



POLITICA DE SEGURIDAD EN LA ATENCION

Código: MN-GCAL-PSA-304

Versión: 2.1

Fecha: 30/10/2019

POLITICA DE SEGURIDAD EN LA ATENCION

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del Cambio
2	22/02/2018	Ajuste en la normatividad de Habilitación que exige el cumplimiento en la implementación de la Política, inclusión de las instancias en el centro de atención y a nivel central evaluarán el tema de la Política y registrar los procesos seguros que serán adoptados por los procesos. Mención de los formatos que soportan las actividades de la Política.
2.1	30/10/2019	Ajuste en la estructura organizacional, en las estrategias de difusión y entrenamiento y en los procesos seguros adoptados por la institución.

1. PROPOSITO

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Crear espacios para el análisis del proceso de atención con el propósito de minimizar las acciones que conduzcan a la prestación de una atención más segura.
- Crear cultura de seguridad en la atención, para contar con entornos seguros
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos
- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente en todos los servicios que ofrece la ESE.

2. CONTENIDO

2.1 SISTEMA DE REPORTE

La ESE Hospital Local Cartagena de Indias cuenta con el **FORMATO DE IDENTIFICACION REPORE Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS FTO-GCAL IREA-135**, a través del cual, todo funcionario puede reportar cualquier situación que haya incidido en la prestación de una atención insegura con daño o no.

Este formato está disponible en medio físico y en medio magnético.

El diligenciamiento lo que puede hacer cualquier funcionario indistintamente de su condición profesional, lo importante es hacer la detección de la acción insegura y tener la posibilidad de generar acciones que permitan su reducción o eliminación.

De manera gradual se hará la implementación del software para el reporte.

2.2 CONFIDENCIALIDAD

El área de Calidad, encargada de la recepción de este formato, está obligada a dar un trato discreto y confidencial a los reportes, en el proceso de análisis solo hará partícipes a los implicados, con el fin de tener los datos reales que provocaron el incidente o evento adverso y de tomar decisiones con los organismos directivos con el propósito de hacer las acciones de mejora que correspondan.

2.3 ESTRUCTURA FUNCIONAL – EQUIPO DE TRABAJO

La política de Seguridad del Paciente será liderada por el proceso de Sistema Integrado de Gestión a través de dos auditores y la Coordinación, éstos actuarán como referentes institucionales, encargados de liderar la recolección, el análisis, la convocatoria a las reuniones del comité de Seguridad del Paciente a nivel central e incentivar la cultura de seguridad.

La planeación de las actividades para incentivar la cultura y conocimientos sobre los temas fundamentales de la política, se hará a través de la programación mensual de capacitación, que incluirá una evaluación pre y post.

Los niveles para la implementación de la Política serán:

Nivel operativo: todos los funcionarios de los servicios ofertados por la ESE y personal de apoyo (servicios generales, vigilancia, admisiones y atención al ciudadano)

Nivel estratégico: grupo de auditores internos, líderes de Seguridad y comité local de seguridad del paciente.

Nivel directivo: comité de Seguridad del Paciente. Contará con la participación de los coordinadores misionales y de las instancias directivas para la formulación de las acciones de mejora.

Los líderes de seguridad del paciente, serán los funcionarios asignados en cada centro de atención que tendrán como función la realización de las diferentes actividades para la evaluación del cumplimiento de la política de seguridad del paciente, así como de motivar e incentivar el reporte de incidente y eventos adversos, éstos serán seleccionados y notificados por la Subgerencia Científica, ante la Oficina de Talento Humano, para su reconocimiento y entrega de las funciones específicas de la designación. Dispondrán de una hora semanal para la realización de las actividades básicas del programa de Seguridad del Paciente.

COMITÉ DE SEGURIDAD LOCAL. Que tendrá las siguientes funciones:

1. Fomentar la cultura del reporte de eventos adversos. Realizar educación continuada sobre la Política de Seguridad.
2. Hacer el análisis de eventos adversos por servicios y hacer planes de mejora.
3. Revisar incidencia de eventos adversos por servicios y hacer planes de mejora. FTO-GCAL-CRPS-324
4. Hacer seguimiento a los planes de mejora propuestos en los formatos de reporte de eventos y/o incidentes.
5. Entregar copia del acta de comité mensualmente a la Oficina de Calidad.
6. Promover el cumplimiento en la aplicación de los procesos seguros adoptados por la ESE.
7. Liderar la ronda de seguridad en el Centro de Atención, realizar esta actividad semanal. FTO-GCAL.BRS-119

COMITÉ DE SEGURIDAD CENTRAL. Que tendrá las siguientes funciones:

1. Fomentar la cultura del reporte de eventos adversos.
2. Realizar el análisis de eventos adversos por servicios reportados por los centros de atención en el periodo, con los responsables de los procesos y/o procedimientos.

