

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
Página 1 de 22			

PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

ELABORADO POR:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO (Referente de seguridad del paciente)
AUXILIAR DE ENFERMERIA (SEGURIDAD DEL PACIENTE)

ASESORÍA DE CALIDAD

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
Página 2 de 22			

TABLA DE CONTENIDO

1.	Introducción	3
2.	Normatividad	3
3.	DEFINICIONES TECNICAS	4
4.	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	5
4.1.	CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN	5
4.2.	COMITÉS INSTITUCIONALES	6
4.3.	GESTIÓN DE LA CALIDAD CON ENFOQUE BASADO EN PROCESOS	6
4.4.	CUIDADO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	6
4.5.	MODELO DE CUIDADO DEL PACIENTE CON CÁNCER	7
4.6.	MANEJO INTERDISCIPLINARIO DEL CÁNCER	8
5.	Objetivos	10
5.1.	Objetivo General	10
5.2.	Objetivos Específicos	10
6.	DESARROLLO DEL PROGRAMA	10
6.1.	Alcance del programa	10
6.2.	Compromiso de la Dirección	11
6.3.	Estructura del Programa de Seguridad del Paciente	12
6.3.1.	LÍNEA 1: FUNDAMENTOS ESTRUCTURALES PARA LA SEGURIDAD	13
6.3.1.1.	Política de seguridad del paciente	13
6.3.1.2.	Principios	13
6.3.1.3.	Comité de Seguridad del Paciente Oncológico	13
6.3.2.	LÍNEA 2: LIDERAZGO, ALINEACIÓN Y CULTURA DE SEGURIDAD	14
6.3.2.1.	Formación de una cultura de seguridad:	14
6.3.3.	LÍNEA 3: GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	15
6.3.3.1.	Paquetes Instruccionales	15
6.3.3.2.	Los paquetes que se encuentran publicados SIAPINC son los siguientes:	15
6.3.3.3.	Metodología para la medición de adherencia a los paquetes instruccionales	16
6.3.3.4.	Tecnovigilancia:	18
6.3.3.5.	Farmacovigilancia:	18
6.3.3.6.	Reactivovigilancia:	18
6.3.3.7.	Biovigilancia:	18
6.3.3.8.	Hemovigilancia:	18
6.3.3.9.	Riesgos:	18
6.3.4.	LÍNEA 4: MEJORAMIENTO DE LA SEGURIDAD	19
6.3.4.1.	Indicadores:	19
6.3.4.2.	Mejoramiento de procesos	19
6.3.5.	LÍNEA 5: GESTIÓN DE LA SEGURIDAD PARA EL CLIENTE INTERNO:	20
7.	Líneas de intervención	20
8.	Cronograma	20
9.	Recursos	21
10.	Indicadores	21
11.	Evaluación de resultados	21
12.	Comunicación del programa	21
13.	Bibliografía	21

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
Página 3 de 22			

1. Introducción

El Instituto Nacional de Cancerología-ESE, posee una estructura para el desarrollo de la seguridad del paciente, adicional a esto se encuentra en proceso de implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte voluntario de eventos, se gestiona la identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación.

Como segunda instancia se ejecuta la Monitorización de eventos adversos mediante análisis de indicadores de seguridad los cuales están orientados a generar evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior.

La política de seguridad del paciente se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad) y garantizar el sostenimiento del programa y la funcionalidad del comité de seguridad del paciente

2.La estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos.

3.La investigación, el análisis, la gestión y la toma de decisiones que evite los eventos adversos prevenibles y, en caso de presentarse, mitigar sus consecuencias.

4.La organización identifica si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente.

5.La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.

2. Normatividad

Los lineamientos generales del orden mundial y nacional que rigen la seguridad del paciente incluyen en términos generales los siguientes:

La Asamblea Mundial de la Salud como órgano decisorio supremo de la Organización Mundial de la Salud, que aprobó en mayo de 2002 la resolución WHA55.18, en las que solicitó prestar mayor atención al problema de la seguridad del paciente, establecer y consolidar sistemas de base científica, para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención sanitaria.

Así mismo la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2004, junto con la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente establece como prioridad el trabajar en seguridad en la atención en salud.

Para la Republica de Colombia, se estableció el Decreto 1011 de 2006, el cual apunta hacia la minimización de riesgos como su eje central de la atención y también promulga la resolución 2003 de 2014, por la cual se implementa el Sistema Único de la Habilitación, donde establece pautas de obligatoriedad en cuanto a las instituciones prestadoras de servicios (IPS).

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamenta por medio del Decreto 903 de 2014 las disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud y establece las disposiciones del manual de estándares de acreditación en la resolución 5095 de 2018.

El INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA-ESE define bajo la resolución 107 de febrero de 2015, la política de seguridad del paciente, como directriz institucional para el desarrollo del programa de seguridad del paciente y conforma el Comité de Seguridad del paciente bajo la resolución 82 de febrero de 2015, como órgano rector del programa

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
Página 4 de 22			

3.DEFINICIONES TECNICAS

• **Evento adverso:** Entendemos como eventos adversos a las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de costos de la no-calidad. Por extensión, también aplicamos este concepto a situaciones relacionadas con procesos no asistenciales que potencialmente pueden incidir en la ocurrencia de las situaciones arriba mencionadas3.

• **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.

• **Error asistencial:** Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial y que lleva a la ocurrencia de un evento adverso, puede generarse desde la planeación de la atención bien sea por acción y/o por omisión.

• **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 atención1, en complemento a la definición se tiene en cuenta como falla en el proceso asistencial que no alcanza a causar un evento adverso o una complicación -Near miss- y el close call: Error sin daño.

• **Evento centinela:** Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro.

• **Seguridad:** 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 mitigar sus consecuencias.

• **Seguridad del paciente:** Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos.

• **Complicación:** Resultado clínico adverso de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o su enfermedad. Situación No prevenible. Las complicaciones clínicas evitables son sinónimos de eventos adversos evitables, y las complicaciones clínicas no evitables, sinónimas de eventos adversos no evitables. De igual manera, el análisis de una complicación clínica es el mismo que el realizado con un evento adverso, es decir, el análisis se dirige a identificar, primero, si fue evitable (esto es, si hubo un error asociado) y, segundo, a prevenir que ocurra nuevamente.

