



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	ITEMS A VERIFICAR EN IPS	PROFESIONALES INDEPENDIENTES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
<b>1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos</b>					
<b>a. Plataforma Estratégica de la Seguridad</b>					
Evidencia del compromiso de la alta Dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, referente o equipo funcional líder del programa de seguridad de pacientes, estrategias de sensibilización y capacitación institucionales, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, integración con otras políticas y con la planeación estratégica, participación del paciente y su familia)		Evidencia del compromiso profesional con la atención Segura a través de una política que incluya: Propósitos, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, metodología de análisis de causa de los incidentes y eventos adversos.			
Evidencia de la existencia de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad		No aplica			
Evidencia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes que repose en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS. Como invitados al comité se cuenta con representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar (incluía a representantes de los servicios tercerizados o proveedores relacionados con el evento adverso)		No aplica el Comité de Seguridad pero sí la evidencia de análisis de causa a las fallas que se presenten.			
<b>b. Fortalecimiento de la Cultura institucional</b>					
Evidencia de la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad (política de seguridad institucional, taxonomía, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos)		Aplica si cuenta con personal de apoyo			
<b>c. Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos</b>					
Definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso. Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.		Debe contar con un registro de las fallas que se presenten durante la atención			
Definición e implementación de un sistema de análisis de causa (puede ser el Protocolo de Londres u otro sistema técnico) de las fallas en la atención en salud. Incluye la definición de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Para las IPS, éste análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad		Aplica el análisis de causa por el profesional, no en comité de seguridad			
<b>d. Procesos Seguros</b>					
Evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados		Aplica			
Evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados		Aplica			
Evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados		Aplica			
La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.		Aplica para los servicios que ofrece			

Evidencia de la adopción o desarrollo institucional de las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia de su socialización. Debe incluir también: protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio; protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases; protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico; protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos; protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.	Aplica para los servicios que ofrece			
<b>2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente</b>				
La Institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia	No aplica			
La institución realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes que quedaron obligatorios en el Sistema Único de Habilitación y que le apliquen	Aplica			
<b>3. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD</b>				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: infección asociadas a la atención en salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dichas infecciones. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	Aplica el análisis de causa del evento adverso por el profesional, no en comité de seguridad			
Protocolo para la higiene de manos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo incorpora los cinco momentos del lavado de manos recomendado por la OMS. Debe estar socializado	Aplica			
Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica			
Presencia de insumos institucionales para la higiene de manos: Toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial, en concordancia con el protocolo institucional de higiene de manos	Aplica			
Protocolo de venopunción que incluye acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales se incluyen acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.	No aplica			
Guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye medidas de aislamiento universales. Debe estar socializado	No aplica			
Medición semestral de adherencia a la guía de aislamiento de pacientes en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica			
Manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe estar socializado	Aplica			
Medición semestral de adherencia al Manual de Bioseguridad en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica			
Medición mensual del indicador de infecciones de sitio operatorio (ISO) si aplica	Aplica			
Medición mensual del indicador de infecciones de endometritis post - parto y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica			
Medición mensual de las neumonías nosocomiales asociadas a ventilador y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica			
Medición mensual de infecciones transmitidas por transfusión (ITT) y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			

Medición mensual de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica			
Medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de catéteres centrales y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			
Medición mensual de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas y documentación de acciones de mejora si aplica.	No aplica			
<b>4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS</b>				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por administración incorrecta de medicamentos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	Aplica para medicamentos ambulatorios			
Proceso para la dispensación segura de los medicamentos en la farmacia desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la dispensación segura de dosis unitarias	No aplica			
Medición semestral de adherencia al proceso de dispensación de medicamentos en la farmacia	No aplica			
Proceso para la administración segura de los medicamentos en los servicios de urgencias y hospitalización, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la utilización de mínimo cinco correctos al momento de administrar un medicamento a un usuario y restringe el uso de órdenes verbales. Incluye el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización	Aplica si el profesional independiente administra medicamentos en el servicio habilitado			
Medición semestral de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos a los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			
Protocolo para el uso racional de antibióticos en los servicios de internación desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo concuerda con las guías de manejo clínico	Aplica si el profesional independiente prescribe antibióticos en el servicio habilitado			
Medición semestral de adherencia al protocolo de uso racional de antibióticos y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			
Protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo en los servicios de internación otros servicios desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años.	No aplica			
Aplicación de listas de chequeo para asegurar la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento de la institución	No aplica			
Los registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios de internación y urgencias	Aplica			
<b>5. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES</b>				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	Aplica para la identificación de pacientes de manejo ambulatorio			
Protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura. Incluye el uso de mínimo dos identificadores recomendados por la OMS (Nombre, número de identificación) en tableta de cabecera o pie de cama. Nunca el número der la cama, el número de habitación o el diagnóstico clínico. También debe incluir el protocolo para internar pacientes con el mismo nombre o usuarios que carezcan de identificación	Aplica para la identificación correcta del usuario al ingreso al servicio			
Medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			

