la toma de decisiones en el futuro, que se generan en forma interna y son de cumplimiento obligatorio y que se implementan a través de los Procesos.”

Las **Reglas de Negocio**, son definiciones y especificaciones que detallan **cómo debe cumplirse una Política**, ya que éstas son expresadas en forma genérica.

“Las reglas con un conjunto de procedimientos, cálculos y pautas alineados con el Marco Institucional, destinados a la toma de decisiones, a reglar el funcionamiento del negocio y a determinar el comportamiento de un proceso o actividad.”

Fuente:

- El diseño de procesos en organizaciones efectivas. Metodología INTeGRA. Jorge José Ardoino. Editorial EDICON.
- [Gestión de Procesos – Guía de Implementación](#)

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

SEGURIDAD DE PACIENTES

Introducción

A pesar de que la intención de los servicios de salud es prevenir o curar enfermedades, en demasiadas ocasiones la atención sanitaria causa daño a sus usuarios.

Algunas infecciones, lesiones producidas por intervenciones médicas, amputaciones de órganos o miembros equivocados, intoxicaciones o incluso la muerte por la utilización de dosis equivocadas de un fármaco, se deben a incidentes o eventos adversos ocurridos en la atención sanitaria.

Detrás de dichos incidentes se encuentra sufrimiento, discapacidad y en muchos casos vidas devastadas, además de la enorme cantidad de recursos económicos gastados en hospitalizaciones prolongadas y atención

En el mundo entero el reporte "Errar es humano" del Instituto de Medicina de los Estados Unidos es reconocido hoy cómo el documento que dio vida al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes. En respuesta a este problema mundial, considerado como una verdadera epidemia, en 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad del paciente, hoy Programa de Seguridad del Paciente de la OMS (<http://www.who.int/patientsafety/es/>) y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles.

Desde entonces son gigantescos los esfuerzos que se realizan para mejorar la seguridad de la atención y numerosas las publicaciones internacionales evidenciando el problema y entregando soluciones.

El primer estudio que en Latinoamérica evidenció el problema de la seguridad fue el estudio IBEAS. Hecho en 5 países de la región (México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina) evidencio que en estos países, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención.

Hoy se acepta que existen algunas prácticas reconocidas universalmente como seguras y que son producto de buenos programas institucionales de seguridad implementados en los últimos años. Entre ellas podemos mencionar:

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

- el uso de listas de chequeo pre-operatorias y pre-anestésicas para prevenir eventos operatorios y post operatorios,
- el uso de bundles (combos) que incluyen listas de chequeo para prevenir infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres centrales,
- el uso de intervenciones para reducir el uso de sondas urinarias,
- el uso de bundles que incluyen la elevación de la cabecera de la cama,
- el cede intermitente de la sedación,
- el enjuague oral del paciente con clorexhidina y la aspiración continua subglótica del tubo oro traqueal para prevenir la neumonía asociada a ventilador,
- la higiene de manos,
- el no usar siglas peligrosas en la historia clínica,
- las intervenciones multi-componentes para reducir las úlceras por presión,
- el uso de precauciones de barreras para prevenir las infecciones asociadas al cuidado de la salud,
- el uso de ultrasonido en tiempo real para colocar líneas centrales y las intervenciones para mejorar la profilaxis contra el trombo-embolismo venoso.

Por ser **la seguridad un atributo de la calidad**, la institución debe adoptar a su interior una Política de Seguridad inmersa en su **Política de Calidad**.

Dicha política debe estar basada en los siguientes lineamientos que sustentan su aparición:

- En el entorno de la atención en salud, las condiciones de trabajo, los riesgos y los pacientes cambian constantemente, lo cual favorece la aparición de eventos adversos.
- Los eventos adversos no son usualmente culpa de las personas. Las instituciones deben considerar la posibilidad de error humano y de fallas en los procesos, cuando los mismos son diseñados.

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

- Evitar los daños por error es responsabilidad de cada uno en su puesto de trabajo.
- Es mucho más fácil cambiar el diseño de los sistemas que el comportamiento rutinario de las personas.
- Aunque los daños involuntarios a los pacientes no son inevitables, en su mayoría sí se pueden prevenir
- La seguridad del paciente NO SE LOGRA creando un nuevo set de normas, ni diciéndoles a las personas: ¿qué por favor, sean más cuidadosos?
- La política de seguridad debe buscar que los profesionales de la salud desarrollen un comportamiento seguro deseado. Este se caracteriza por:
 - ✓ Permitir que sea el experto quien haga las cosas
 - ✓ Confiar cada vez menos en la memoria
 - ✓ Gestionar el riesgo de cada actividad
 - ✓ Alertar sin miedo sobre el error
 - ✓ Compartir el aprendizaje
 - ✓ Ante la duda, pedir ayuda
 - ✓ o Adhesión a las guías de práctica clínica
 - ✓ Adhesión a las guías de procedimientos de enfermería
 - ✓ Adhesión a las listas de chequeo que verifican la adherencia a las prácticas seguras

Es por esto por lo que a continuación detallamos una serie de políticas institucionales que fortalezcan la implementación de barreras y defensas (prácticas seguras) que disminuyan la probabilidad de la presencia del error y se centren en:

1. Identificar correctamente a los pacientes.
2. Mejorar la comunicación efectiva.
3. Mejorar la seguridad en los medicamentos de alto riesgo.