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

• **Atención en Salud Segura:** Es una atención en salud que se brinda minimizando los riesgos de ocurrencia de un evento adverso y a la cual se han incorporado las barreras de seguridad requeridas de acuerdo con el proceso de atención.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
Página 5 de 22			

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

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

• **Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra. Se define también como la oportunidad de que suceda algo que tendrá impacto en los objetivos.

• **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 ("Root Cause Analysis").

• **Violación de la seguridad de la atención en salud:** Acciones intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

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

• **Sistema de gestión del evento adverso:** 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.

• **Paquete instruccional:** es una herramienta metodológica para la implementación de la guía de buenas prácticas de seguridad del paciente en las instituciones de salud

4. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN

El Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, tiene como objetivo asesorar y asistir al Ministerio de la Protección Social, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el área oncológica que lo requieran y a las demás que se le determinen en el orden nacional y territorial, en el diseño, formulación y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos de investigación, docencia, vigilancia epidemiológica, prevención y atención de las enfermedades neoplásicas y relacionadas.

Dentro del marco misional, el INC tiene claramente establecido el control integral del cáncer, a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación del talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública; y dentro de su proyección visional se enfoca en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer. De igual forma se evidencia dentro de sus principios la seguridad como un tema imperativo en la prestación del servicio. Lo anteriormente expuesto indica que desde el direccionamiento estratégico se tiene claramente definido el atributo de seguridad como un elemento inherente a la atención del paciente.

Los lineamientos establecidos y definidos a través de las políticas generan los caminos claramente identificados y articulados con la plataforma estratégica, lo que conlleva a enmarcar dentro de la política de calidad y por

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
Página 6 de 22			

ende a implementar lineamientos de seguridad del paciente mediante la política respectiva, materializada en un acto administrativo emitido por la dirección general.

4.2. COMITÉS INSTITUCIONALES

Los comités institucionales relacionados con la seguridad del paciente, en el Instituto Nacional de Cancerología, son elementos fundamentales de vigilancia, y obedecen a los mandatos establecidos dentro del marco legal del sistema general de seguridad social en salud, del modelo de atención en salud en el país; forman parte de la primera línea de las cinco que integran la estructura del programa de seguridad del paciente oncológico. Se constituyen como órganos de asesoría para los diferentes procesos que integran el direccionamiento estratégico.

El producto de la operación de los comités reflejados en los registros de plataforma SIAPINC, es uno de los insumos para la toma de decisiones, que orienta las acciones realizadas hacia la mejora continua institucional. Los comités se integran por grupos interdisciplinarios de profesionales asistenciales y administrativos de acuerdo con necesidades establecidas y/o normativas. Estos equipos son los encargados de socializar la información de los diferentes temas relacionados con su operación, en espacios directivos y tienen establecida la periodicidad para estas presentaciones, con el fin de mantener enterada la comunidad institucional.

El producto entregado dentro de esta información que presentan los diferentes comités apunta a mantener y mejorar el tema de la seguridad del paciente en el proceso de atención.

4.3. GESTIÓN DE LA CALIDAD CON ENFOQUE BASADO EN PROCESOS

El Instituto Nacional de Cancerología, implementó la gestión por procesos desde el año 2008, la revisión y modificación del mapa de procesos se ha hecho acorde a las necesidades institucionales y a los lineamientos establecidos en el marco normativo.

El sistema de calidad institucional se despliega en un enfoque basado en procesos con procedimientos, actividades, tareas específicas, que en articulación con el sistema de información SIAPINC permite el abordaje integral no solo del programa de seguridad del paciente sino de todo el componente de calidad.

Acordes con la revisión de la política anteriormente enunciada, El Instituto Nacional de Cancerología contempla los siguientes objetivos de calidad, en correspondencia con las directrices de dicha política:

1. Lograr la satisfacción de nuestros usuarios en la prestación de servicios oncológicos, la formación de talento humano, la investigación y el desarrollo de acciones en salud pública.
2. Prestar servicios oncológicos con eficacia, oportunidad, seguridad, integralidad, buen trato y comunicación efectiva.
3. Lograr el cumplimiento de los convenios docencia-servicio de manera participativa y formativa.
4. Desarrollar proyectos de investigación confiables, pertinentes, oportunos y seguros.
5. Impulsar el desarrollo de programas de salud pública para el control del cáncer seguro, eficaz y eficiente
6. Diseñar e implementar prácticas ambientales sostenibles que permitan controlar los riesgos asociados a la contaminación ambiental y al ahorro y uso eficiente de recursos naturales.
7. Desarrollar acciones para la promoción de entornos de trabajo saludable enfocado en el autocuidado de los colaboradores con el fin de prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedad laboral.

4.4. CUIDADO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE

El aumento de la incidencia de las enfermedades malignas y el avance científico y tecnológico en la búsqueda del control de esta enfermedad, hacen que los sistemas de salud de cualquier país deban asumir un enorme reto consistente en proporcionar al paciente el tratamiento más adecuado posible, con la mejor tecnología

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
Página 7 de 22			

disponible, logrando un punto de equilibrio que no permita malgastar los recursos en tratamientos en los cuales no existe evidencia científica acerca de su efectividad.

El gran número de pacientes que asisten al Instituto Nacional de Cancerología cada año, han motivado la preocupación de crear un nuevo modelo de atención para nuestros pacientes, lo cual no sólo implica brindar los mejores estándares de atención médica al paciente oncológico, sino trabajar en la implementación de nuevas tecnologías para el tratamiento del cáncer (cirugía mínimamente invasiva, nuevas técnicas en radioterapia, nuevos medicamentos, etc.). Estamos además en la obligación de convertir nuestra experiencia clínica en proyectos de investigación y programas de docencia que sin duda impactan de manera positiva la atención del paciente oncológico en el país.

La organización del INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA-ESE, está conformada por las siguientes dependencias aprobada según la resolución 0651 del 27 de julio 2015, resolución 00984 del 29 de diciembre 2014, decreto 5017 del 2009

Junta Directiva Dirección General

Oficina Asesora de Planeación y
Sistemas Oficina de Control Interno

Subdirección General de Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención

Subdirección General de Atención Médica y Docencia Subdirección General de Gestión Administrativa y
Financiera Órganos de Asesoría y Coordinación

Comité de Coordinación del Sistema de Desempeño Institucional Comisión de Personal.

