



RESOLUCION No. 009

ADOPTA LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Gerente de la ESE Centro de Salud las Mercedes de Caldas en uso de sus atribuciones legales, y en especial las que le confiere el Decreto 00436 del 12 de Diciembre de 2007.

CONSIDERANDO

PRIMERO: Que el artículo 49 de la Constitución Nacional, establece que la salud es un derecho fundamental, un servicio público 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.

SEGUNDO: Que la Ley 100 de 1993, en su artículo 153 en el numeral 9º 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.

TERCERO: Que la Ley 872 de 2003, "Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en las prestación de los servicios a cargo de las entidades y gentes obligados", en su artículo 2 establece la obligatoriedad del desarrollo y funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad en todos los organismos y entidades del Sector Central y del Sector Descentralizado por servicios de la Rama Ejecutiva del poder público del orden nacional, corporaciones autónomas regionales, entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral según la Ley 100/93, y todas las empresas y entidades prestadoras de servicios públicos domiciliados y no domiciliados, la cual hace parte de ésta resolución.

CUARTO: Qué el Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, " Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005, en su artículo 1 establece la obligación de adoptar el MECI 1000:2005, el cual forma parte del citado Decreto.

QUINTO: Qué la resolución No.091 de 24 de abril de 2008, por el cual se adopta el decreto 1599 de 2005, establece como obligatorio la implementación del Modelo Estándar de Control Interno.

SEXTO: Que se hace necesario incorporar y establecer todos los elementos enunciados en el anexo técnico al Sistema de Control Interno de la entidad, con el fin de ajustarlo a las nuevas normas y tendencias de control, para que este sea efectivo, eficiente y eficaz.



SEPTIMO: Que mediante Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006 se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de 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.

OCTAVO: Que la resolución 1043 de 2006 dispone que en los estándares de habilitación exista 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.

NOVENO: Que la resolución 1446 de 2006, instituye 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.

DECIMO: Que la resolución 1445 de 2006, implanta 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.

ONCE: 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. Que en mérito de lo expuesto anteriormente,

RESUELVE:

ART 1. ADOPCION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Adoptar dentro del Sistema de Obligatorio de Garantía de la Calidad, y el Modelo Estándar de Control Interno, una política de seguridad de paciente que direcciona todas las acciones de la ESE en lograr la prestación del servicio bajo condiciones que permitan el control y mitigación de los riesgos propios de la atención en salud y logren un sistema de salud en forma segura y altamente confiable.

POLÌTICA DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD LAS MERCEDES CALDAS

La E.S.E. CENTRO DE SALUD LAS MERCEDES se compromete a brindar, Generar, y mantener un entorno seguro y disponer de recursos para la identificación, prevención y minimización de riesgos, a través de la implementación de programas de vigilancia epidemiológica, cultura de limpieza y desinfección, rondas de seguridad, capacitación continua al personal asistencial y administrativo, mantenimiento de equipos e instalaciones, vigilancia farmacológica, seguimiento de los eventos adversos, que brinden seguridad al paciente y su familia.



ART 2. DEFINICION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

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

ART 3. OBJETIVOS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- 1- Direccionar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad hacia la obtención de resultados tangibles y medibles, mostrando un claro impacto en un frente específico de trabajo.
- 2- Disminuir la ocurrencia de los eventos adversos.
- 3- Mejorar la efectividad de las acciones en salud.
- 4- Incrementar las barreras de seguridad, para establecer un entorno seguro de la atención en salud.
- 5- Coordinar las diferentes acciones del sistema hacia la obtención de resultados.
- 6- Educar a los pacientes en su auto cuidado y promoción de la seguridad.
- 7- Educar en las diferentes áreas del Hospital tanto al personal asistencial como el administrativo acerca de la importancia de trabajar sobre la seguridad del paciente.
- 8- Crear una cultura organizacional de seguridad de paciente.
- 9- Reducir los costos por la falta de calidad a la ocurrencia de un evento adverso.

ART 4. ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES PARA TRABAJAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

- 1- Definir la seguridad del paciente como prioridad estratégica y transformación cultural.
- 2- Involucrar a todos los actores críticos: Junta directiva, personal asistencial y administrativo, paciente y su familia.
- 3- Implementar la herramienta de Repetir lo aprendido “Teach Back”: Consiste en pedirle al paciente que repita con sus propias palabras las indicaciones y recomendaciones que la institución le ha hecho, principalmente con el auto cuidado en casa. Dicha herramienta se implementará a través de todo el personal médico y de enfermería, quienes en cada atención aplicarán ésta



herramienta como mecanismo de seguridad del nivel de entendimiento, comprensión y adhesión al tratamiento.

4-Implementar la Herramienta gatillo “Trigger Tool”: la cual Consiste en el diseño y aplicación de herramientas indicio para la detección de eventos adversos a diferentes niveles, en manejos ambulatorios, entre otros. La metodología consiste en detectar a través del uso de un medicamento o insumo específico o un antídoto que puede ser formulado para tratar o mitigar, por medio de revisión de órdenes que suspenden súbitamente una intervención asistencial, resultados de laboratorio anormales.

6- Implementar programas de educación continuada que capaciten y sensibilicen a todo el personal que labora en el Hospital sobre Seguridad de Paciente. A través del proceso de Gestión de Talento Humano se gestionará, organizará y coordinará un programa de capacitación permanente que permita crear una cultura de seguridad de paciente al interior de la ESE Centro de salud las Mercedes, orientado a la prevención de los principales eventos adversos y sus complicaciones. Así como la importancia de la captación y prevención de los incidentes y seguridad de paciente.

