

SOCIALIZACIÓN
EJE DE ACREDITACIÓN:
SEGURIDAD DEL PACIENTE



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PITALITO – HUILA**

NIT. 891.180.134 – 2

Pitalito, 26 de Octubre de 2020

DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente

CONTENIDO

JUSTIFICACIÓN	3
1. Marco Normativo	4
1.1 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en Salud	5
1.2. Ejes Trazadores en el Sistema Único de Acreditación	8
1.3. Plan de gestión “Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana”	10
2. Contexto General de Seguridad del Paciente	11
3. Conceptos Homologados	13
4. Gestión de Seguridad del Paciente	14
4.1. Acciones para disminuir el riesgo clínico	16
4.2. Política de Seguridad del Paciente	20
4.3. Modelo de Gestión de Seguridad del Paciente	21
4.4. Fortaleciendo del conocimiento en Seguridad del Paciente	22
5. Resultados de Seguridad del Paciente	25

JUSTIFICACIÓN

Con el fin de dar cumplimiento al Plan de Gestión Institucional para el período 2020-2024 **“Desarrollo y Transformación Hospitalaria Con Gestión Humana”** de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, al igual que al procedimiento de formación continua, se presenta ante los Honorables Miembros de la Junta Directiva de la Entidad el documento denominado “Capacitación – Eje de Acreditación: Seguridad del Paciente”.

La presentación y análisis del presente documento le permitirá a los Honorables Miembros de la Junta Directiva, a la alta dirección, a los equipos de trabajo de las diferentes áreas, y nuestra comunidad en general, comprender un poco más el por qué implementamos en nuestra institución el Eje Transversal de Seguridad del Paciente.

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito se encuentra en el proceso de ejecución de estándares superiores de calidad basados en la normatividad Colombiana del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, el cual hace parte la Acreditación, donde se han desarrollado diferentes intervenciones con los colaboradores al interior de la institución; de manera tal que, bajo el reconocimiento de la importancia del Eje de Acreditación Seguridad del Paciente, donde ha sido fundamental ejecutar actividades que permitan dar herramientas de competencias técnicas para el despliegue de cada uno de los estándares relacionados con la Seguridad del Paciente, que son provistos por el modelo de gestión.

En el presente documento, podrán contar con homologación de definiciones, gestión documental, avances en seguridad del paciente y la importancia del Rol de la Junta Directiva en dichos estándares desde al ámbito de Direccionamiento.

Por último, se hace extensiva la invitación a los Honorables Miembros de Junta Directiva de nuestro Hospital, para continuar con el acompañamiento y apoyo incondicional, en la búsqueda del logro de los objetivos Institucionales con éxito, en especial la meta macro de la Acreditación Institucional.

1. MARCO NORMATIVO

- **Decreto 4445 1996 del Ministerio de Salud:** Dictó normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.
- **Resolución 0741 de 1997 (Marzo 14) del Ministerio de Salud:** imparte instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud; define que las Instituciones deberán establecer y desarrollar los procesos administrativos necesarios de vigilancia y seguridad para la protección de los usuarios.
- **Resolución WHA55.18 de 2002 de la Organización Mundial de la Salud (OMS)** plantea a los Estados miembros de la 55 Asamblea Mundial de la Salud a prestar «la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente», a establecer y consolidar «sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente, la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología»
- **Decreto No. 1011 de 03 de abril de 2006,** por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social).
- **Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia Bogotá, 11 de junio de 2008:** Su 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 y competitivas internacionalmente.
- **Resolución No. 5095 de 19 de noviembre de 2018,** por el cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1 (Ministerio de Salud y Protección Social).
- **Resolución No. 3100 de 25 de noviembre de 2019,** por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de los Servicios de Salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud (Ministerio de Salud y Protección Social).

