



Universidad  
del Cauca

Gestión de Cultura y Bienestar  
División de Gestión de la Salud Integral y el Desarrollo Humano  
Manual de Seguridad del Paciente

Código: PA-GU-7-MN-2

Versión: 2

Fecha Actualización: 30/10/2018

Página 1 de 14

<b>1. PROCESO/SUBPROCESO RELACIONADO:</b>	Gestión de la Cultura y el Bienestar / Gestión del Bienestar Universitario
<b>2. RESPONSABLE(S):</b>	Comité de Seguridad del Paciente
<b>3. OBJETIVO:</b>	Este manual especifica las actividades para promover, gestionar, e implementar prácticas seguras de la atención en salud; para apoyar la Política de Seguridad del Paciente de la División, estableciendo los mecanismos para responder con eficacia y de forma proactiva y reactiva, a los problemas de seguridad de los pacientes, reducir riesgos y errores con el fin de que exista mejora continua.
<b>4. ALCANCE:</b>	Lo contenido en el presente manual será aplicable a los procesos y procedimientos de atención en salud. Es responsabilidad que todo el personal que labore dentro de las áreas de servicios de salud de la División de Salud Integral.
<b>5. MARCO NORMATIVO:</b>	<p><b>Resolución 1043 de 2006</b> Sistema Único de Habilitación: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.</p> <p><b>Decreto 1011 2006, Resolución 1043 de 2006</b> prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras</p>

## 6. CONTENIDO

### 6.1 INTRODUCCIÓN

La atención en salud involucra un proceso complejo donde interaccionan seres humanos con características diferentes en un entorno organizacional y una cultura específica. Factores en la atención como el trabajo en equipo, la comunicación efectiva y el aprendizaje colectivo, juegan un papel determinante para lograr el éxito. De esta manera, su presencia o ausencia puede aportar beneficios importantes al paciente o en contraste, también pueden generar riesgos que aumentan la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso al paciente en consecuencia de la prestación de los servicios de salud.



Universidad  
del Cauca

Gestión de Cultura y Bienestar  
División de Gestión de la Salud Integral y el Desarrollo Humano  
Manual de Seguridad del Paciente

Código: PA-GU-7-MN-2

Versión: 2

Fecha Actualización: 30/10/2018

Página 2 de 14

Desde los tiempos de Hipócrates, el ejercicio de la medicina se ha soportado en la premisa de “Primero no hacer daño”, por ello, las intervenciones de atención en salud se realizan siempre con el propósito de producir beneficio a los pacientes sin causar daño, sin embargo esto se presenta con frecuencia.

A raíz de innumerables estudios y en el ámbito de la investigación, ha surgido una serie de conceptos encaminados al entendimiento y comprensión del problema, al igual que su clasificación y relación con el error humano. Esto ha llevado a que los sistemas de salud en países en el mundo entero estén generando estrategias para hacer de la práctica médica una actividad más segura.

Aun cuando no se trata de un fenómeno nuevo, la evidencia científica ha obligado a que las instituciones en salud tomen decisiones y establezcan políticas relacionadas con la identificación, prevención, medición y evaluación de lo que comúnmente se ha conocido como errores de la práctica.

## 6.2 JUSTIFICACIÓN

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (Decreto 1011 2006, Resolución 1043 de 2006 estándar nueve – seguimiento a riesgos), cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras.

En concordancia con lo descrito anteriormente la División de Salud Integral como prestador de servicios de salud, no es ajena al cumplimiento de la normatividad vigente y por eso busca establecer metodologías para garantizar una atención segura, con el propósito de disminuir los incidentes y eventos adversos, ya que a consecuencia directa a la ocurrencia de los mismos se suman no solo las repercusiones económicas generados por gastos médicos e incapacidades, demandas judiciales, sino también el dolor ocasionado a los pacientes y sus familias.

## 6.3 PRACTICAS SEGURAS.

Para mejorar la seguridad del paciente en la Institución tendremos en cuenta las siguientes prácticas:

### 6.3.1 IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL USUARIO.



Gestión de Cultura y Bienestar  
División de Gestión de la Salud Integral y el Desarrollo Humano  
Manual de Seguridad del Paciente

Código: PA-GU-7-MN-2

Versión: 2

Fecha Actualización: 30/10/2018

Página 3 de 14

Objetivo: Identificar de forma fidedigna al usuario como la persona a la que va dirigido el tratamiento, los cuidados o el servicio para prevenir errores que involucran al usuario equivocado.

Para evitar confusiones y suplantaciones de identidad, se exigirá a nuestros pacientes universitarios, al momento de pedir la cita y en la consulta con el profesional el carné y/o documento de identificación.