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

4. Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
5. Minimizar el riesgo de infecciones relacionadas con la atención médica.
6. Minimizar el riesgo de daño al paciente causado por caídas.

Aspectos a considerar en la seguridad del paciente

De acuerdo a la "International Classification for Patient Safety", 1.0 de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la O.M.S., se enuncian a continuación los aspectos a considerar respecto a la Seguridad del Paciente.

Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud

- No se realiza cuando esté indicado
- Incompleta o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Proceso o servicio equivocado

Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales

- No se realiza cuando esté indicado
- Incompleta o insuficiente
- No disponible
- Paciente equivocado
- Proceso equivocado/ Tratamiento / Procedimiento
- Parte del cuerpo equivocada/ cara / sitio

Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos

- Documentos que faltan o no disponibles
- Retraso en el acceso a documentos
- Documento para el paciente equivocado o Documento equivocado
- Información en el documento Confusa o ambigua / ilegible / incompleta

Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud

- Torrente sanguíneo
- Zona quirúrgica
- Absceso
- Neumonía
- Cánulas intravasculares (catéteres)
- Prótesis infectadas / sitio
- Urinaria Dren / Tubo (sondas vesicales)
- Tejidos blandos

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales

- Paciente equivocado
- Medicamento equivocado
- Dosis / Frecuencia incorrecta
- Formulación Incorrecta o presentación
- Ruta equivocada
- Cantidad incorrecta
- Etiquetado / instrucción incorrectos
- Contraindicación
- Almacenamiento Incorrecto
- Omisión de medicamento o dosis
- Medicamento vencido
- Reacción adversa al medicamento

Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados

- Paciente equivocado
- Sangre equivocada / producto sanguíneo equivocado
- Dosis o frecuencia incorrecta
- Cantidad incorrecta
- Etiquetado / instrucción incorrecto
- Contraindicado
- Almacenamiento Incorrecto
- Omisión de medicación o la dosis
- Sangre / derivado sanguíneo caduco Efectos adversos

Tipo 7: Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos

- Paciente equivocado
- Dieta incorrecta
- Cantidad incorrecta
- Frecuencia incorrecta
- Consistencia Incorrecta
- Almacenamiento Incorrecto

Tipo 8: Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales

- Paciente equivocado
- Gas / vapor Incorrecto
- Flujo y Concentración equivocados
- Modo de entrega equivocado
- Contraindicación
- Almacenamiento Incorrecto
- Fallas de Administración
- Contaminación

Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

- Presentación y embalaje deficientes
- Falta de disponibilidad
- Inapropiado para la Tarea
- Sucio / No estéril
- Fallas / Mal funcionamiento
- Desalojado/ desconectado/ eliminado
- Error de uso

Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente

- Incumplimiento de normas o falta de cooperación / Obstrucción
- Desconsiderado/ Rudo / hostil / Inapropiado
- Arriesgado / temerario/ Peligroso
- Problema con el uso de sustancias / Abuso
- Acoso
- Discriminación y Prejuicios
- Errático / fuga
- Autolesionante / suicida

Tipo 11: Caídas de pacientes

- Catre
- Cama
- Silla
- Camilla
- Baño
- Equipo terapéutico
- Escaleras / Escalones
- Siendo llevado / apoyado por otra persona

Tipo 12: Accidentes de pacientes

- Mecanismo (Fuerza) contundente
- Mecanismo (Fuerza) cortante penetrante
- Otras fuerzas mecánicas
- Temperaturas
- Amenazas para la respiración
- Exposición a sustancias químicas u otras sustancias
- Otros mecanismos específicos de lesión
- Exposición a (efectos de) el tiempo, desastres naturales, u otra fuerza de la naturaleza

Tipo 13: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico

- Inexistente / Inadecuado
- Dañado / defectuosos / desgastado

Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional

- Relacionados con la gestión de la carga de trabajo

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

- Camas / disponibilidad de los servicios / adecuación
- Recursos Humanos / disponibilidad de personal / adecuación
- Organización de Equipos / personal
- Protocolos / Políticas / Procedimientos / Disponibilidad de guías / Adecuación

Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología

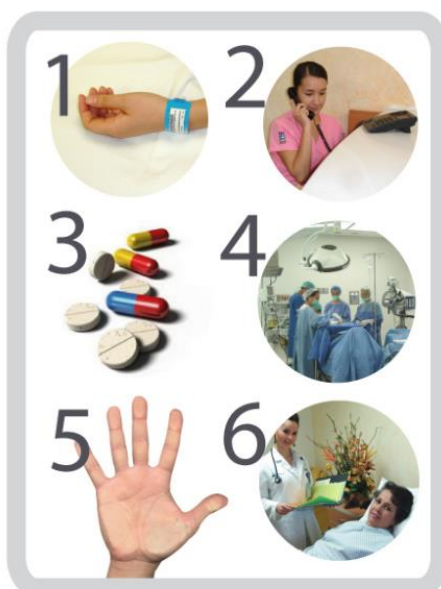
- Recolección
- Transporte
- Clasificación
- Registro de datos
- Procesamiento
- Verificación / Validación
- Resultados

Fuente: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Metas internacionales de seguridad del paciente

El propósito de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente es promover acciones específicas para mejorar la seguridad de los pacientes. Las Metas destacan problemas relevantes dentro de la atención médica y describen soluciones que abarcan a todo el sistema, basadas tanto en evidencia como en el conocimiento de expertos.