4.5.MODELO DE CUIDADO DEL PACIENTE CON CÁNCER

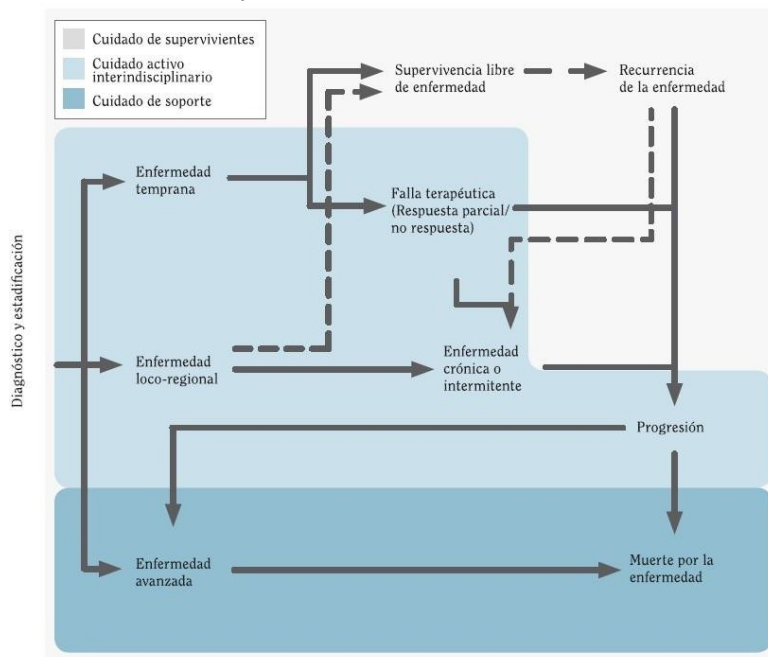
La mayor supervivencia (independientemente de si se está libre de enfermedad o no), ha traído consigo nuevas necesidades en el proceso de atención ligadas a una visión de manejo crónico o al seguimiento activo de pacientes libres de enfermedad, a lo que se suma la presencia de comorbilidad de origen no oncológico y la necesidad de controlar factores de riesgo genéticos y ambientales.

Todas estas situaciones representan un cambio sustancial en los modelos de atención, toda vez que requieren la interacción de diversos actores así como el compromiso del paciente y la búsqueda de apoyo familiar y social para el cubrimiento integral de sus necesidades, de forma que se reduzca la probabilidad de una baja adherencia a la prescripción médica o un abandono del tratamiento que resulte en falla terapéutica o en pérdida del seguimiento, dificultando en este último caso el diagnóstico e intervención oportuna de las recaídas y el manejo de complicaciones tardías. Las zonas de colores (figura 1) denotan el tipo de cuidado predominante, sin que ello signifique la ausencia de las otras formas de cuidado.

La enfermedad loco-regional representa un estado de los tumores sólidos, las neoplasias hematológicas utilizan otros criterios de estadificación. La línea segmentada de la figura número uno denota una trayectoria de menor o baja ocurrencia. El cuidado de soporte se refiere a las acciones adelantadas a fin de mejorar la calidad de vida del paciente. El soporte oncológico es parte de la atención en todas las etapas de la enfermedad; no obstante, el cuidado de soporte constituye el elemento central del tratamiento en etapas avanzadas de la enfermedad, a diferencia de lo que ocurre en etapas anteriores. La definición de tratamientos con intención curativa o paliativa en una visión disyuntiva ha generado confusión por hacer pensar que los recursos del soporte oncológico se reservan únicamente para estados avanzados de la enfermedad, cuando en realidad estos resultan fundamentales en cualquier etapa de esta y lo único que se modifica es el énfasis o rol central que dicho soporte tendrá dependiendo del estado clínico" (INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA-ESE, 2015)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
Página 8 de 22			

Ilustración 2: Trayectorias del cuidado del paciente con cáncer



Fuente: Modelo de cuidado del paciente con cáncer (INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA-ESE).

El propósito de un Modelo de atención al paciente con cáncer es propender por el mejor estándar de cuidado dentro de un sistema de salud dado. En tal sentido, la propuesta a desarrollar describe componentes esenciales para el tratamiento oncológico y las relaciones básicas entre los mismos, a fin de lograr una atención más ordenada y orientada a resultados favorables al paciente.

La definición del tratamiento para un paciente con cáncer suele iniciar con una consulta individual que genera su remisión a otros especialistas o a centros de tratamiento específicos, los que pueden tener diferentes modalidades de atención incluyendo desde sistemas de referenciación entre disciplinas de la oncología, hasta un cuidado integrado. Diversos estudios muestran que la forma en que se organiza la atención impacta el nivel de satisfacción y la eficacia clínica. Sin embargo, a pesar de que existe consenso general sobre elementos básicos del cuidado oncológico, como la acción necesaria de diferentes actores y la necesidad de cuidado de soporte, en la práctica existen múltiples visiones de lo que debe ser el proceso de atención.

De otra parte, cada vez se resalta más la importancia de la oportunidad en el tratamiento, aspecto que resulta trascendental en los países en desarrollo en donde el nivel de consolidación de los servicios de salud en torno a las enfermedades crónicas es precario. En razón a ello, una adecuada gestión de la enfermedad resulta fundamental para un manejo eficaz de las neoplasias malignas en nuestro medio, independientemente de la modalidad de atención elegida. Este concepto incluye el uso apropiado de recursos, lo que denota la necesidad que los modelos consideren aspectos administrativos que les hagan no solo operables dentro de un sistema de salud dado, sino además sostenibles en el tiempo (INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA-ESE, 2015).

4.6.MANEJO INTERDISCIPLINARIO DEL CÁNCER

A diferencia de la atención paralela, donde la intervención al paciente con cáncer es en la modalidad de referencia, y es frecuente que los actores se ubiquen en diferentes centros de atención, la relación por

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
		Página 9 de 22	

interconsulta ocurre mayoritariamente en centros de tratamiento que cuentan con las distintas disciplinas concurrentes en el cuidado del paciente. Las formas de comunicación en este proceso son variadas e incluyen la de tipo personal e informal, la escrita a través de un proceso consignado en la historia clínica o las sesiones conjuntas esporádicas para tratar una situación específica en relación con el manejo de uno o varios pacientes. La atención adecuada del cáncer requiere de una compleja coordinación entre múltiples proveedores, en un marco de intercambio de información técnica y un flujo permanente de comunicación, condiciones a las que con frecuencia se les concede poca relevancia.