La meta es el 100% de pacientes identificados correctamente.

Alcance: aplica para todo estudiante universitario que acceda a los servicios de la División de gestión de Salud Integral y Desarrollo Humano.

Responsable: profesionales y auxiliares de la División de gestión de Salud Integral y Desarrollo Humano.

### 6.3.2 MANEJO SEGURO DE MEDICAMENTOS.

Se evitara en lo posible uno de los errores más frecuentes, como es la prescripción médica errónea. En División de gestión de Salud Integral y Desarrollo Humano no hacemos transcripción, dispensación y administración de medicamentos.

La meta es el 100% de pacientes con prescripción correcta.

Responsable: Médicos y Odontólogos.

### 6.3.3 COMUNICACIÓN CLARA EN LA ATENCION DEL PACIENTE.

Las fallas de comunicación son un factor muy frecuente en la generación de eventos adversos. En el proceso de atención no solo es importante nuestra comunicación y coordinación con otros profesionales o miembros de las diferentes unidades que intervienen en la atención, sino también con el paciente y su familia, al hacerlo se debe identificar el interlocutor pues esto afecta e impacta los términos que son más adecuados.

La comunicación efectiva, capacitación en trabajo en equipo y destrezas de comunicación, involucrar a los pacientes y sus familias permitiéndoles que hagan preguntas y se les resuelvan, al igual que la estandarización de entregas de turno ayudan a no cometer errores en la atención.

Objetivo: Prevenir eventos adversos que se puedan presentar a los usuarios que ingresan a la División por una inadecuada comunicación con él.

La meta es el 0% de inadecuada comunicación con el paciente.

Alcance: Aplica para todo usuario que asista a la Institución.



Responsables: todo el personal que labora en la División.

#### 6.3.4 PREVENCIÓN CAÍDA DE USUARIOS.

Se define caída como “La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad.”

El objetivo es disminuir la incidencia de caídas en los usuarios que ingresan a División y sus secuelas adversas derivadas de los mismos. Especialmente las que se puedan presentar en la escalera de ingreso a la División.

META: 0 caídas

ALCANCE: Aplica para todo usuario y personal que laboran en la División.

#### 6.3.5 ATENCIÓN LIMPIA Y SEGURA.

Las infecciones relacionadas con la atención en salud, también denominadas infecciones nosocomiales es una infección que afecta a un paciente durante el proceso de atención, que no estuviera presente o incubándose en el momento del ingreso. Incluye también las infecciones que se adquieren en la División pero aparecen después, la aparición se relaciona con la prestación del servicio y que representa un problema importante de seguridad del paciente.

Las infecciones relacionadas con la atención en salud pueden estar causadas por Bacterias, Virus, Hongos y Parásitos, sin embargo son los Virus y las Bacterias los que causan la mayoría de las infecciones.

En la mayoría de los casos, las manos son la fuente o el vehículo para la transmisión de los microorganismos. La transmisión a través del aire se propaga dentro de micro gotas, partículas de polvo o escamas de la piel. La transmisión en la División también se puede dar a través de unos vehículos comunes como inanimados contaminados.

La higiene de las manos es un elemento fundamental de precauciones ordinarias, indudablemente es la medida más eficaz del control de infecciones, esta higiene se rige por cinco indicaciones, el conocimiento, la comprensión, y el reconocimiento de estas son los pilares en los cuales se basa una higiene eficaz en las manos. Si los profesionales en salud reconocen estas indicaciones y responden a ellas con acciones de higiene de las manos, es posible prevenir las infecciones relacionadas con la



atención en salud debidas a transmisión cruzada a través de las manos. La acción correcta en el momento correcto es garantía de una asistencia limpia y segura.

Hoy en día el lavado de manos es la técnica antiséptica disponible más simple para evitar la dispersión de las infecciones pero también la más fácilmente olvidada.

#### OBJETIVO GENERAL:

Adelantar acciones para detectar, prevenir, y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la Atención en salud.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Acciones encaminadas a lograr adherencia a la estrategia multimodal de higienización y lavado de manos, promoviendo los cinco momentos de lavado de manos impulsados por la OMS.

#### META:

Mantener un índice de infecciones por debajo del 1.0 % de los egresos de la institución

## 6.4 CLASIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

### 1. SIN DAÑO Incidentes:

**TIPO A:** Potencial: se presenta el error pero es detectado antes que se materialice

**TIPO B:** error sin daño: hay un error pero no hay lesión en la integridad del paciente.

### 2. CON DAÑO – Eventos adversos:

**TIPO C:** daño leve: como consecuencia del evento el paciente sufre lesión en su integridad pero esta no necesita procedimientos o tratamientos adicionales.