1. Identificar correctamente al paciente.

Propósito: **Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.**

Errores que involucran al paciente equivocado ocurren en prácticamente todas las actividades relacionadas con la atención del paciente. Los pacientes pueden estar sedados, desorientados o no del todo alertas, puede que los cambien de cama, de habitación o de lugar dentro del hospital, pueden padecer discapacidades sensoriales o estar en condiciones que puedan inducir a errores en cuanto a la identificación correcta.



Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

El propósito de este objetivo es doble:

- a) Identificar de forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio o tratamiento.
- b) Hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona. Las políticas y/o procedimientos del hospital exigen al menos el uso de dos datos (identificadores) para identificar un paciente.

Por ejemplo, el nombre del paciente, su número de identificación, la fecha de nacimiento, entre otros. **El número de habitación del paciente, número de cama o su ubicación no son datos que se puedan usar como identificación.**

2. Mejorar la Comunicación Efectiva.

Propósito: **Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.**

Cuando la comunicación es efectiva, implica que sea oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe.

Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes/indicaciones de atención al paciente dadas verbalmente y por teléfono.

Otro tipo de comunicación propensa al error es la información de resultados de laboratorio o gabinete.

El establecimiento debe elaborar una política y/o procedimiento para órdenes/indicaciones verbales y telefónicas que incluye: escuchar completamente la orden, la anotación de la orden o el resultado de laboratorio o gabinete por parte de quien recibe la información; la lectura por parte del receptor de la orden o el resultado del análisis y la confirmación de que lo que se ha anotado y leído es exacto por parte de quien emite la orden o comunicación del resultado.

3. Mejorar la Seguridad de los Medicamentos de alto riesgo.

Propósito: **Prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados.**



2.

Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales.
(Órdenes verbales y/o telefónicas)

“Readback”



Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental manejarlos adecuadamente para garantizar su seguridad.

Un problema frecuente de seguridad de los medicamentos es la administración errónea de electrolitos concentrados. Este error puede

ocurrir por falta de supervisión, por falta de orientación e inducción del personal o por una situación de urgencia mal manejada.

El medio más efectivo para disminuir o eliminar esta ocurrencia es retirar los electrolitos concentrados de las unidades de atención al paciente y llevarlos a la farmacia.

En colaboración multidisciplinaria se debe desarrollar una política y/o un procedimiento que evite la colocación de electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente donde puedan ocurrir errores de administración.

La política y/o el procedimiento identifica a todas las áreas donde los electrolitos concentrados son necesarios desde el punto de vista clínico, como el Servicio de Urgencias, Terapias Intensivas o las salas de operaciones, e identifican el modo en que son etiquetados en forma clara y cómo se almacenan en dichas áreas, de modo tal que esté restringido el acceso a ellos a fin de prevenir la administración errónea.

En las áreas donde se administren electrolitos deben contar con acciones específicas o estrategias para prevenir errores de medicación durante la preparación y administración de los medicamentos.

Una de las buenas prácticas basadas en la evidencia más utilizadas es la doble verificación o doble "chequeo" de los procesos de preparación y administración de los medicamentos de alto riesgo por personal calificado.

Según estudios del Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos (Institute for Safe Medication Practices) la implementación de esta práctica logra detectar aproximadamente el 95% de los errores.



Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Además de los electrolitos concentrados, la organización puede utilizar la **doble verificación** para al menos los siguientes medicamentos de alto riesgo:

*Cito tóxicos.

*Medicamentos radiactivos y de naturaleza similar.

*Insulinas.

*Anticoagulantes.

4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.

Propósito: Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio, procedimiento o paciente incorrecto.

La cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto y/o al paciente equivocado son problemas comunes en los hospitales. Pueden contribuir a ello, la evaluación inadecuada del paciente, la revisión inadecuada del expediente clínico, una cultura que no apoya la comunicación abierta entre los miembros del equipo quirúrgico, los problemas relacionados con la letra ilegible y el uso de abreviaturas.

Para mejorar esta situación deben emplearse prácticas basadas en la evidencia, tales como las descritas Protocolo Universal TM para asegurar el procedimiento correcto, el sitio correcto y al paciente correcto, establecido por The Joint Commission (http://www.jointcommission.org/standards_information/up.aspx)

La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía de la OMS, divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención. El Protocolo Universal se encuentra dentro de ésta lista de Verificación.



Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

El protocolo universal debe de realizarse en todos los procedimientos, así como en los procedimientos y tratamientos invasivos o de alto riesgo que el establecimiento determine.