	POLITICA DE SEGURIDAD EN LA ATENCION	Código: MN-GCAL-PSA-304
		Versión: 2.1
		Fecha: 30/10/2019

3. Investigar e implementar las mejores prácticas existentes para el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente al interior de la ESE.
4. Diseñar acciones específicas que fomenten y promuevan la disminución de los incidentes y eventos adversos.
5. Hacer seguimiento a los planes de mejora propuestos en los formatos de reporte de eventos y/o incidentes
6. Diligenciar tableros de gestión de los indicadores definidos en el PAMEC.
7. Realizar rondas de seguridad procesos seguros, sesiones breves y evaluación de procesos seguros .FTO-GCAL-RSAE-24, FTO-GCAL-SBS-136 y FTO-GCAL-EPS-326.
8. Desarrollar y actualizar las herramientas para la Política de Seguridad.
9. Hacer la revisión de los indicadores del Programa de Seguridad del Paciente. FTO-GCAL-IPSP-323.

2.4 HOMOLOGACION DE CONCEPTOS

Para las definiciones terminológicas y la tipificación de los eventos adversos se ha tenido en cuenta: Los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” del Ministerio de la Protección Social de Colombia.

El evento adverso se caracteriza por la presencia de una tríada:

1. Hay lesión.
2. Esta es atribuible a la atención en salud y
3. Se ha producido de manera involuntaria por el personal asistencial.

No todos los eventos adversos son prevenibles, por eso existe el “evento adverso no prevenible”

Cuando la atención brindada es segura, pero hay lesión, y ésta es atribuible a la enfermedad se define como una **complicación**.

	POLITICA DE SEGURIDAD EN LA ATENCION	Código: MN-GCAL-PSA-304
		Versión: 2.1
		Fecha: 30/10/2019

Cuando la lesión no se produce de manera involuntaria, se define como una violación de la seguridad de la atención