1. 1 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - SOGCS

Para nuestro País, se estableció a través del Decreto No. 1011 de 03 de abril de 2006, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyo campo de aplicación son los Prestadores de Servicios de Salud, las EPS (contributivo y subsidiado), las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. El citado Decreto contiene unas definiciones claves para su operatividad, las características de dicho sistema, sus componentes, las entidades responsables para el funcionamiento del SOGCS, la explicación de cada uno de sus sistemas, los diferentes reportes, las medidas de control y seguimiento.

Dentro de las principales definiciones de la norma, tenemos:

El SOGCS, es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país¹.

CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS: Las acciones que desarrolle 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 prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

COMPONENTES DEL SOGCS



- 1. Componente SUH - Sistema Único de Habilitación:** Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y



¹ (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006, pág. 2)

son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB. Regulado por la Resolución 2003 de 2014, que a su vez define el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, que se convierte en el instrumento que contiene las condiciones para que los servicios de salud ofertados y prestados en el país, cumplan con los requisitos mínimos, en este sentido las condiciones tecnológicas y científicas tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar su cumplimiento, a partir de los estándares de habilitación. Los estándares aplicables son 7, descritos de la siguiente manera:

1. Talento Humano: Son las condiciones de recurso humano requeridas en un servicio de salud.

2. Infraestructura: Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.

3. Dotación: Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales.

4. Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos: Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, que condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

5. Procesos Prioritarios: (Manuales, guías procedimientos, protocolos etc.) Es 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.

6. Historia Clínica y Registros: Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos, propios de la prestación de servicios.

7. Interdependencia: Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados.

2. Componente PAMEC – Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Se constituye en una herramienta para contribuir al mejoramiento continuo de los servicios que presta la Institución y hace parte de la estrategia de mejoramiento de la eficiencia y la eficacia de los procesos de atención consagrada en la política de Calidad hacia la búsqueda de la satisfacción del usuario.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

3. Componente SIC - Sistema de Información para la Calidad

Es un método organizado para recolectar, almacenar y reportar la información sobre la calidad de la prestación de los servicios de salud, a través de la medición de indicadores que evalúan el desempeño y resultado de los procesos, con el fin de ayudar a los tomadores de decisiones en todos los niveles.

Son objetivos del SIC:

- 1. Monitorear:** Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
- 2. Orientar:** Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
- 3. Referenciar:** Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.

4. SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN - SUA

El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el decreto 903 de 2014 y la Resolución 2082 de 2014, reglamentó el nuevo esquema de operación del Sistema Único de Acreditación en Salud.

¿Qué es la Acreditación en Salud?

Es un proceso voluntario y periódico de Autoevaluación interna y revisión externa de todos los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de la salud, a través del cumplimiento de una serie de estándares factibles de alcanzar², independientemente de su estado de desarrollo, razón social o nivel de atención.

² (<http://www.acreditacionensalud.org.co>, 2016)

1.2. EJES TRAZADORES EN EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN:

La implementación del SUA gira en torno a unos ejes de deben ser abordados sistemática e integralmente cuya finalidad es convertirse en la gestión trazadora de los mejoramientos emprendidos por la Institución.



a). Seguridad del Paciente: Se trata del conjunto de elementos, metodologías y procesos basados en la evidencia científicamente probada que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud de mitigar sus consecuencias. La Política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los incidentes para identificar las causas y acciones para intervenirlos. A partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras.

b). Humanización: Humanizar es un asunto ético relacionado con los valores. Dentro de la Calidad de la atención, se deben practicar valores y principios encaminados en garantizar el respeto, la dignidad del ser humano, mejorar la relación con el usuario y con el personal de la Institución. Esto incluye una atención respetuosa, apoyo emocional y el desarrollo de habilidades comunicativas.