Se ha visto desde hace varias décadas la necesidad de una mayor interacción entre disciplinas y especialidades tratantes de cada caso, fundamentalmente en razón a la necesaria complementariedad entre modalidades de tratamiento que incluyen la cirugía, la radioterapia y la terapia sistémica, pero que hoy involucran además todos los componentes del diagnóstico tanto imagenológico como de patología molecular (figura 2). La forma más común de dicha interacción han sido las juntas de tumores, las que constituyen escenarios de práctica en donde confluyen los especialistas en una discusión cara a cara para tomar decisiones conjuntas frente al manejo del paciente o para emitir un concepto sobre el mismo.

Con el desarrollo de nuevas opciones terapéuticas, y la necesidad de una mayor coordinación de la atención, las juntas de tumores deben ser más proactivas y deben desarrollar una estructura interactiva de mayor complejidad que tome en consideración las necesidades psicosociales del paciente, el desarrollo de rutas y redes de atención y las guías de práctica clínica. En este sentido, emerge el concepto de juntas multidisciplinarias, que considera como condición esencial una estructura de trabajo en equipo” (INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA-ESE, 2015).



Ilustración 3: Modelo de cuidado al paciente con cáncer

La atención en salud y en particular la prestación de los servicios oncológicos se precisa brindarlos con altos estándares de calidad dentro de los cuales la seguridad es un atributo de la calidad esencial. Si enfocamos

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
Página 10 de 22			

este atributo de calidad-tan esencial- desde el punto de vista de afectación de vidas y lesiones en los pacientes que pudiesen ser prevenidas además del costo de los eventos adversos o el prestigio de los profesionales de la salud que se ven involucrados junto con las instituciones o las intervenciones en procesos judiciales (compensaciones y conciliaciones), hace obligatorio una intervención efectiva para su prevención y/o mitigación.

Es por esta razón que el INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA-ESE ha identificado a la seguridad como un valor de vida y consecuente con este criterio se ha planeado su desarrollo bajo dos perspectivas generales:

Un enfoque en el riesgo identificado dentro de proceso de atención
Gestión del evento adverso de forma eficiente eficaz y oportuna

Ambas perspectivas tienen en común el tipo de intervención para su control, tanto en el análisis y la formulación de acciones preventivas que propenden la no repetición del hecho consolidado.

La puesta en operación al interior del Instituto permite mejorar los resultados de la gestión clínica oncológica, beneficiando al paciente y su familia y de manera indirecta al sistema de salud. Por otra parte, el seguimiento de este programa permitirá a los directivos y clínicos disponer de información que va a mejorar los procesos de atención y generar una cultura de seguridad, en todos los ámbitos, cuyo resultado es reducir de manera directa los eventos adversos, mediante sus estrategias organizacionales de identificación, definición, análisis, gestión y capacitación. Esta última dentro del contexto de la mejora continua pretende la apropiación de alertas de seguridad a través de grupos primarios como líderes en seguridad.

5. Objetivos

5.1.Objetivo General

Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud de los pacientes, mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de prácticas que mejoren las barreras de seguridad y creen un entorno seguro de la atención en salud.

Reducir la incidencia de problemas de seguridad del paciente con el fin de mejorar la atención, mediante la utilización de herramientas que permitan el reporte y la gestión de análisis.

5.2.Objetivos Específicos

- 1.Identificar,reportar y gestionar el evento adverso en el Instituto Nacional de Cancerología.
2. Conocer la percepción sobre la cultura de seguridad del paciente con el fin de implementar acciones de mejora mediante la aplicación de la encuesta.
3. Medir la adherencia de prácticas seguras (paquetes instruccionales) con el fin de identificar problemas de atención en salud para establecer barreras de accesos mediante el seguimiento del resultado de los indicadores establecidos en cada paquete instruccional.

6. DESARROLLO DEL PROGRAMA

6.1. Alcance del programa

El programa de seguridad del paciente en el INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA-ESE, inicia desde los procesos de contratación, incluye todos los procesos de atención y control del paciente posterior a su tratamiento, implica todos los procesos de planeación, implementación, evaluación y análisis de la atención que

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
Página 11 de 22			

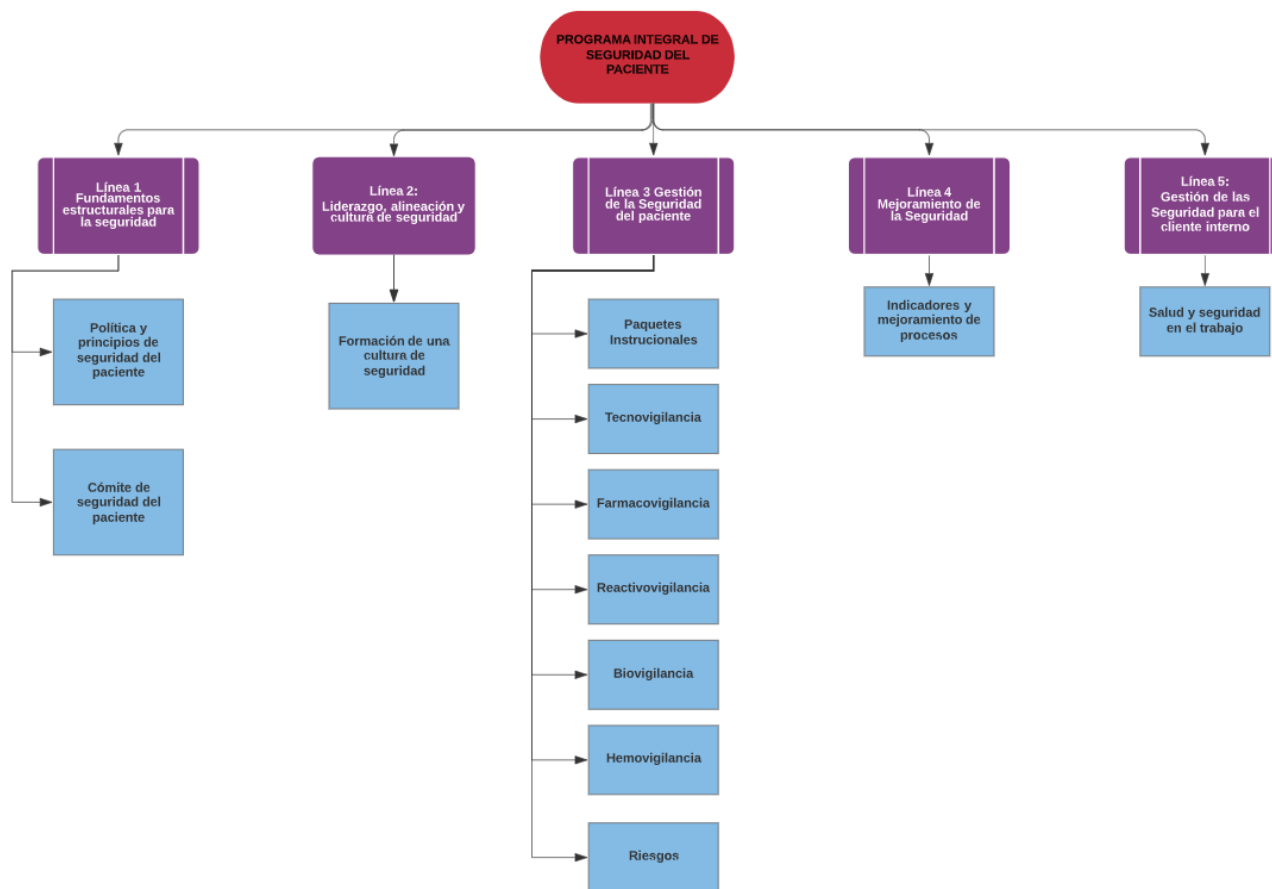
se brinda en el Instituto hasta el cliente interno como externo (paciente, aseguradores, cuidadores), como factores críticos de éxito en el logro de los resultados.