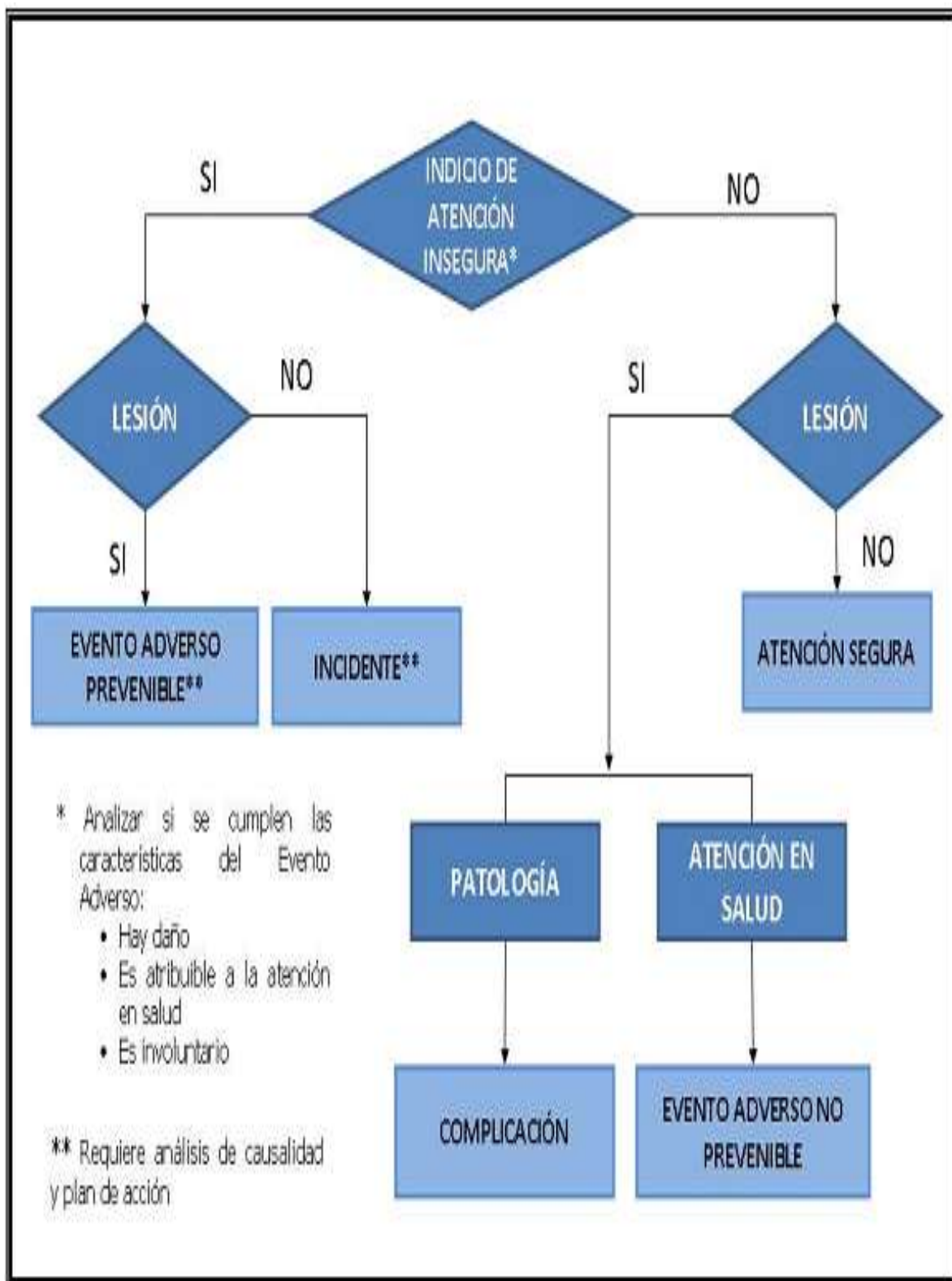
DEFINICIONES

- **Atención en Salud:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **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 al proceso de atención.
- **Atención Insegura:** Es una atención en salud en la cual se presenta un acontecimiento o una circunstancia que incrementa el riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- **Clasificación tipos de atención insegura:** Tipos de atención en salud insegura que pueden causar Eventos Adversos o incidentes
- **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.
- **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.

- **Falla de la Atención en Salud:** Una deficiencia no intencional en la planeación o ejecución de una atención en salud, bien sea por acción u omisión
- **Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.
- **Evento Adverso:** Es la lesión o daño no intencional que se le produce a un paciente mientras se le atiende. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.
- **Evento Adverso Prevenible:** Aquella lesión o daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **Evento Adverso No Prevenible:** Aquella lesión o daño que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- **Incidente:** Es un evento que sucede en la atención clínica de un paciente y 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.
- **Violación de la Seguridad de la atención en salud:** Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

	POLITICA DE SEGURIDAD EN LA ATENCION	Código: MN-GCAL-PSA-304
		Versión: 2.1
		Fecha: 30/10/2019

- 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 atención en salud insegura con el propósito de mitigar sus consecuencias y/o prevenir su recurrencia
- 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 “Protocolo de Londres” y el “análisis de ruta causal” o “análisis de causa raíz”



2.5 ESTRATEGIAS DE DIFUSION Y ENTRENAMIENTO

Difusión

Consiste en comunicar, informar, dar a conocer o recordar la existencia de la Política.

Las estrategias estarán clasificadas en:

Escritas:

1. Boletín Hospital Seguro, su publicación será semestral
2. Cartilla de la Estrategia de Lavado de manos
3. Cartilla Mis procesos seguros: será actualizada teniendo en cuenta los procesos seguros institucionales o asistenciales que la ESE adopte.
4. Manuales disponibles en la intranet.
5. Boletín Comité de Seguridad del Paciente: emisión mensual, resumirá los temas tratados en el comité central de Seguridad del Paciente.

Audiovisuales: Video Institucional de la Estrategia de Lavado de manos

Operativas:

1. Rondas de seguridad
2. comités de Seguridad locales y Central,
3. Ciclos de capacitación.

Otras: selección de mascota o figura representativa de Seguridad del Paciente, llamado **TEO** y Semana de Calidad anual en el mes de octubre.

Entrenamiento: Talleres de capacitación para funcionarios, comunidad y personal de atención al ciudadano.

2.6 INTEGRACION CON OTRAS POLITICAS Y PROCESOS INSTITUCIONALES

- Está en armonía con el direccionamiento estratégico de la organización
- Está en armonía con el Plan de Desarrollo Institucional, ya que se incluye en el:
Programa Calidad Hospitalaria a través del Proyecto de Hospital Seguro se resaltan las acciones del reporte y gestión de eventos adversos
- Está en armonía con los planes de Capacitación Institucional donde se incluyó Taller de Seguridad del Paciente
- El proceso de Sistema Integrado de Gestión dentro de sus actividades tiene la responsabilidad de liderar la difusión de la Política de Seguridad
- Como pilar del Componente de Acreditación del SOGC se implementa en coordinación con la Política de Humanización.