La Humanización contempla los siguientes elementos:

- Privacidad
- Apoyo emocional
- Respeto por las creencias
- Información a la familia
- Manejo del duelo
- Tecnología

c). Responsabilidad Social: Es la obligación de dirigir las actividades educativas, investigadoras y de servicio a atender las necesidades prioritarias de la comunidad, región y/o nación, tiene como meta la reducción de las inequidades en salud.

d). Enfoque de Riesgo: En enfoque del riesgo se establece la protección a los usuarios, de los principales riesgos en la prestación de servicios, por parte de los prestadores, haciendo énfasis en el cumplimiento de requisitos para evitar la presentación del riesgo. La calidad es uno de los tres ejes de la política de Prestación de Servicios y el Sistema Obligativo de Garantía de Calidad establece en sus componentes, un conjunto de normas que buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios.

Principales riesgos:

- **Gestión de riesgos Clínicos:** identificación de riesgos del paciente al ingreso, planeación del cuidado y tratamiento, integración e intervención de los riesgos clínicos del paciente identificados.
- **Gestión de riesgos Administrativos:** Prevención y control de recursos.
- **Gestión de riesgos del Ambiente Físico:** Identificación y respuesta a necesidades del ambiente físico.
- **Gestión del riesgo del Talento Humano:** Procesos de Salud Ocupacional y Seguridad Industrial.
- **Gestión de Riesgos Tecnológicos:** Identificación prevención de la posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten la totalidad o parte de la infraestructura tecnológica (hardware, software, redes, equipos biomédicos, etc).
- **Gestión de Riesgos Financieros:** Identificación y prevención de la posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los Estados Financieros y todas aquellas áreas involucradas con el proceso financiero como presupuesto, tesorería, contabilidad, cartera, costos, etc.

e). Transformación de la Cultura Organizacional

Se refiere a la “manera de vivir juntos” entendiendo que en las organizaciones se generan múltiples relaciones de poder y reglas no escritas, donde se presentan comportamientos que se configuran a partir de intereses, relaciones, actitudes y modos de ser, a partir de comportamientos individuales y colectivos.

La cultura de una organización es visible en el ambiente físico, mobiliario, confort, equipos, vestuario, patrón de comportamiento, documentos, etc. Igualmente se puede evidenciar en el nivel de los valores que rigen a la organización y en el comportamiento de sus miembros.

Cuya meta es lograr compromiso en la atención con calidad por parte de la Institución y del personal que labora, aportando al desarrollo sostenible con un comportamiento ético y transparente.

f). Gestión de la Tecnología

Consiste en la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y al sistema en general. Propone adoptar metodologías de adquisición, prevenir el desbordamiento de los costos que puede producir la compra indiscriminada de alta tecnología y realizar esfuerzos en este sentido.

1.3. PLAN DE GESTIÓN “Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana”

Para el período proyectado 2020 a 2024, se continuará con el compromiso de todo el personal de la institución en todos sus niveles hacia la meta de la Acreditación, con la observancia de los resultados obtenidos anualmente tanto cualitativamente como cuantitativamente que nos motiva a continuar en esa ruta, por cuanto cada vez estamos más cerca de dicho logro. Con base en la síntesis expuesta anteriormente, se propone seguir trabajando para éste nuevo período en los seis (6) Ejes Trazadores del Sistema Único de Acreditación, para desarrollarlos sistemática e integralmente con la finalidad de ser la base de la gestión trazadora de los mejoramientos emprendidos por el Hospital; de esta manera se convierten en los pilares de nuestro Plan de Gestión “Desarrollo y Transformación Hospitalaria Con Gestión Humana” 2020-2024.