6.2. Compromiso de la Dirección

La Dirección del INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA-ESE, se ha comprometido con la seguridad del paciente como uno de los pilares de la organización, prueba de ello es el compromiso expreso en cuanto a seguridad del paciente mediante el acto administrativo de seguridad del paciente firmado y el despliegue hacia el interior de la organización

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
Página 12 de 22			

6.3. Estructura del Programa de Seguridad del Paciente



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
Página 13 de 22			

6.3.1. LINEA 1: FUNDAMENTOS ESTRUCTURALES PARA LA SEGURIDAD

6.3.1.1. Política de seguridad del paciente

EL Instituto Nacional de Cancerología-ESE establece mediante la resolución 00631 la política institucional de seguridad del paciente la cual se menciona a continuación: El Instituto Nacional de Cancerología-ESE, se compromete a trabajar por la reducción de los eventos adversos e incidentes durante la prestación de servicios de salud oncológicos. Para tal logro, implementa de forma proactiva y previsible estrategias, tales como la gestión del riesgo, la educación tanto del cliente interno como externo, la capacitación y entrenamiento en seguridad a los procesos de atención, involucrando al cliente interno, el paciente, la familia, los colaboradores y las aseguradoras. Creando así una cultura de seguridad, justa, no punitiva, pero que no fomente la irresponsabilidad, en entorno seguro, unos procesos, estructuras y tecnologías seguras, un recurso humano capacitado y confiable, donde cada evento, informado o detectado, se gestione en forma efectiva, evitando su reaparición.

6.3.1.2. Principios

El programa de seguridad del paciente tendrá los siguientes principios:

- **Enfoque de atención centrado en el usuario:** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente. Igualmente, de debe involucrar al paciente y su familia, partiendo de procesos educativos desde el mismo momento que ingresa a la institución y cuya temática es la identificación de los riesgos del proceso de atención a que estará sujeto, las alertas que debe tener en cuenta para comunicar.
- **Enfoque de procesos:** Centrarse en los sistemas y procesos y no en individuos. Las soluciones deben enmarcarse en el problema identificado y en los puntos de control establecidos.
- **Cultura de Seguridad:** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente. Es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y la eficiencia de una organización. Se debe caracterizar por una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua, percepción compartida de la importancia de la seguridad, confianza de la eficacia de las medidas preventivas y enfoque pedagógico del error como base, el cual lleva al aprendizaje organizacional que se origina de la conciencia del error cometido. En el resultado final de este proceso, los colaboradores de la institución no deben sentir miedo de hablar libremente de sus fallas y por ende el auto reporte de los incidentes y eventos adversos que suceden

6.3.1.3. Comité de Seguridad del Paciente Oncológico

El comité de seguridad del paciente oncológico se establece mediante la resolución 00082 de febrero de 2015 la cual dicta las disposiciones generales. El Comité para la Seguridad del Paciente oncológico, es una instancia de carácter de asesoría a la alta dirección, encargado de fijar lineamientos técnicos y metodológicos para el fortalecimiento de la seguridad del paciente oncológico, socialización de avances en el tema de seguridad del paciente, monitorear las acciones y saberes para mejorar la prestación del servicio, evaluando los avances en seguridad del paciente, estableciendo las necesidades institucionales para su fortalecimiento. (INC, 2015)

Integrantes:

- Subdirector General de Atención Médica y Docencia.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
		Página 14 de 22	

- Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera.
- Subdirector General de investigaciones, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención
- Coordinador Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria
- Coordinador Grupo Cuidados Intensivos.
- Coordinador del Grupo Laboratorio Clínico o referente de reactivo-vigilancia.
- Coordinador Grupo Servicios farmacéuticos o referente de farmacovigilancia
- Representante del comité de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones.
- Coordinador del grupo de enfermería.
- Asesor de Calidad Coordinador del Grupo de Atención Inmediata del paciente con cáncer (GAICA)
- Representante de ingeniería biomédica o referente de Tecnovigilancia.
- Coordinador de Banco de Sangre o referente de Hemovigilancia.
- Oficial de Radio protección- seguridad de radiaciones ionizantes.
- Referente de Seguridad del Paciente.

A las reuniones del comité se podrán invitar a los servidores públicos de las dependencias respecto de las cuales se traten temas especiales; así mismo podrán ser invitadas personas externas para apoyar técnicamente en temas específicos relacionados con la naturaleza de comité. Los invitados tendrán voz, pero no voto.