El marcado del sitio quirúrgico involucra la participación del paciente y se lleva a cabo con una marca piel. La marca debe ser la misma en toda la organización y debe ser efectuada por el médico que llevará a cabo el procedimiento, debe hacerse de preferencia y de ser posible, estando el paciente despierto y consciente, y debe estar visible una vez que el paciente esté preparado y cubierto. El sitio quirúrgico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad o estructuras múltiples y cuando la realización del procedimiento en un sitio diferente pudiera afectar de manera negativa la calidad o la seguridad del paciente.

5. Reducir el riesgo de infecciones relacionadas con la atención médica.

Propósito: **Reducir el riesgo de infecciones a través de un programa efectivo de higiene de manos.**

La prevención y el control de infecciones asociadas con la atención médica constituyen desafíos en la mayoría de las áreas de atención médica. Las infecciones incluyen infecciones de las vías urinarias, asociadas con el uso de catéteres, bacteremias y neumonía. Lo fundamental para erradicar estas y otras infecciones es la higiene adecuada de las manos. Se pueden obtener guías internacionalmente aceptadas como las de la OMS, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos.



6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Propósito: **Identificar y evaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes.**

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Las caídas son una de las causas más comunes que generan lesiones y daños en los pacientes hospitalizados.

El establecimiento debe evaluar el riesgo de caídas y reducir la probabilidad de la ocurrencia de una caída.

La evaluación podría incluir los antecedentes de caídas, el estado postquirúrgico, la edad del paciente, una revisión del consumo de alcohol y medicamentos, una evaluación de la marcha y el equilibrio y los apoyos empleados por el paciente para caminar.

La evaluación del riesgo de caídas debe realizarse como parte del tamizaje en el Servicio de Urgencias y/o la evaluación inicial del paciente hospitalizado; asimismo, se reevalúa a todos los pacientes a intervalos que ayuden a identificar oportunamente cualquier cambio en el estado del paciente. Al menos se evalúa a cada paciente en cada cambio de turno, cambio de área o servicio y/o cambio en el estado de salud.

El establecimiento debe implementar un programa de reducción del riesgo de caídas, basándose en políticas y/o procedimientos adecuados.

IMSS METAS INTERNACIONALES PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE

6.

Reducir el riesgo de caídas.



Fuente bibliográfica:

- <http://www.who.int/patientsafety/es/>
- <https://hospitalgeneraldesoledad.wordpress.com/>

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

ESTANDARES DE CERTIFICACION (JCI)



Fuente bibliográfica:

- [Joint Commission International](http://www.jointcommissioninternational.com)

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

DEFINICIONES GENERALES

Se ha definido al **paciente** como la persona que recibe atención médica, y a la **atención médica** como los servicios que reciben las personas o las comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

La **salud** es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La **seguridad** es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

La **cultura de seguridad** es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención médica.

Un **peligro** es una circunstancia, un agente o una acción que puede causar daño.

Una **circunstancia** es una situación o un factor que puede influir en un evento, un agente o una o varias personas.

Un **evento** es algo que le ocurre a un paciente o que le atañe, y un **agente** es una sustancia, un objeto o un sistema que actúa para producir cambios.

Un **evento adverso** es un daño no intencional producido al paciente por un incidente.

Un **evento centinela** es un incidente que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente.

La **seguridad del paciente** es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención médica hasta un mínimo aceptable.

El **daño asociado a la atención médica** es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención médica o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Un **incidente** relacionado con la seguridad del paciente es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente.

Un **error** es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto.

Una **infracción** es un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos.

Tanto los errores como las infracciones elevan el riesgo, aunque no llegue a producirse un incidente.

El **riesgo** es la probabilidad de que se produzca un incidente.

Se considera **daño** la alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella. Los daños comprenden las enfermedades, las lesiones, los sufrimientos, las discapacidades y la muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos.

La **enfermedad** se define como una disfunción fisiológica o psicológica.

La **lesión** es un daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.

El **sufrimiento** consiste en la experiencia de algo subjetivamente desagradable y comprende el dolor, el malestar general, las náuseas, la depresión, la agitación, la alarma, el miedo y la aflicción. Se entiende por **discapacidad** cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.

Fuente bibliográfica:

- [Joint Commission International](#)

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

POLÍTICAS

Liderazgo y planificación

01. Los responsables de gobernar y administrar la organización participan en la planificación y la medición de un programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Reglas:

- 01.01. Los líderes de la organización deberán colaborar para llevar a cabo el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
- 01.02. El programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente debe abarcar a toda la organización.
- 01.03. Se debe comunicar al personal la información acerca de la mejora de la calidad y seguridad del paciente.
- 01.04. EDebe implementarse un programa de capacitación para el personal, acorde con su rol en el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

JCI - Estándares centrados en el paciente

- Liderazgo y planificación: QPS.1

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Identificar correctamente al paciente

02. Identificar en forma segura a los pacientes.

Reglas:

- 02.01. Se deberá identificar a los pacientes utilizando número de documento nacional de identidad (DNI) y número de historia clínica.
- 02.02. Se deberá identificar a los pacientes mediante la utilización de un elemento/ dispositivo de identificación. En caso de que el elemento/dispositivo utilizado se deteriore o se pierda, deberá ser reemplazado inmediatamente.
- 02.03. Se deberán utilizar los datos de identificación antes de realizar cualquier tipo de procedimiento (por ejemplo: la extracción de sangre u otras muestras para análisis clínicos).
- 02.04. Se deberá asegurar que toda asistencia se brinde a la persona indicada.
- 02.05. Se deberá identificar a pacientes que requieren de cuidados especiales, como ser los portadores de alergias medicamentosas o de otro tipo, a fin de favorecer una clara y rápida identificación de estas condiciones, favoreciendo la comunicación entre áreas y profesionales y disminuyendo la ocurrencia de errores en los procedimientos.
- 02.06. Se deberá identificar la habitación indicando el número en lugar visible.

JCI - Estándares centrados en el paciente

- Objetivos internacionales para la seguridad del paciente: IPSPG 1

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Asistencia en Emergencias

03. Asegurar que todos los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencias sean clasificados y tratados según las categorías de riesgos establecidas en la organización (Triage de Emergencia).

Reglas:

03.01. Se deberá clasificar los pacientes en el Servicio de Emergencias conforme con las categorías de riesgo que se indican a continuación:

- I: Riesgo de vida.
- II: Emergencia.
- III: Urgencia.
- IV: No urgencia.

03.02. Se deberá garantizar que el tiempo máximo hasta contacto con el médico, según categoría de riesgo, es el especificado en la tabla siguiente:

Categoría	Color	Tipo de asistencia	Tiempo hasta el contacto con el médico
I	Azul	Riesgo de vida	Inmediato
II	Rojo	Emergencia	< 10 minutos
III	Amarillo	Urgencia	< 30 minutos
IV	Verde	No urgencia	< 60 minutos

JCI - Estándares centrados en el paciente

- Admisión en la organización: ACC 1.1.1
- Evaluación de pacientes (AOP): AOP 1.3.1

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Asistencia a Pacientes Internados

04. Asegurar la integración de los actores que participan de la asistencia a los pacientes internados.

Reglas:

- 04.01. Todo cambio referente a: fecha de alta, intervenciones y estudios adicionales de alta complejidad fuera de lo rutinario (y en especial aquello que está por fuera de los módulos), debe ser consensuado con el Servicio responsable del paciente, exceptuando la urgencia y emergencia.
- 04.02. En caso de modificación de la patología por la cual se realizó el ingreso, se deben realizar las interconsultas pertinentes para resolver el nuevo cuadro, manteniéndose el vínculo y la responsabilidad del servicio que internó al paciente (ej.: Internación quirúrgica programada con efecto adverso hemorrágico/isquémico cerebral, habrá participación del servicio Neurociencias como interconsultor pero los cirujanos deben seguir al paciente hasta el alta del mismo).
- 04.03. Los pedidos de interconsultas no habilitan a seguimientos por servicios o médicos tercerizados, salvo pedido expreso.
- 04.04. El médico del servicio responsable del seguimiento deberá:
- Informar al paciente y sus familiares que se otorgará el alta y que se hará efectiva al día siguiente ANTES de las 10:00 a.m.
 - Registrar el alta en la historia clínica, escribir las indicaciones en la evolución para el alta y confeccionar las recetas médicas.
 - Entregar radiografías y CDs de tomografías en caso de haber realizado estas prestaciones.
 - En caso de encontrarse estudios previos presentados por el paciente y/o familiar, entregar los mismos.
 - Realizar los pedidos de estudios ambulatorios y/o turnos para consultas ambulatorias.

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

04.05. El médico del sector de Internación en donde se encuentra el paciente deberá:

- Realizar la epicrisis, imprimir la misma, entregarla al paciente y al administrativo de Piso.
- Efectivizar el alta antes de las 10:00.
- Avisar a enfermería del alta.

04.06. Los médicos de TODOS los Servicios que tengan pacientes internados DEBERÁN COMENZAR SU ACTIVIDAD ASISTENCIAL POR LOS PISOS DE INTERNACIÓN GENERAL.

04.07. El alta es confeccionada por el médico del servicio responsable y a cargo del seguimiento longitudinal del paciente.

Aquellos Servicios que tengan delegada la confección de altas (ej. CCV, Hemodinamia, Ortopedia y Traumatología), podrán mantenerla, informando a la Dirección Médica; sin embargo, la decisión del alta debe ser notificada al médico del servicio, en caso de desacuerdo, prevalece la indicación de este último.

Se podrá escribir "Por indicación del Dr. xxxx a cargo del paciente se otorga la externación y seguimiento..."