7- Implementar las Rondas de seguridad:

Consiste en un mecanismo a través del cual, el nivel directivo de la ESE, realiza rondas en la cuales únicamente se revisan y discuten temas de seguridad. Las rondas de seguridad se realizaran en la periodicidad establecida por la Gerencia y con una duración promedio de una hora de acuerdo a cronograma establecido por la Gerencia.

El objetivo de las rondas de seguridad es:

- Demostrar compromiso con la seguridad desde la alta dirección.
- Fomentar el cambio cultural frente a la seguridad.
- Identificar oportunidades de mejoramiento de la seguridad.
- Establecer líneas de comunicación acerca de seguridad entre líderes, directivos y personal asistencial.
- Comprobar mejoramientos de la seguridad de los pacientes.
- Analizar fallas, errores y eventos adversos que han ocurrido o que estuvieron a punto de ocurrir durante la semana. Establecer las causas y formular medidas correctivas que se implementen y a las cuales se les realizará seguimiento.



8-Implementar las Cápsulas de seguridad:

Son reuniones en la que los grupos asistenciales acompañados del coordinador funcional revisarán un tema de seguridad de paciente. Se reúnen durante 5 minutos, dos veces por semana. El propósito es generar conciencia acerca de asuntos de seguridad, nunca para criticar el desempeño de los individuos ni mucho menos, detectar fallas para imponer sanciones. La implementación de las cápsulas de seguridad se llevará en cada jornada.

9- El comité de seguridad del paciente:

Se implementará e instaurará un comité dirigido a definir, analizar y establecer lineamientos en materia de seguridad de paciente.

-Estará integrado por un equipo base: gerente, Medico, Enfermera de Hospitalización, Enfermera Farmacéutico y odontóloga. Estos integrantes a su vez realizaran invitaciones periódicas a miembros tanto asistenciales como administrativas de la ESE dependiendo del tema a tratar.

- Cada uno de los integrantes deberá analizar, investigar, clasificar la gravedad del evento o incidentes reportados a través del formato “REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS”.

-El análisis se fundamenta en la exposición del caso, la revisión de la historia clínica, el análisis con base en los mejores reportes existentes con el asesoramiento de pares (Según el caso) y con el único fin de evitar la reincidencia del evento adverso.-El comité de seguridad se reunirá mensualmente y realizará las siguientes

Actividades:

- Revisar, analizar, concluir el tipo de evento presentado y las acciones de mejoramiento a desarrollar.

- Diseñar nuevas estrategias de minimización del riesgo, controlar los eventos adversos y analizar el grado de severidad, frecuencia y tipificación del evento en sí.

- Presentar en comité de epidemiología la tendencia de la identificación de eventos debidamente clasificados por severidad, frecuencia, servicio, entre otros.

- Investigar e implementar las mejores prácticas existentes para el desarrollo de una cultura de seguridad de paciente al interior del hospital.

- Diseñar acciones específicas que fomenten y promueven la mitigación o disminución del nivel de ocurrencia de los incidentes reportados.



- Establecer el perfil de riesgo institucional debidamente tipificado, clasificado, servicio involucrados.

- Implementar la Vigilancia a Eventos Adverso/Incidente/Evento centinela Un evento adverso se define como: cualquier lesión no intencional causada por la atención en salud, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente. Los eventos adversos son secundarios a la concatenación de diferentes errores en los distintos procesos y que finalmente produce daño al paciente. Es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad.

Un evento adverso puede tener varios grados de intensidad o de severidad, como son:

Evento Adverso Grave: Es aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica.

Evento Adverso Moderado: Es aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de un día de duración.

Evento Adverso Leve: Es aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria ni secuelas.

Clasificación de tipos de eventos

Incidente, "Near Miss": Se define como cualquier situación en que se presentan errores que pudieron haber resultado en daño pero que afortunadamente se identificaron antes de que sucedieran. Se trata de una falla en el proceso asistencial que no alcanza a causar un evento adverso o complicación.

Evento Adverso: Daño no intencional causado al paciente como un resultado clínico no esperado durante el cuidado asistencial y puede o no estar asociado a error.

Evento centinela: Es un evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria o permanente o la muerte y que requiere de intervención organizacional inmediata para evitar su recurrencia.

-Implementar el reporte intrainstitucional y extrainstitucional de eventos adversos, incidentes, eventos centinela. La resolución 1446 de 2006 establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad la vigilancia de eventos adversos. Y mediante la presente resolución se establece como obligatoriedad la detección de todo incidente que puede llegar a poner en riesgo la prestación de servicio a los pacientes.



**E.S.E. CENTRO DE SALUD
LAS MERCEDES
CALDAS (Boy.)**



El sistema de reporte extrainstitucional funcionará a través del comité de Seguridad del paciente quienes valoran el caso del evento adverso y se notificará a la respectiva Entidad Promotora de Servicios de Salud a través del Formato "REPORTE DE EVENTOS ADVERSO". El propósito es generar acciones a través de concertación de los diferentes actores: Comité de Calidad y Seguridad o del establecimiento de normas: Unidad Sectorial de Normalización en Salud o generar alertas normativas: Ministerio del Protección Social – Organismos de Vigilancia y Control del Sistema

ART 5. VIGENCIA. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y modifica cualquier oficio administrativo anterior.

Dada en Caldas, Boyacá a los siete (07) días del mes de febrero del 2013.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

MAGDA RIVERA PEÑA
Gerente