2.7 ALIANZA CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA

La participación del paciente en la toma de decisiones (PPTD) es un aspecto de la atención muy relacionado con la promoción de la autonomía del paciente y que cada vez debe promoverse en la consulta. Su corresponsabilidad en el proceso de atención exige el despliegue de estrategias que lo involucren en las acciones del cuidado de su salud (**autocuidado**). Acciones cotidianas que tendrán como objetivo fortalecer la salud y prevenir la enfermedad.

En la ESE se realiza la motivación sobre los temas de Política de Seguridad en los siguientes niveles:

Individual: la educación que cada profesional de la institución deberá impartir al momento de la consulta y se evidenciará en las recomendaciones que de manera particular dará a cada usuario.

	POLITICA DE SEGURIDAD EN LA ATENCION	Código: MN-GCAL-PSA-304
		Versión: 2.1
		Fecha: 30/10/2019

Colectiva: la educación que se realice a través de talleres, charlas y actividades lúdicas en salas de espera, espacios comunitarios a través de las gestoras, enfermeras, equipo extramural y miembros del Comité de Ética.

2.8 INTEGRACION CON LOS PROCESOS ASISTENCIALES

Para el cumplimiento de uno de los componentes del Sistema Obligatorio, la Habilitación de los servicios, teniendo en cuenta la Resolución 2003 de 2014 se establece dentro de los requisitos del Estándar de Procesos Prioritarios la implementación de esta Política.

La institución inicio incluyendo 7 paquetes instruccionales en primera instancia, pero con la actualización de los paquetes instruccionales en el 2015, con la clasificación en procesos institucionales, procesos asistenciales y actuación del profesional, nos aplican los siguientes procesos seguros:

- Asegurar identificación del paciente - procesos asistenciales
- Garantizar correcta identificación del paciente
- Atención de urgencias en población pediátrica
- Detectar infecciones
- Prevenir la malnutrición o desnutrición
- Prevenir y reducir la frecuencia de caídas
- Prevenir úlceras por presión
- Seguridad en procesos quirúrgicos
- Evaluar pruebas diagnósticas para la alta hospitalaria
- Reducir riesgo atención en pacientes cardiovasculares
- Reducir riesgo atención en pacientes enfermedad mental
- Seguridad en utilización de medicamentos
- Garantizar atención segura madre hijo

Los cuales de manera gradual se irán incorporando en las caracterizaciones y guías y protocolos de atención en los servicios.

	POLITICA DE SEGURIDAD EN LA ATENCION	Código: MN-GCAL-PSA-304
		Versión: 2.1
		Fecha: 30/10/2019

En cada proceso institucional se incluirán los indicadores que midan los procesos seguros asistenciales adoptados.

Para el 2019, se ajusta el listado de procesos seguros adoptados y pasan a ser 10 los procesos seguros, teniendo en cuenta los lineamientos de la OMS, en su reunión de mayo de 2019 en donde establecieron 7 metas para la Seguridad del Paciente, por tanto se debieron incluir dos procesos seguros que no están inicialmente.

Los procesos seguros adoptados son:

1. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención.
2. Seguridad en la utilización de los medicamentos.
3. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
4. Asegurar la correcta identificación den las muestras del laboratorio
5. Prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
6. Prevención de escara o úlceras por presión
7. Atención segura del binomio madre-hijo.
8. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.
9. Ilustrar la paciente en el autocuidado de su seguridad.
10. Comunicación efectiva entre personas que atienden y cuidan a los pacientes.

2.9 RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACION

Humanos: el grupo de Calidad será quien liderara el proceso de asistencia, en cada centro de atención se realizara la escogencia de un referente.



POLITICA DE SEGURIDAD EN LA ATENCION

Código: MN-GCAL-PSA-304

Versión: 2.1

Fecha: 30/10/2019

Técnicos: estará a disposición la documentación de la Política en la intranet, en los centros de atención se enviara la documentación física como cartillas y boletín de HOSPITAL SEGURO.

Financieros: la Gerencia dispondrá los recursos económicos para la implementación de las actividades en cumplimiento del programa de Seguridad.

Realizó	Revisó	Aprobó
DRA. EMPERATRIZ CARDOZO MEZA COOR. GESTION CALIDAD	COMITÉ INSTITUCIONAL DE EVALUACION Y DESEMPEÑO	DR ROQUE BOSSIO BERMUDEZ GERENTE MEDIANTE RESOLUCION