JCI - Estándares centrados en el paciente

- Atención de pacientes (COP)

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Evaluación de los pacientes

05. Evaluación de los pacientes (AOP)

Reglas:

- 05.01. La evaluación inicial de cada paciente debe incluir una evaluación de factores físicos, psicológicos, sociales y económicos, e incluir un examen físico y una historia clínica.
- 05.02. Las necesidades médicas y de enfermería del paciente se deben identificar a partir de las evaluaciones iniciales, las cuales se completan y registran en la historia clínica dentro de las primeras 24 horas posteriores a la admisión como paciente hospitalizado o antes, según lo indique el estado del paciente.
- 05.03. La evaluación preoperatoria se debe registrar antes de la anestesia o del tratamiento quirúrgico e incluye las necesidades médicas, físicas, psicológicas, espirituales/culturales del paciente.
- 05.04. Se deben valorar el estado nutricional, las necesidades funcionales y cualquier otra necesidad especial que puedan tener los pacientes, y se los deriva para una evaluación y un tratamiento más profundos cuando es necesario.
- 05.05. Todos los pacientes hospitalizados y ambulatorios deben ser sometidos a un cribado del dolor y son evaluados cuando hay dolor presente.
- 05.06. El hospital debe realizar evaluaciones iniciales individuales para las poblaciones especiales a las que presta atención sanitaria.

JCI - Estándares centrados en el paciente

- Acceso a y continuidad de la atención: AOP

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Comunicación Efectiva

06. Asegurar la comunicación efectiva entre todos los actores que intervienen en la asistencia al paciente.

Reglas:

- 06.01. Se deberá disponer de un modelo que asegure la comunicación oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, mediante información escrita o verbal, como medio para responder a peticiones y en voz alta, tanto internamente como en la comunicación con el paciente y sus familiares.
- 06.02. En los actos quirúrgicos se deberá realizar el intercambio de información entre los participantes, procediendo a identificarse y contar a viva voz la cirugía a realizar.
- 06.03. Se debe asegurar la interacción y comunicación entre los médicos de las distintas especialidades en la transferencia, así como durante la permanencia en un área de Servicio Médico. En dicho marco, y ante disensos en las conductas diagnósticas y/o terapéuticas de los pacientes transferidos de un área a otra, dichos referentes deben consensuar las mismas y evitar contradicciones en los informes médicos brindados al paciente y/o familiares durante su internación.
- 06.04. Nunca debe constar un desacuerdo en la HC.
- 06.05. El médico del Servicio responsable del paciente debe mantener informado al mismo y a su familia sobre su evolución diariamente, tratando de mantener pocos interlocutores, en lo posible staff.
- 06.06. Todo cambio referente a: fecha de alta, intervenciones y estudios adicionales de alta complejidad fuera de lo rutinario (y en especial aquello que está por fuera de los módulos), debe ser consensuado con el Servicio responsable del paciente, exceptuando la urgencia y emergencia
- 06.07. En caso de modificación de la patología por la cual se realizó el ingreso, se deben realizar las interconsultas pertinentes para resolver el

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

nuevo cuadro, manteniéndose el vínculo y la responsabilidad del servicio que internó al paciente.

JCI - Estándares centrados en el paciente

- Objetivos internacionales para la seguridad del paciente: IPSG 2

Seguridad de los Medicamentos de alto riesgo

07. Suministrar los medicamentos al paciente en forma segura.

Reglas:

- 07.01. Se deberá identificar en un vademécum a los medicamentos en general y de alto riesgo en particular.
- 07.02. Se deberá asegurar al paciente, el suministro correcto de los medicamentos y los de alto riesgo en particular, mediante procedimientos que permitan una adecuada gestión mediante la selección, almacenamiento, prescripción, dispensación y administración, a fin de evitar errores con graves consecuencias para la salud del paciente y para evitar eventos adversos.
- 07.03. Asegurar la legibilidad de las indicaciones médicas, mediante una mejora de la caligrafía y/o la impresión, o el uso de órdenes pre-impresas o recetas electrónicas aplicables según el servicio que se trate.
- 07.04. En cuanto a las indicaciones médicas de pacientes internados se deberá actualizar dicha información en los sistemas de información de soporte respectivos en forma diaria, así como ante cada cambio en la situación del paciente; lo antedicho deberá realizar ser controlado a los efectos de evitar errores.
- 07.05. Se deberá realizar la trazabilidad de los medicamentos, desde su ingreso a la farmacia hasta la dispensación.

JCI - Estándares centrados en el paciente

- Objetivos internacionales para la seguridad del paciente: IPSG 3

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Garantizar cirugías seguras

08. Garantizar la cirugía segura (en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto).

Reglas:

08.01. Se deberá verificar en forma previa al inicio de una intervención o procedimiento invasivo:

- Identificación del paciente correcto, el procedimiento correcto y del lado correcto (en los casos que corresponda).
- Certificación de la disponibilidad de todo el equipamiento e insumos necesarios para llevar adelante la intervención.

08.02. Se deberán verificar en forma post intervención o procedimiento invasivo, el cumplimiento de los siguientes recaudos y controles:

- Recuento del instrumental, compresas y agujas y aseguramiento de la eliminación de material corto punzante.
- Guarda e identificación de las muestras quirúrgicas.
- Envío correcto de muestras para los estudios de anatomía patológica.
- Indicaciones médicas de seguimiento confeccionadas y comunicadas.
- Atención post alta del paciente.