**TIPO D1:** daño moderado: el evento necesita de procedimientos y/o tratamientos adicionales.

**TIPO D2:** daño severo: el error causa una discapacidad transitoria o permanente o la muerte del paciente (centinela).

## 6.4 METODOLOGÍA



- La capacitación sobre Eventos Adversos, su prevención y detección oportuna a todo el personal facilita el auto reporte y la confidencialidad la institución incentivara el diligenciamiento del formato que de la División de Salud Integral tiene para tal fin.
- Educación continuada en: Marco conceptual, Prácticas seguras, legislación vigente.
- Hacer que el Personal sea consiente en ofrecer un ambiente **SEGURO**.
- Estimulando y favoreciendo la **RESPUESTA OPORTUNA**.
- Informando al Paciente sobre sus Derechos y Deberes e involucrándolo en las soluciones, dentro de un ambiente de **CONFIDENCIALIDAD Y CONFIANZA**.
- Analizar cada uno de los incidentes y eventos adversos, asociándolos por causas (lluvia de ideas) y montando estrategias de mejoramiento auto gestionadas por los servicios.
- Elaborando planes de mejoramiento en cuanto: control de condiciones peligrosas en el ambiente físico, mitigación de Eventos Adversos, guías de manejo.
- Realizar actividades de seguimiento mediante los indicadores de gestión de los eventos adversos.
- Educación al paciente y su familia a través de folletos y cartillas para el auto cuidado.

## LINEAMIENTOS Y ESTRATEGIAS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

### LINEAMIENTO 1: UNA ATENCIÓN LIMPIA ES UNA ATENCIÓN SEGURA.

**Estrategia 1.1:** FORTALECER LA PRÁCTICA DE LAVADO DE MANOS EN LA INSTITUCIÓN  
Resultados esperados:

- Personal de salud de toda la división, realice eficientemente el lavado de manos.
- Educación continúa a todo el personal que brinda atención en los servicios de salud con eje temático sobre lavado de manos.
- Disminución de eventos adversos asociados a la ausencia de lavado de manos
- Que la institución cuente con los insumos necesarios para el adecuado lavado de manos.

**Estrategia 1.2:** APLICAR LAS TÉCNICAS DE ASEPSIA EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE REALICEN DURANTE LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD  
Resultados esperados:

- Que el personal del área de la salud aplique en forma correcta los principios de asepsia, durante la atención y cuidado del usuario(a).
- Programas de educación a todo el personal asistencial sobre principios de asepsia.



### **Estrategia 1.3: MANEJO ADECUADO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS**

#### Resultados esperados

- Trabajadores de la salud que cumplen con la normatividad institucional sobre el manejo de desechos peligrosos en establecimientos de salud.
- Capacitación a todo el personal de sobre el manejo de residuos hospitalarios.
- Que la institución adquiriera los insumos necesarios para la adecuada segregación de los residuos hospitalarios de acuerdo a lo establecido en el PGIRH.

### **Estrategia 1.4: PRÁCTICAS DE BIOSEGURIDAD**

#### Resultados esperados

- Personal de salud cumpla con las medidas de bioseguridad.
- Educación continúa para todo el personal que labora en la institución, sobre las normas de bioseguridad.

### **Estrategia 1.5: EDUCACIÓN CONTINUA AL USUARIO**

#### Resultados esperados

- Programas de educación dirigidos al estudiante, fortalecidos con temas de auto cuidado, derechos, deberes y consentimiento informado.

### **Estrategia 1.6: MONITOREO, REGISTRO E INTERVECIÓN DEL EVENTO ADVERSO ASOCIADO A LA ATENCIÓN LIMPIA Y SEGURA AL USUARIO**

#### Resultados esperados

- Que la institución cuente con un sistema de monitoreo, registro e intervención del evento adverso asociado a la atención limpia y segura al usuario.
- Incentivar al personal para crear y fortalecer una cultura de reporte de eventos adversos.

## **LINEAMIENTO 2: INVESTIGACIÓN Y ANALISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS.**

### **Estrategia 2.1 RECOLECCIÓN Y ANALISIS DE DATOS REFERIDOS A LOS EVENTOS ADVERSOS QUE SE PRESENTEN EN LA ATENCIÓN AL USUARIO**

#### Resultados esperados:

- Personal capacitado para la investigación, análisis y reporte de eventos adversos.
- Contar con unos indicadores de Eventos Adversos, que propicien acciones correctivas.
- Que en la institución cuente con un sistema de reporte de Eventos Adversos funcionando adecuadamente.



- Que en la institución se reporten todos los Eventos Adversos.