FUNCIONES:

El comité de seguridad del paciente desempeñará las funciones que se encuentran establecidas en la resolución 00082 de 2015 por medio de la cual se crea el comité de seguridad del paciente oncológico del Instituto Nacional de Cancerología-Empresa Social del Estado.

6.3.2. LÍNEA 2: LIDERAZGO, ALINEACIÓN Y CULTURA DE SEGURIDAD

6.3.2.1. Formación de una cultura de seguridad:

La cultura de seguridad se desarrolla mediante los siguientes ítems:

- Favorecer, desarrollar, fortalecer competencias y destrezas para facilitar la implantación de sistemas de monitorización de la seguridad del paciente oncológico mediante la implementación de paquetes instruccionales, y registro en los sistemas de información institucional.
- Promover el análisis causal de los eventos e incidentes adversos mediante la metodología establecida en el INC según la descripción [GSI-P02-D-08 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO](#)
- Promover la toma de decisiones tendientes a mejorar la seguridad del paciente basadas en el análisis de indicadores y aplicación de la encuesta Instituto Nacional de Cancerología ESE Encuesta sobre la cultura de la seguridad del paciente
- Fomentando la cultura de apropiación de los conceptos, metodologías, métodos de reporte, participación en la gestión del evento, levantamiento de riesgos inherentes con la atención y ser multiplicadores del programa. Las demás que sean necesarias para su desempeño o que sean dispuestas por norma legal, reglamento o autoridad competente

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
Página 15 de 22			

6.3.3. LÍNEA 3: GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

6.3.3.1. Paquetes Instruccionales

Para la implementación de los paquetes instruccionales en el INC se realizará bajo la metodología aprendizaje basado en problemas en los cuales se deben reflejar las “Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente en la Atención en Salud” y se deben seguir los siguientes pasos para su ejecución:

1. Revisión y seguimiento a políticas dadas por el ministerio de salud
2. Revisión de la estructura de los paquetes instruccionales emitidos por el ministerio para validar el alcance y el contexto en el INC
3. Socialización con los líderes y responsables de las áreas donde se implementarán los paquetes instruccionales para alinearlos de acuerdo con las directrices establecidas con el ministerio y la necesidad institucional.
4. Construcción de los paquetes por parte del líder o responsable del paquete
5. Revisión del paquete instruccional por parte del referente de seguridad del paciente.
6. Presentación y aprobación del paquete por parte de la subdirección médica
7. Envío de paquetes a responsable de Organización y Métodos por parte del referente de seguridad del paciente para publicación del paquete en plataforma SIAPINC

6.3.3.2. Los paquetes que se encuentran publicados SIAPINC son los siguientes:

[GSÍ-P02-G-02 GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS](#)

[GSÍ-P02-G-04 GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO-PATOLOGÍA-RADIOLOGÍA INC-ESE](#)

[GSÍ-P02-G-05 GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO](#)

[GSÍ-P02-G-06 GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”-PAQUETE INSTRUCCIONAL-REDUCIR EL RIESGO DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA](#)

[GSÍ-P02-G-07 GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- ILUSTRAR AL PACIENTE EN EL AUTOCUIDADO DE SU SEGURIDAD](#)

[GSÍ-P02-G-08 GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- PREVENCIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN](#)

[GSÍ-P02-G-09 GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A DISPONIBILIDAD, MANEJO DE SANGRE, COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA](#)

[GSÍ-P02-G-10 GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- PROCESO PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS](#)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
Página 16 de 22			

[GSÍ-P02-G-11 GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS](#)

[GSÍ-P02-G-12 GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN O DESNUTRICIÓN](#)

[GSÍ-P02-G-13 GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- CONSENTIMIENTO INFORMADO](#)

[GSÍ-P02-G-14 GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- GESTIONAR Y DESARROLLAR LA ADECUADA COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE ATIENDEN Y CUIDAN A LOS PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA INC](#)

[GSÍ-P02-G-15 GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD” PAQUETE INSTRUCCIONAL- ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES DE LOS PACIENTES DEL INSTITUTO](#)

6.3.3.3. Metodología para la medición de adherencia a los paquetes instruccionales

La OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados.¹

En 2008 el Ministerio de Salud de nuestro país, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectarán la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, impulsó una Política de Seguridad del Paciente y una Guía técnica de buenas prácticas en seguridad. A estas les desarrolló unos paquetes instruccionales para que las instituciones tuvieran directrices técnicas para su implementación práctica. Hoy, dichos paquetes son actualizados con el propósito de ajustarlos a la mejor evidencia disponible en la actualidad y para cubrir las brechas que han impedido la ejecución efectiva de dichas prácticas al interior de las instituciones de salud.¹

El Instituto Nacional de Cancerología-ESE, posee una estructura para el desarrollo de la seguridad del paciente, adicional a esto se encuentra en proceso de implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte voluntario de eventos, se gestiona la identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación. Como segunda instancia se ejecuta la Monitorización de eventos adversos mediante análisis de indicadores de seguridad los cuales están orientados a generar evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior. La política de seguridad del paciente se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del

¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del Paciente y la Atención Segura. “BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”. Bogotá DC. Ministerio de Salud y Protección Social; sin año.10p

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
		Página 17 de 22	

clima de seguridad) y garantizar el sostenimiento del programa y la funcionalidad del comité de seguridad del paciente.²

La medición de la adherencia a los paquetes instruccionales se realiza mediante los indicadores establecido en cada paquete instruccional y además se aplica los siguientes pasos:

Paso 1

Revisión de paquetes instruccionales

Revisión del contenido del paquete instruccional para verificación de la pertinencia de los lineamientos establecidos y validar la articulación con la misión del INC.

Responsable

Responsable del paquete y referente de seguridad del paciente

Descripción

Se consideran como documentos a evaluar los paquetes instruccionales identificados para aplicar en el INC

Paso 2

Establecer el tamaño de muestra

Responsable

Se tomará todo el universo de los paquetes establecidos que estén implementados en el INC.