Uso de manillas de marcación de los pacientes en servicios asistenciales priorizados. Siempre debe incluir el servicio de ginecología, pediatría y atención mental	No aplica			
<b>6. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS</b>				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por error en la realización en la cirugía cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	No aplica			
Aplicar la lista de chequeo para cirugía segura, como mínimo la recomendada por la OMS o la desarrollada o adoptada por la institución. En todo caso debe incorporar los momentos preoperatorio, en quirófano antes de incidir al paciente, intraoperatorio y post operatorio e incluir la verificación del adecuado funcionamiento de los equipos de anestesia y cirugía. No debe faltar el chequeo de la marcación del órgano par que se va a operar y el conteo de los insumos que pueden convertirse en cuerpo extraño en el usuario (oblitos)	No aplica			
<b>7. PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS</b>				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: Lesión por caída asociada a la atención de salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	Aplica para la atención de pacientes de manejo ambulatorio			
Clasificar el riesgo de caída a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo antecedentes de caídas e identificación del pacientes que estén agitados, funcionalmente afectados, que necesiten ir frecuentemente al baño o que tienen movilidad disminuida y pacientes bajo sedación	No aplica			
Protocolo para la minimización de riesgos de caídas derivados de la condición del paciente desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir que las camas y camillas tengan barandas, las escaleras antideslizantes, los baños agarraderas en duchas y sanitarios, la ausencia de obstáculos en las pasillos de internación y una adecuada iluminación	No aplica			
Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de caída de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			
<b>8. PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por presencia de úlceras por presión cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	No aplica			
Clasificar el riesgo de úlceras por presión a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo la valoración de la movilidad, presencia de incontinencia, estado nutricional, alteración de la sensibilidad e integridad de la piel	No aplica			
Protocolo para la minimización de riesgos de aparición de úlceras por presión o escaras desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir esquemas de movilización de pacientes en riesgo, cuidados de la piel con soluciones adecuadas, valoración permanente del estado de la piel y condiciones de higiene	No aplica			
Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de úlceras por presión o escaras de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			
<b>9. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BIONOMIO MADRE HIJO</b>				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por inadecuada atención de la gestante en el control prenatal, parto o puerperio (incluye la mortalidad materna) o al recién nacido, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	Aplica para el control prenatal ambulatorio			
Evidencia de la existencia de una Guía o protocolo para la atención prioritaria a la gestante sin exponerla a demoras injustificadas y a trámites administrativos innecesarios	Aplica			
Medición semestral de adherencia a la guía o protocolo para la atención prioritaria de las gestantes y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			

Guías clínicas para la atención de la gestante en el periodo prenatal, atención del parto y puerperio desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Las guías deben incluir la definición institucional de las habilidades y competencias que el equipo de salud que atiende las gestantes debe tener. La Guía debe incluir la obligatoriedad de registrar el partograma	Aplica para el control prenatal ambulatorio			
Medición semestral de adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			
Medición mensual de la completitud del kit de emergencias obstétricas y de los demás insumos requeridos para la atención de la gestante adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora si aplica	Aplica para el control prenatal ambulatorio			
Implementación de la lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato, para equipos médicos y de enfermería.	No aplica			
<b>10. PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA</b>				
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso y reacción adversa asociada a disponibilidad y uso de sangre y componentes sanguíneos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad que involucre a los bancos de sangre proveedores de los componentes sanguíneos implicados en el caso.	No aplica			
Protocolo o Guía para la gestión segura de la sangre y los componentes sanguíneos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe incluir análisis de los bancos de sangre proveedores, la recepción segura de la sangre y componentes sanguíneos, su adecuada identificación, medición de la eficiencia del suministro, rotación de inventarios, almacenamiento seguro y los controles en su entrega. Sistema de hemovigilancia y trazabilidad. También debe incluir uso de alternativas a la transfusión y manejo de pacientes que no aceptan la terapia transfusional.	No aplica			
Programa de seguimiento institucional a las transfusiones sanguíneas que incluya análisis del perfil epidemiológico en el servicio de transfusión, análisis de trazabilidad del producto y medición mensual de Infecciones transmitidas por transfusión. Incluye indicadores de gestión y documentación de acciones de mejora . Incluye seguimiento a pacientes politransfundidos	No aplica			
Medición semestral de adherencia al protocolo o guía clínica para la gestión segura de la sangre y componentes y documentación de acciones de mejora si aplica	No aplica			