### **Estrategia 2.2 MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LOS REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS**

Resultados esperados:

- Reportes de eventos adversos confiables y de calidad.
- Análisis de la información recopilada.
- Planes de Mejoramiento Continuo, basados en los reportes de eventos adversos.

### **LINEAMIENTO 3: LOS INSUMOS SEGUROS ASEGURAN LA ATENCIÓN**

#### **Estrategia 3.1 OPTIMIZAR LA CADENA DE ABASTECIMIENTO Y CONSERVACIÓN**

Resultados esperados:

- Contar con manuales de Procedimientos, actualizados y divulgados y dar cumplimiento a lo establecido en ellos
- Contar con las condiciones de infraestructura y equipos necesarios (termo higrómetros) conforme a las buenas prácticas de almacenamiento en los diferentes servicios de la institución.

#### **Estrategia 3.2 MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS INSUMOS**

Resultados esperados:

- Utilización racional y efectiva de los insumos.

#### **Estrategia 3.3 ASEGURAR LA CALIDAD DE LOS INSUMOS UTILIZADOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA INSTITUCIÓN**

Resultados esperados:

- Contar con un programa actualizado de revisión permanente de las especificaciones técnicas de cada artículo utilizado en la atención al usuario.
- Verificar las alertas del invima

### **LINEAMIENTO 4: SEGURIDAD DOCUMENTAL Y CADENA DE CUSTODIA**

#### **Estrategia 4.1 GARANTIZAR LA SEGURIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION**

Resultado esperado:

- Recurso humano, suficiente y capacitado en el manejo de la historia clínica
- Infraestructura y equipos que garanticen la seguridad, integridad y confidencialidad de la historia clínica y los registros asistenciales.



- Socialización y Adherencia al protocolo de manejo y conservación de la historia clínica.
- Realizar periódicamente auditoria de calidad de la historia clínica.
- Establecer la política de confidencialidad

## **LINEAMIENTO 5: LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE PERMITE MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCION**

### **Estrategia 5.1 GARANTIZAR LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PACIENTE Y LA INSTITUCION**

Resultado esperado:

- Recurso humano, suficiente y capacitado en el manejo del sistema de información y atención al usuario.
- Infraestructura y equipos que garanticen el funcionamiento de atención al usuario.
- Análisis y planes de mejoramiento a partir de las solicitudes quejas y reclamos.
- Realizar periódicamente las encuestas de satisfacción de usuarios y el análisis de las mismas.
- Establecer la carta de derechos y deberes de los pacientes.

### **6.5 METODOLOGÍA DE REPORTE Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS**

Como estrategia para el manejo y detección de los principales modos de falla, para establecer los correctivos y las barreras de seguridad para el cumplimiento de lo establecido en el programa de seguridad del paciente, se utiliza como herramienta, el reporte de los incidentes los evento adversos presentados en las diferentes áreas de la institución.

El reporte y análisis del evento se realizará a través de formato: PA-GU-7-FOR-55 Registro de eventos adversos e incidentes.doc

### **6.6 EQUIPO PARA LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DE PACIENTES:**

Catalina Zarama, Profesional especializada División De Gestión de Salud Integral y Desarrollo Humano.

Silvia Carmelita González, Odontóloga

Zully García, Médica

Clara Inés Córdoba, Médica

Nubia Cielo Urrea, Auxiliar de Odontología

### **6.7 PROGRAMA DE CAPACITACIÓN:**



Universidad  
del Cauca

Gestión de Cultura y Bienestar  
División de Gestión de la Salud Integral y el Desarrollo Humano  
Manual de Seguridad del Paciente

Código: PA-GU-7-MN-2

Versión: 2

Fecha Actualización: 30/10/2018

Página 10 de  
14

Contamos con un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución.

Esta capacitación se programa cada dos meses.

