



GERENCIA

RESOLUCION No. 0392 DE 2013
(Julio 5)

"Por medio de la cual se adopta la Política y Objetivos de Seguridad del Paciente de la E.S.E Hospital San José del Guaviare en Intervención"

La Agente Especial Designada Por La Superintendencia Nacional De Salud, En Uso De Sus Facultades Legales Y En Especial Las Consagradas En La Resolución N° 01974 Del 08 De Agosto De 2011, La Resolución Ejecutiva N° 377 Del 28 De Octubre De 2011, Del Ministerio De La Protección Social, Resolución Ejecutiva No. 266 De Julio 6 De 2012 y la resolución Ejecutiva No. 105 De Abril 8 De 2013 Del Ministerio De Salud Y Protección Social, Y

CONSIDERANDO

Que el artículo 49 de la Constitución Nacional, establece la salud como un servicio público a cargo del estado y en desarrollo del mismo el Congreso de la República expidió la Ley 100 de 1993, a través de la cual creó el Sistema de Seguridad Social Integral, en el libro segundo establece a partir del artículo 152 y siguientes el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que la Ley 100 de 1993, en su artículo 153 en el numeral 9° indica que el Sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la Calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

Que mediante Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006 se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que define las normas, requisitos, mecanismos y procesos desarrollados en el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país

Que la resolución 1043 de 2006 exige en los estándares de habilitación el seguimiento a riesgos institucionales relacionados con procesos de control y seguimiento a los principales riesgos de cada uno de los servicios que ofrece la institución.

Que la resolución 1446 de 2006, establece a nivel del sistema de información de monitoria interna el seguimiento de los eventos adversos que se vigilan al interior de los actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Que la resolución 1445 de 2006, se establecen los estándares de acreditación dirigidos hacia la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos.

Que mediante Resolución 2181 de 2008, se expide la guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud para las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público.





GERENCIA

CONTINUACIÓN RESOLUCIÓN 0392 DE JULIO 5 DE 2013

Lineamientos 11 de Junio de 2008, para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia, del Ministerio de la Protección Social.

Resolución 3960 de 2008, por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1445 de 2006 y sus anexos técnicos; en la cual se establecen los estándares de acreditación dirigidos hacia la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos.

Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Que la Resolución 1441 de 2013 define Procesos Prioritarios, como la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.

Que las acciones que desarrolle el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, (SOGCS), se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados.

Que en virtud de lo anteriormente expuesto,

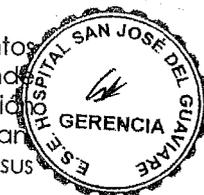
RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: ADOPCIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En Colombia actualmente se impulsa la política de seguridad del paciente liderada por el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud y su meta general es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la atención segura del paciente. En atención a lo anterior el Hospital San José del Guaviare E.S.E. de II Nivel, asume la seguridad del paciente como componente esencial de su plataforma estratégica para garantizar el cumplimiento de su misión y el logro de la visión, su sostenibilidad, desarrollo y crecimiento y se compromete a adoptar las estrategias y acciones necesarias para reducir al máximo la ocurrencia de eventos adversos mediante el control y mitigación de los riesgos propios de la atención en salud y del individuo, considerando sus condiciones específicas de discapacidad.

ARTÍCULO SEGUNDO: DEFINICIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se entiende como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención de salud, maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran y reaccionar adecuadamente ante su ocurrencia y/o de mitigar sus consecuencias.



GERENCIA

CONTINUACIÓN RESOLUCIÓN 0392 DE JULIO 5 DE 2013

De igual forma, se incluyen todas las acciones encaminadas a la detección de incidentes que eventualmente puedan conducir a eventos adversos y el seguimiento a sus posibles consecuencias a fin de prevenir la ocurrencia de los mismos.

ARTÍCULO TERCERO: POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La ESE Hospital San José del Guaviare, es una entidad pública prestadora de servicios de salud de segundo nivel que atiende a la población del departamento y sus alrededores. La ESE Hospital San José del Guaviare considera la seguridad del paciente y sus familias una prioridad y la más relevante dimensión de calidad de los procesos de atención; es por esto que la entidad promueve la cultura de seguridad en sus colaboradores, en sus pacientes y familia y desarrolla acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el proceso de atención médico asistencial.

La Política de Seguridad del Paciente está dirigida a todo el personal de la Institución de nivel directivo, ejecutivo, administrativo y asistencial que intervienen en la gestión de la atención del paciente dentro de la Institución.

La Gerencia de la ESE Hospital San José del Guaviare se compromete en asignar recursos financieros, humanos y físicos para dar cumplimiento a un entorno de atención seguro.

ARTÍCULO CUARTO OBJETIVOS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

GENERAL

Direccionar desde el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad todos los procesos y procedimiento orientados a la seguridad del paciente para lograr un hospital Seguro, con resultados tangibles y medibles, mostrando un alto impacto en la prestación de los servicios de salud, a su vez propender por la consolidación de un entorno seguro para los pacientes, en donde el riesgo de ocurrencia de un evento adverso sea minimizado a partir del control del proceso de atención, de la implementación de barreras de seguridad eficientes y de la consolidación de una cultura institucional proactiva de prevención y reporte de incidentes, contribuyendo así al aprendizaje organizacional.