08.03. Se deberá implementar la lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (Check List).

JCI - Estándares centrados en el paciente

- Objetivos internacionales para la seguridad del paciente: IPSG 4

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Riesgo de infecciones relacionadas con la atención médica

09. Minimizar el riesgo de infecciones relacionadas con la atención médica.

Reglas:

- 09.01. Se deberá exigir a los actores de la Institución (médicos, enfermeras, camilleros, etc.) la necesidad de realizar sus actividades de contacto con los pacientes con las manos lavadas y provistas de guantes descartables (si estuviera indicado) debiendo desechar los mismos una vez realizada la atención y repetir el lavado de manos.
- 09.02. Se deberá exigir a los terceros (familiares y otros) la necesidad de realizar el lavado de manos utilizando el dispenser de alcohol en gel y jabón, en forma previa al ingreso a la habitación y cuando se retira de la misma.
- 09.03. Se deberá realizar una campaña de divulgación del lavado de manos, dirigida a familiares por medio de folletería e internamente a través de medios electrónicos y mediante cartelería.
- 09.04. Se deberá tener especial cuidado en la selección, preparación y uso de antisépticos y desinfectantes, higiene hospitalaria, precauciones con sangre y fluidos corporales, curación de heridas, cuidado de catéteres (urinarios, intravasculares, otros).
- 09.05. Se deberá evitar los errores de conexión de catéteres y tubos, para lo cual se requiere el etiquetado de catéteres de alto riesgo (por ej., arteriales, epidurales, intratecales), la forma de uso de los dispositivos de inyección y demás medidas que se establezcan en el protocolo correspondiente.

JCI - Estándares centrados en el paciente

- Objetivos internacionales para la seguridad del paciente: IPSG 5

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Riesgo de daño al paciente por causa de caídas

10. Minimizar el riesgo de daño al paciente causado por caídas.

Reglas:

10.01. Se contará con un "Protocolo de Prevención de Caídas en el ámbito hospitalario", que permita identificar en forma oportuna, práctica y objetiva el nivel de riesgos al que está expuesto todo usuario que ingrese a hospitalizarse.

10.02. A los pacientes identificados con riesgo de caída se les deberán aplicar las siguientes medidas preventivas:

- Cama o camilla con barandas arriba.
- Cama o camilla con frenos activados.
- Salas con timbres operativos y al alcance del paciente.
- Sujeción de acuerdo a protocolo.
- Deambulación asistida.
- Acompañamiento de familiar o tutor
- Traslado de pacientes, de acuerdo a protocolo.
- Pasillos iluminados en la noche.
- Deambulación del paciente con calzado firme y apropiado
- Vigilancia programada y permanente de los pacientes.
- Utilización de un cartel colgado de la puerta de la habitación que indique la situación de riesgo de caída del paciente.

10.03. En caso de caídas, se deberán realizar los reportes correspondientes detallando las circunstancias, el incidente que provocó la caída y las consecuencias de la caída.

10.04. Identificar los factores de riesgo de caídas asociadas al Paciente, utilizando la escala de DOWNTON en adultos y la escala de MACDEMS en niños.

JCI - Estándares centrados en el paciente

- Objetivos internacionales para la seguridad del paciente: IPSPG 6

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Continuidad asistencial

11. Asegurar la continuidad de la asistencia médica durante la transición del paciente.

Reglas:

- 11.01. Se tomarán en cuenta tanto los aspectos administrativos como médicos, durante el traslado interno del paciente.
- 11.02. Se dispondrá de un enfoque estandarizado para la comunicación entre el personal en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención al paciente en el transcurso de la transferencia de un paciente, utilizando a técnica SBAR (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación).
- 11.03. Asegurar la recopilación de la documentación sobre todos los medicamentos que actualmente toma cada paciente y proporcionar la lista de medicamentos resultante al o a los profesionales receptores en cada punto de transición asistencial (admisión, transferencia, alta, consulta ambulatoria).
- 11.04. El traslado deberá tener acompañamiento de un médico y el enfermero y médico de piso del área respectiva deben recibir al paciente en persona al paciente.
- 11.05. La transferencia de pacientes deberá ser consensuada entre los médicos de las distintas especialidades antes de proceder con la gestión administrativa de la misma. El médico de la especialidad receptora es quien debe solicitar la gestión administrativa. Para el adecuado desarrollo de lo antedicho, este último debe disponer del soporte del personal administrativo respectivo.

JCI - Estándares centrados en el paciente

- Acceso a y continuidad de la atención:
 - ACC 1 Admisión en el hospital
 - ACC 2: Admisión al hospital
 - ACC 3: Continuidad de atención
 - ACC 4: Alta, traslado y seguimiento
 - ACC 5: Transferencia de pacientes
 - ACC 6: Transporte

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Aislamiento de pacientes

12. Aislar a los pacientes que presentan síndromes o condiciones clínicas de infección.

Reglas:

- 12.01. Se deberá identificar a los pacientes bajo precauciones de aislamiento y medidas a implementar para prevenir la transmisión de microorganismos.
- 12.02. Optimizar la implementación de las medidas utilizando un sistema de señalización para ser utilizado en todas las áreas del HUFF, como se indica en el protocolo correspondiente

JCI - Estándares centrados en el paciente

- Prevención y control de infecciones: PCI 8

Servicios de laboratorio, radiología y diagnóstico por imagen

13. Los servicios de laboratorio, radiología y diagnóstico por imagen deben estar disponibles para atender las necesidades de los pacientes y todos esos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.