Descripción

En el Instituto Nacional de Cancerología se presentó y validó en comité de seguridad del paciente los paquetes que aplicaban de acuerdo con las características de la institución y posteriormente se realizó actualización de documentos

Paso 3

Determinar los criterios (indicadores) para establecer el cumplimiento (adherencia)

Responsable

Los responsables de cada uno de los paquetes instruccionales y referente de seguridad del paciente

Descripción

Referente de seguridad del programa de seguridad del paciente realizará revisión en SIAPINC de los registros y resultados de los indicadores de cada uno de los paquetes

Paso 4

Determinar el valor de cumplimiento de cumplimiento

Responsable

Referente del programa de seguridad del paciente

Descripción

De acuerdo con los estándares definidos en la ficha técnica de cada uno de los indicadores se verificará con los registros evidenciados en la plataforma SIAPINC el resultado de cada uno de los indicadores de los paquetes instruccionales y se sumarán para establecer un producto y sacar un promedio general.

Paso 5

Reportar los resultados

Responsable

Referente del programa de seguridad del paciente

Descripción

En plataforma SIAPINC registrar valor de la medición de adherencia.

² Instituto Nacional de Cancerología Programa integral de seguridad del paciente página 3 año 2020

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
		Página 18 de 22	

6.3.3.4. Tecnovigilancia:

Se define como el conjunto de actividades orientadas a la identificación, evaluación, gestión y divulgación oportuna de la información relacionada con los incidentes adversos, problemas de seguridad o efectos adversos que presente estas tecnologías durante su uso, a fin de tomar medidas eficientes que permitan proteger la salud de una población determinada. Hace parte de la fase los mercadeos de la vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos y se constituye como un pilar fundamental en la evaluación de la efectividad y seguridad real de los dispositivos médicos y una herramienta para la evaluación razonada de los beneficios y riesgos que su utilización representa para la salud de un paciente. El instituto tiene definido un programa de tecnovigilancia en el cual se encuentra documentando según el [GSI-P02-PG-03 PROGRAMA INSTITUCIONAL DE TECNOVIGILANCIA](#).

6.3.3.5. Farmacovigilancia:

La Organización Mundial de la Salud define la farmacovigilancia como la ciencia y actividades relativas a la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos de los medicamentos o cualquier otro problema relacionado con ellos, el instituto tiene definido un programa de tecnovigilancia en el cual se encuentra [GAC-P10-M-04 MANUAL DE FARMACOVIGILANCIA](#)

6.3.3.6. 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 de diagnóstico in vitro, así como la identificación de los factores de riesgo o características que puedan estar relacionadas con estos. El programa de Reactivovigilancia se basará 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” El instituto tiene definido un programa de reactivovigilancia en el cual se encuentra documentando según el manual [DYE-P01-M-12 MANUAL PARA EL PROGRAMA DE REACTIVOVIGILANCIA](#)

6.3.3.7. Biovigilancia:

El programa de Biovigilancia en trasplante de progenitores hematopoyéticos y aloinjerto óseo en el INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA-ESE, busca proteger al paciente y donante de la ocurrencia de incidentes y eventos adversos que se puedan presentar antes, durante y después del trasplante según el manual [GSI-P02-M-04 MANUAL PARA METODOLOGIA EQUIPOS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD](#)

6.3.3.8. Hemovigilancia:

El programa de hemovigilancia en Colombia, tiene sus inicios en el año 2002 con el desarrollo del proyecto Epi-Blood de OPS/OMS. En el INC, es un sistema para la detección, registro y la gestión de la información relativa a los eventos adversos e incidentes de la donación y la transfusión sanguínea, el cual se soporta con el documento externo [MANUAL DE HEMOVIGILANCIA](#)

6.3.3.9. Riesgos:

La Identificación de riesgos se realiza por proceso, de acuerdo con los lineamientos institucionales, los cuales se encuentran alineados al programa de seguridad del paciente a través de los paquetes instrucciones.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
		Página 19 de 22	

6.3.4. LÍNEA 4: MEJORAMIENTO DE LA SEGURIDAD

6.3.4.1. Indicadores:

- Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC
- Tasa de evento adverso de paciente hospitalizado
- Resultado de la encuesta percepción cultura seguridad del paciente
- Porcentaje de adherencia a los paquetes instruccionales

6.3.4.2. Mejoramiento de procesos

Elementos estratégicos para la mejora de la seguridad del paciente⁶

La política institucional de Seguridad del paciente está articulada con las líneas estratégicas en Seguridad del Paciente de la Política Nacional de Prestación de Servicios del Ministerio de la Protección Social. Esta se operativiza a través de la acción coordinada de líneas de acción, agrupadas en cinco estrategias las cuales el Instituto debe desarrollar para su cumplimiento en el total de la organización:

Estrategia 1: coordinación de actores

Programa de seguridad del paciente. Definición de la política institucional de seguridad del paciente. Constitución del Comité Institucional para la Seguridad del Paciente y desarrollo de normas técnicas a través de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud. Coordinación de aseguradores y prestadores alrededor de la política de seguridad del paciente. Auditorias concurrentes de las aseguradoras que contribuyen a la detección. Promoción de incentivos para la seguridad del paciente en el marco de la estrategia de incentivos para la calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Coordinación de la acción de los organismos de Vigilancia y control con la política de seguridad del paciente. Visita de referenciación con un ente de referencia en seguridad tanto internacional como nacional.

Estrategia 2: articulación de componentes del SOGC

Fortalecimiento de los comités primarios de análisis y componentes: documentación de cada una de las líneas temáticas en seguridad.

Comité de Infecciones (Sistema de vigilancia IACS).

Cirugía oncológica segura (Quirófano seguro).

Farmacovigilancia. (Medicamentos oncológicos) Hemovigilancia.

Reactivo vigilancia. Laboratorios

Interventoría efectiva en seguimiento a servicios Tercerizados. Tecnovigilancia.

Salud y seguridad en el trabajo

Seguridad en fuentes ionizantes. (Oficial de radio protección) Comité de ética hospitalaria.

Unidad de Cuidado Intensivo

Unidad de Atención de Cáncer Infantil (UACAI) Consentimiento informado

Cuidado de Enfermería

Estrategia 3: estrategia educativa

Como su nombre lo indica enfoca la capacitación en temas generales de seguridad, no solo en conocimiento sino en práctica.