ESPECÍFICOS

- Identificar constantemente las situaciones de riesgo en la atención.
- Fomentar en el personal asistencial la cultura del reporte de todos los eventos, incidentes y complicaciones, sin temor a represalias ni medidas punitivas.
- Minimizar los riesgos que puedan generar daño al paciente.
- Mejorar la efectividad de las prácticas en la atención en salud.
- Incrementar las barreras de seguridad, para establecer un entorno seguro de la atención en salud.



GERENCIA

CONTINUACIÓN RESOLUCIÓN 0392 DE JULIO 5 DE 2013

- Educar a los pacientes en su auto cuidado y promoción de la seguridad.
- Crear una cultura organizacional de seguridad de paciente.
- Educar a los funcionarios de las diferentes áreas del Hospital tanto asistencial como administrativo en la importancia de trabajar en la seguridad del paciente.
- Elaborar y difundir programas educativos en seguridad para el paciente y su familia.
- Implementar la Vigilancia a Eventos Adverso/Incidente/Evento centinela.
- Reducir los costos de la no calidad secundarios a la ocurrencia de un evento adverso.

ARTÍCULO QUINTO: PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

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.

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.

Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud: La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, es transversal a todos sus componentes.

Multicausalidad: El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

Validez: Para impactar al paciente se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

Alianza con el paciente y su familia: La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

Alianza con el profesional de la salud: La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos, por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.



CONTINUACIÓN RESOLUCIÓN 0392 DE JULIO 5 DE 2013

ARTÍCULO SEXTO: ACCIONES BÁSICAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.

La no correcta identificación del paciente, es una causa importante de la generación de incidentes, es la tendencia a resumir ubicaciones, nombres completos y característicos de los pacientes, v.gr. "El niño de la 21", "la diabética que ingreso hace un rato". Se deben evitar y olvidar esas costumbres.

Es preciso realizar este proceso a partir de, por lo menos, dos datos diferentes. Al iniciar la atención médica, el primer punto debe ser la Identificación correcta del paciente.

CONTINUACIÓN RESOLUCIÓN 0392 DE JULIO 5 DE 2013

2. MANEJO DE MEDICAMENTOS.

El manejo de medicamentos conlleva riesgos que pueden dar lugar a graves fallas en la atención médica. ¿Quién no ha sabido de algún caso de equivocación en la administración de insulina? La mejor manera de resumir este punto es mediante el conocido método nemotécnico de las "10 C". Esto quiere decir:

- Paciente correcto
- Historia completa
- Medicamento correcto
- Respetar las normas establecidas en el servicio.
- Vía correcta
- Educar al usuario y familia sobre el fármaco que se administra.
- Dosis correcta
- Hora correcta
- Registro correcto
- Averiguar si el paciente tiene alergias a medicamentos.

3. COMUNICACIÓN CLARA.

Las fallas de comunicación son el factor más frecuente en la gestación de eventos adversos en toda actividad humana, la gama de posibilidades de error es vasta,

- En primer término, hable correctamente.
- En lo posible, use terminología estandarizada.
- Sea conciso, claro, específico y oportuno.



CONTINUACIÓN RESOLUCIÓN 0392 DE JULIO 5 DE 2013

- No utilice abreviaturas, acrónimos o símbolos, al menos que el hospital cuente con estandarización de los mismos.
- Cerciórese de que se ha dado a entender (que quien recibe la orden la repita).
- Si el tiempo es un factor importante, especifique el momento en que se requiere que se efectúe la acción.
- En caso de órdenes verbales o resultados críticos de exámenes, es recomendable implementar un proceso de verificación, es decir un sistema redundante para evitar malas interpretaciones, errores y posible daño.

4. USO DE PROTOCOLOS Y/O GUÍAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS.

El no apegarse a protocolos y guías diagnósticas y terapéuticas es fácilmente origen de un incidente. De la misma manera, la ausencia de un protocolo o lineamiento aprobado puede dar lugar a efectuar un procedimiento no idóneo, es preciso en tal caso que se desarrolle un protocolo específico adecuado. Siempre será más seguro seguir protocolos y/o guías diagnósticas y terapéuticas de acuerdo con los signos y síntomas.

5. EN CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS, LAS "C" SON SOLO 4.

El llegar a un procedimiento quirúrgico sin contar con toda la información necesaria puede causar un incidente, por ello deberemos verificar una serie de datos. Aquí será suficiente cerciorarse de que se trata de:

- El paciente correcto
- Cirugía o procedimiento correcto
- Sitio quirúrgico correcto
- Momento correcto (oportuno)

6. CAÍDA DE PACIENTES.

El descuido, el no utilizar las medidas de protección, ya sea por olvido o por no contar con ellas, pueden dar lugar a una caída del paciente; del mismo modo, un estado alterado del paciente puede hacer necesaria la toma de medidas adicionales para contener esta posibilidad. Como primera medida, será preciso que los miembros del equipo identifiquen pacientes con alto riesgo de caerse, y luego discutan brevemente las situaciones en que hay mayor probabilidad de que esto suceda. Si el paciente está en cama, habrá que dejarlos barandales de la cama arriba. También conviene informarles al enfermo y a los familiares de las medidas de seguridad tomadas y la razón de la misma, para evitar que alguno de ellos pueda interferirlas o cancelarlas.