## 6.8 INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

LÍNEA PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE LA INFORMACIÓN	PERIODICIDAD	RESPONSABLE	OBJETIVO	META
Identificación de usuarios.	Porcentaje de usuarios con identificación completa	Número de usuarios con identificación completa / Total de usuarios	Formato único estadístico	Mensual	Equipo Seguridad del Paciente	Evaluar cumplimiento de estrategia, identificación de usuarios para prevenir eventos adversos.	100%
Manejo Seguro de Medicamentos	Error en la prescripción de Medicamentos.	Número de usuarios con errores en la prescripción de medicamentos / No de usuarios ingresados en el Periodo X 100.	Sistema de reporte de eventos Adversos.	Mensual	Equipo Seguridad del Paciente	Evaluar número de reportes con errores en la prescripción de medicamentos según lo identificado en el sistema de reportes.	0%
Prevención de caída de usuarios.	Caída de usuarios.	Número de caídas de usuarios / No de usuarios ingresados en el periodo X 100.	Sistema de reporte de eventos Adversos.	Mensual	Equipo Seguridad del Paciente	Evaluar implementación y adherencia estrategia para prevención de caídas.	0%
Atención Limpia y segura	Adherencia al lavado de manos	N° personas capacitadas/N personal asistencial que labora en la institución X 100	Ronda periódica de búsqueda activa y realizar capacitación trimestral	Trimestral	Equipo Seguridad del Paciente	Evaluar la Implementación estrategia lavado de manos.	100%
Atención Limpia y segura	Porcentaje de infecciones	N ° usuarios con IAAS /N° de egresos mensuales X 100	Sistema de reporte de eventos Adversos.	Trimestral	Equipo Seguridad del Paciente	Evaluar la Implementación estrategia lavado de manos.	0%



SG-CER 450832



Universidad  
del Cauca

Gestión de Cultura y Bienestar  
División de Gestión de la Salud Integral y el Desarrollo Humano  
Manual de Seguridad del Paciente

Código: PA-GU-7-MN-2

Versión: 2

Fecha Actualización: 30/10/2018

Página 11 de  
14

Reincidencia de Eventos Adversos.	Reporte de eventos adversos	Número de eventos adversos reincidentes/Total de eventos adversos en el periodo X 100	Reporte de eventos adversos.	Mensual	Equipo Seguridad del Paciente	Evaluar Reincidencia de eventos adversos.	100%
Gestión de Evento Adverso	Gestión de Evento Adverso	Numero de eventos adversos gestionados / Eventos Adversos reportados X 100	Base de datos Reporte eventos adversos, análisis y Planes de acción	Mensual	Equipo Seguridad del Paciente	Evaluar gestión de eventos adversos.	100%

**7.ABREVIATURAS Y  
DEFINICIONES:**

**SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Conjunto de medidas que se ponen en práctica para eliminar o reducir al mínimo posible, los eventos adversos en la atención de salud.

**ATENCIÓN EN SALUD:** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales diagnóstico y rehabilitación que se prestan a la población.

**INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA:** Un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

**FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** Una deficiencia en la realización de 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 de que un incidente o evento adverso ocurra.



**INCIDENTE:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención en salud de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

**COMPLICACIÓN:** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

**EVENTO ADVERSO:** Daño no intencional causado al paciente como un resultado clínico no esperado durante la atención en salud y que puede estar o no asociado a error.

**EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

**EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

**EVENTO CENTINELA:** Es un evento adverso donde se produce un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente en el estilo de vida. Cuando se produce la muerte a consecuencia del evento adverso en la División de Salud Integral.

Se considera eventos centinela a los causados por:

- Caídas de pacientes
- Muerte o daño con incapacidad
- Errores en la prescripción y administración de los medicamentos

**DAÑO:** Es el empeoramiento y/o cualquier efecto deletéreo que se origina en una parte corporal o en el funcionamiento de un órgano específico.

**BARRERA DE LA SEGURIDAD:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

**SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO:** Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para



Universidad  
del Cauca

Gestión de Cultura y Bienestar  
División de Gestión de la Salud Integral y el Desarrollo Humano  
Manual de Seguridad del Paciente

Código: PA-GU-7-MN-2

Versión: 2

Fecha Actualización: 30/10/2018

Página 13 de  
14

identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

**ACCIONES DE REDUCCIÓN DEL 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 probabilística 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.

## 8. REGISTRO DE MODIFICACIONES:

FECHA	VERSIÓN: No	CÓDIGO	MODIFICACIONES
17-12-2014	0	PA-GU-7-MN-2	Elaboración manual
08-05-2015	1	PA-GU-7-MN-2	Ajuste a marco normativo, mejora al contenido
10/10/2018	2	PA-GU-7-MN-2	Mejora en contenido

## 9. ANEXOS:

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
<b>Silvia c. González</b>	<b>Catalina Zarama Ruiz</b>	
Funcionario Responsable	Responsable del Sub Proceso	
Cargo: Profesional Universitario	Cargo: Profesional Especializada	Rector



SG-CER 450832



Universidad  
del Cauca

Gestión de Cultura y Bienestar  
División de Gestión de la Salud Integral y el Desarrollo Humano  
Manual de Seguridad del Paciente

Código: PA-GU-7-MN-2

Versión: 2

Fecha Actualización: 30/10/2018

Página 14 de  
14

Fecha: 10/10/18

Fecha: 11/10/18

Fecha:

Copia No Controlada