Reglas:

- 13.01. Debe haber un programa de seguridad implementado que se sigue en el servicio.
- 13.02. La administración de los estudios y la interpretación de los resultados deben estar a cargo de personas con las cualificaciones adecuadas.
- 13.03. Los resultados de los análisis de laboratorio, estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen deben estar disponibles en forma oportuna, tal como lo define la organización.
- 13.04. Todo el equipo usado para análisis de laboratorio, estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen se debe inspeccionar, mantener y calibrar con regularidad y se llevan los debidos registros de estas actividades.

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

- 13.05. Se debe disponer de reactivos esenciales, películas para radiografías y demás suministros disponibles para garantizar la precisión y exactitud de los resultados.
- 13.06. Se debe contar con procedimientos documentados e implantados de control de calidad.
- 13.07. La organización debe revisar periódicamente los resultados de control de calidad de todas las fuentes externas de servicios de laboratorio.

Alta del Paciente

14. *Asistencia al Alta del Paciente: asegurar que los pacientes se retiren con su epicrisis de internación y las indicaciones médicas que permitan un post-operatorio seguro.*

Reglas:

- 14.01. El médico del servicio responsable del seguimiento o en su defecto, el médico del sector de Internación en donde se encuentra el paciente deberá:
- Registrar el alta en la historia clínica, escribir las indicaciones en la evolución para el alta y confeccionar las recetas médicas.
 - Realizar la epicrisis, imprimir la misma, entregarla al paciente.
 - En caso de encontrarse estudios previos presentados por el paciente y/o familiar, entregar los mismos.
 - Realizar los pedidos de estudios ambulatorios y/o turnos para consultas ambulatorias.

JCI - Estándares centrados en el paciente

- Acceso a y continuidad de la atención: ACC 1.1

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Derechos de los pacientes y familiares

15. La organización debe facilitar los procesos que apoyen los derechos de los pacientes y de las familias durante la atención.

Reglas:

- 15.01. La atención deberá ser atenta y respetuosa con los valores y creencias personales del paciente.
- 15.02. La organización debe contar con un proceso para responder a las solicitudes de servicios pastorales o solicitudes similares de los pacientes y de las familias, según las creencias espirituales y religiosas del paciente.
- 15.03. La organización debe adoptar medidas para proteger las pertenencias de los pacientes contra robo o pérdida.
- 15.04. La organización debe reducir las barreras físicas, de idioma, culturales, etc. para el acceso y la prestación de servicios.
- 15.05. Los pacientes deben ser informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.
- 15.06. La organización debe informar a los pacientes y a las familias acerca de sus derechos y responsabilidades de rechazar o suspender el tratamiento, evitar servicios de resucitación y renunciar o retirar tratamientos de soporte vital.
- 15.07. El consentimiento informado debe ser obtenido antes de la cirugía, anestesia, sedación moderada, uso de sangre o productos con sangre y cualquier otro tratamiento o procedimiento de alto riesgo.
- 15.08. La organización debe informar a los pacientes y sus familias acerca de cómo elegir donar órganos y otros tejidos.

JCI - Estándares centrados en el paciente

- Derechos del paciente y de su familia: PFR

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Gestión y seguridad de la instalación

16. Las organizaciones sanitarias deben trabajar para proporcionar una instalación segura y funcional

Reglas:

- 16.01. Se debe planificar e implementar un programa para proporcionar un entorno físico seguro y protegido.
- 16.02. SE debe contar con un plan para el inventario, gestión, almacenamiento y uso de materiales peligrosos y el control y desecho de materiales peligrosos y residuos.
- 16.03. La organización debe elaborar y mantener un plan y un programa de gestión de emergencias para responder a probables emergencias, epidemias y desastres naturales o de otra índole en la comunidad.
- 16.04. Debe haber agua potable y energía eléctrica disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, mediante fuentes regulares o alternativas, para satisfacer las necesidades esenciales de atención al paciente.
- 16.05. Los sistemas de electricidad, agua, residuos, ventilación, gases médicos y demás sistemas claves se deben someter periódicamente a inspecciones, instancias de mantenimiento y, cuando correspondiera, a mejoras.
- 16.06. La organización debe formar y capacitar a todos los miembros del personal sobre sus roles para proporcionar una instalación de atención al paciente segura y efectiva.

JCI - Estándares centrados en el paciente

- Gestión y seguridad de la instalación: FMS

Guía de implementación de un MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

MIS OTROS EBOOK

- **Gestión por Procesos en Instituciones de Salud Guía de Implementación.**



http://www.managementensalud.com.ar/Gestion_por_Procesos_en_Salud-Guia_de_Implementacion.pdf

- **Guía de Implementación de Seguridad de la Información**



<http://www.managementensalud.com.ar/Guia%20de%20implementacion%20de%20un%20Manual%20de%20Politicasy20de%20Seguridad%20de%20la%20Informacion.pdf>