7. INFECCIONES NOSOCOMIALES.

Tenemos conocimiento de lo frecuentes que son las infecciones nosocomiales, bien son un riesgo implícito en un medio en que se concentran enfermedades y tratamientos para su cura, no tienen por qué ser inevitables muchas de ellas, es decir, bien podemos reducir su incidencia.



CONTINUACIÓN RESOLUCIÓN 0392 DE JULIO 5 DE 2013

Todo miembro del equipo de salud debe lavarse las manos antes y después de revisar a cada paciente. Igualmente, es preciso identificar a los pacientes quienes, por sus condiciones, tienen mayor riesgo de contraer este tipo de infecciones.

8. FACTORES HUMANOS.

El factor humano es un componente que, por lo general, está presente en los incidentes y eventos adversos, debemos conocer y admitir nuestros límites y carencias para no afectar el funcionamiento de los sistemas de los cuales formamos parte. El cansancio, la prisa y otros factores humanos no son por sí mismos causa obligada de accidentes, pero él no tomarlos en cuenta si lo es, debemos contener riesgos y para ello es preciso identificar los factores humanos y tomar medidas preventivas consecuentes.

9. HAGA CORRESPONSABLE AL PACIENTE DE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO.

El paciente, así como es el objetivo de nuestra atención, también juega un papel activo muchas veces en esta, él puede determinar el éxito o el fracaso de un tratamiento en principio adecuado, por lo tanto, debemos considerarlo a él y/o a su familia partes del sistema de atención a la salud.

La participación del paciente y sus familiares en el proceso de atención a la salud es fundamental. El invitarlos a tener la confianza de expresar sus dudas ante su enfermedad y tratamiento y el resolverse las ahorrará tiempo, fortalecerá el **rapport**, es decir, el vínculo con el paciente y favorecerá la imagen tanto del personal de la atención médica como de la institución misma.

- Sea paciente con su "paciente".
- Comuníquese con su paciente de acuerdo con su nivel sociocultural.
- Pregunte si tiene alguna duda sobre su padecimiento y su tratamiento.
- Verifique que fue comprendido.
- Invite al paciente a que sea acompañado de un familiar.
- Sugiera que anote todas sus dudas, con la finalidad de que en el momento de tener contacto con usted resuelva la mayor cantidad de estas.
- Siempre pregunte y rectifique todos los medicamentos y tratamientos que su paciente esté utilizando, inclusive los que no requieren receta médica u otro tipo de tratamientos alternativos.
- Cerciórese de actualizar este listado.

10. CLIMA DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE.

La causa principal de que las medidas para la mejora de la seguridad del paciente no se implementen con suficiente celeridad o no den el resultado esperado es la renuencia a efectuar cambios por algunos elementos del personal involucrado, esto produce una falta de camaradería y de la adecuada integración de un equipo de trabajo, a su vez, esta situación y la carencia de empatía impiden la existencia de un clima de seguridad para el paciente



CONTINUACIÓN RESOLUCIÓN 0392 DE JULIO 5 DE 2013

ARTÍCULO SEPTIMO: DEFINICIONES

- **Evento Adverso:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.
- **Evento Adverso Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **Evento Adverso No Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- **Evento Centinela:** Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.
- **Incidente:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente y que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallasen 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.
- **Barrera de 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 identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.
- **Falla latente:** Fallas en los sistemas de soporte.
- **Falla activa:** Errores resultantes de las decisiones y/o acciones de las personas que participan en el proceso.
- **Indicio de Atención Insegura:** Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o un 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 definición no intencionales.





GERENCIA

CONTINUACIÓN RESOLUCIÓN 0392 DE JULIO 5 DE 2013

- **Tecnovigilancia:** Es 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.
- **Farmacovigilancia:** Es el conjunto de actividades que tienen por objeto la identificación y la cuantificación del riesgo de los efectos indeseados producidos por los medicamentos, así como la identificación de los factores o características que incrementan ese riesgo

ARTÍCULO OCTAVO: APLICACIÓN: La Política y Objetivos de Seguridad del paciente adoptados en la presente Resolución, serán de aplicación general para todos los procesos del Hospital San José del Guaviare ESE.

ARTÍCULO NOVENO: VIGENCIA: La presente resolución rige a partir de la fecha de expedición.

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE

San José del Guaviare, julio 5 de 2013

ERIKA JANNETH AHUMADA RODRIGUEZ
Agente Especial Designada Supersalud,
ESE Hospital San José del Guaviare

Proyectó/Elaboró/Claudia L. Reyes P. /Asesora Jurídica
Revisó: Dr. Jorge Enrique Duarte/Subgerente de Servicios de Salud