Acciones:

Formación de Multiplicadores de la Política de Seguridad del Paciente, van ligados con los componentes de paquetes instruccionales que le apliquen a la institución. Toda vez que se trata de la implementación de dichos paquetes se designa un líder por línea temática, disponibilidad y grado de asesoría en su desarrollo.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
Página 20 de 22			

Capacitación en levantamiento, evaluación y seguimiento con enfoque de riesgo en la prevención de eventos adversos e incidentes en los procesos de prestación de los servicios. Se puede enfocar por ruta de atención o siguiendo los mismos paquetes instruccionales.

Convenios con los entes formadores en la formación y la investigación en Seguridad del Paciente. Tipo OES, FDF, Entidades universitarias.

Incorporar al programa de seguridad al paciente, su familia y la comunidad, mediante acciones IEC (información, educación y comunicación). Estas se realizan mediante capacitación tanto a los pacientes como a sus cuidadores, para esto el INC cuenta con sala de capacitación al cual acuden según los temas a tratar los usuarios.

Estrategia 4: promoción de herramientas organizacionales

Promoción de herramientas prácticas (reporte intrainstitucional, métodos de análisis, rondas de seguridad.

Vínculo con la caja de herramientas del ministerio de la protección social.

Promoción del reporte intrainstitucional.

Promoción de estudios de prevalencia en prestadores y aseguradores, en articulación con las aseguradoras, PAMEC.

Estrategia 5:

Estrategia de información Plan de medios, en articulación con el grupo de comunicaciones.

Promoción de experiencias exitosas.

Sistema de costos de la no seguridad para el sistema Difusión de Alertas de Seguridad del Paciente. Publicación de los temas de seguridad del paciente específico en la oncología, como referentes en la habilitación en cáncer.

6.3.5. LÍNEA 5: GESTIÓN DE LA SEGURIDAD PARA EL CLIENTE INTERNO:

Se incorpora desde el talento humano en salud y seguridad en el trabajo en aras de prevenir o mitigar al cliente interno como segunda víctima a quien intervino en el evento ya sea como participante o desencadenante, también evalúa las sobrecargas laborales, la falta de competencia, idoneidad etc... Así también el programa anticipa que no es punitivo y que se orienta en la mejora de los procesos organizacionales. Favorecer y facilitar la implantación de sistemas de monitorización de la seguridad del paciente oncológico. Promover el análisis causal de los eventos e incidentes adversos. Promover la toma de decisiones tendientes a mejorar la seguridad del paciente basadas en el análisis de indicadores. Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para que en el instituto se monitoricen los aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente oncológico. Las demás que sean necesarias para su desempeño o que sean dispuestas por norma legal, reglamento o autoridad competente. Realizándose según el procedimiento [GTH-P05 PROCEDIMIENTO PARA PERMANENCIA DEL TALENTO HUMANO](#)

7. Líneas de intervención

- Línea 1: Fundamentos estructurales para la seguridad
- Línea 2: Liderazgo, alineación y cultura de seguridad
- Línea 3 Gestión de la Seguridad del paciente
- Línea 4 Mejoramiento de la Seguridad
- Línea 5: Gestión de las Seguridad para el cliente interno

8. Cronograma

Se estable de acuerdo con compromisos establecidos, para dar cumplimiento a los objetivos institucionales relacionados con los lineamientos de seguridad del paciente, el cual queda consignado en el formato [GSI-P02-F-52 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES](#)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
Página 21 de 22			

9. Recursos

Tipo de recursos (talento humano, materiales, infraestructura,	Valor	Total
Talento humano: Equipo de trabajo de Oficina de Calidad y responsables de las líneas del programa	No aplica	No aplica
Tecnológicos: Equipo de cómputo, sistemas de información institucional.	No aplica	No aplica

10. Indicadores

- Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC
- Tasa de evento adverso de paciente hospitalizado
- Resultado de la encuesta percepción cultura seguridad del paciente
- Porcentaje de adherencia a los paquetes instruccionales

11. Evaluación de resultados

Se hace evaluación de los indicadores en el sistema de información

12. Comunicación del programa

El programa se socializa mediante fichas temáticas, anuncios de comunicación institucional, feria de calidad, feria de acreditación, feria del ciudadano, inducción y reinducción de talento humano, boletín de calidad, y medios de información institucionales.

13. Bibliografía

Murillo, R., Wiesner, C., Acosta, J., Piñeros, M., Pérez, J., Orozco, M. (2014). Modelo de Cuidado del Paciente con Cáncer. Serie Documentos Técnicos Instituto Nacional de Cancerología-ESE. Bogotá: Edición INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA-ESE

Colombia. 2009. Decreto 5017 de 2009, de 29 de diciembre, por el cual se aprueba la modificación de la estructura del instituto nacional de cancerología - empresa social del estado, diario oficial no. 47.577 de 2009, 28 de diciembre

Colombia. 2006. Resolución Numero 1446 de 2006, “por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”, anexo técnico

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Disponible en <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/SeguridaddelPaciente/PaqueteSdeBuenasPr%C3%A1cticas.aspx>. Consultado el 8 febrero de 2015.

Colombia. Instituto Nacional de Cancerología-ESE. 2015. Resolución 107 de 2015, 16 de febrero, “por el cual se crea la política institucional de seguridad del paciente del Instituto Nacional de Cancerología-ESE”

Colombia. 2015. Resolución Numero 82 de 2015, “por la cual se establece el comité de seguridad del paciente del Instituto Nacional de Cancerología-ESE”.

Colombia. 2019. manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. Versión 3.1 2019. Ministerio de la Protección Social.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-PG-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	PROGRAMA INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VIGENCIA:	28-12-2020
		Página 22 de 22	

Versión	Fecha de actualización	Descripción de actualización	Responsable OYM
1	10-06-2020	Versión inicial del documento	Paula Andrea Salamanca Medina
2	30-06-2020	Se requiere actualizar el programa Integral de Seguridad del Paciente debido a que se incluye el punto de metodología para la medición de adherencia a los paquetes instruccionales	Paula Andrea Salamanca Medina
3	28-12-2020	Se ajusta los objetivos, indicadores y número de resolución de la política	Paula Andrea Salamanca Medina

**"TODA VERSIÓN IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA
DOCUMENTO NO CONTROLADO"**

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Asesora de Calidad	Cargo:	Asesora de Calidad
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Asesoría de Calidad	Dependencia:	Asesoría de Calidad
Fecha:	24-12-2020	Fecha:	28-12-2020	Fecha:	28-12-2020