2. CONTEXTO GENERAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público desde 1999 cuando el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el libro «To err is Human: building a safer health system», en donde se estimó que los «errores médicos» causan entre 44.000 y 98.000 defunciones cada año en los hospitales de los Estados Unidos de América, más que los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA y aquí es relevante puntualizar que los errores médicos hacen parte de lo que se denominan: eventos adversos. Desde entonces, los gobiernos y las organizaciones internacionales han desarrollado iniciativas para apoyar estrategias que contribuyan a la mejora de la seguridad de los pacientes en todo el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en 2002, aprobó la resolución WHA55.18 que invita a los Estados miembros a prestar «la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente» y a establecer y consolidar «sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología». Posterior a esta iniciativa la comisión europea y el consejo de Europa el 5 de Abril de 2005, consensuaron la declaración «patient security: making it happen», en la que se sugirió a las instituciones europeas: a) la creación de un foro de discusión en el que todos los estamentos implicados puedan evaluar las actividades tanto nacionales como internacionales; b) trabajar conjuntamente con la alianza de la Organización Mundial de la Salud para lograr un acuerdo en temas de seguridad de pacientes y crear un banco europeo de soluciones con estándares y ejemplos de buena práctica; c) crear la posibilidad de establecer mecanismos que apoyen iniciativas a escala nacional teniendo en cuenta que el programa de la seguridad del paciente se encuentra dentro de la Dirección General de Salud y Protección del Consumidor; d) asegurar que las directivas y recomendaciones de la Unión Europea (UE) relacionadas con los productos médicos tienen en consideración la seguridad del paciente; e) favorecer el desarrollo de estándares internacionales aplicables a la tecnología médica, y f) asegurar que los marcos reguladores de la UE mantienen la privacidad y confidencialidad de los pacientes, a la vez que permiten a los profesionales el acceso a la información necesaria.

Desde 2004, el Ministerio de la Protección Social de Colombia tomó la decisión de impulsar el tema de los eventos adversos trazadores, como se le llamó en ese momento; En diciembre de 2007, publicó el libro: “Herramientas para promover la estrategia de la

seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”, en el cual se recogen algunos de los avances más notables y se da una visión panorámica de los aspectos conceptuales y técnicos involucrados en esta materia. También ofrece herramientas prácticas a las cuales puede acceder el profesional de la salud involucrado en los temas de seguridad del paciente. Con el trabajo desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia ha logrado en el despliegue de la estrategia de seguridad del paciente, reporte de eventos adversos de las instituciones de salud colombianas, la formulación de la política de seguridad del paciente, emisión de los documentos técnicos que hacen parte de la Guía Técnica para las Buenas Prácticas en la atención en salud y los paquetes instruccionales.

De igual manera Colombia participó en el estudio IBEAS, el cual se trata de un estudio multicéntrico internacional en el cual participaron cinco países latinoamericanos: Argentina, Costa Rica, México, Perú y Colombia, con el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud a través de la alianza mundial por la seguridad del paciente y con el apoyo técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo de España quien aportó el equipo técnico internacional. Dentro de este estudio, el país seleccionó doce instituciones públicas y privadas, acreditadas, y otras en preparación para la acreditación, distribuidas en diferentes regiones del país, con el fin de realizar un diagnóstico del comportamiento del problema de seguridad del paciente en Colombia. En este sentido, en el mundo se han realizado varios estudios que buscan evaluar la frecuencia de los eventos adversos. Los resultados de estos han evidenciado cifras que han llevado a que la seguridad de la atención clínica sea aceptada universalmente como piedra angular de la salud, ya que esta situación afecta a los usuarios que asisten diariamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud en busca de un mejoramiento de sus condiciones físicas o mentales debido a que están expuestas al riesgo de sufrir una lesión o muerte por causa de un error médico o en la prestación del servicio.

3. CONCEPTOS HOMOLOGADOS

El uso adecuado de la terminología para el diseño, gestión e implementación del Programa Institucional, es de vital importancia ya que de ésta dependerá la adherencia y uso del programa como la homologación para los colaboradores, para esto se han sido tomados en cuenta los siguientes conceptos:

Acción correctiva: acción que elimina la causa de un evento adverso u otra situación no deseada, la cual debe ser tomada con el fin de prevenir la recurrencia del evento adverso.

Acción insegura: conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo.

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

Código Verde: Denominación institucional a los Eventos adversos.

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.

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 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.

Protocolo de Londres: Protocolo para investigación y análisis de incidentes clínicos basados en el modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos.

Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

Seguridad del paciente: Ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud recibida, es consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales.

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.

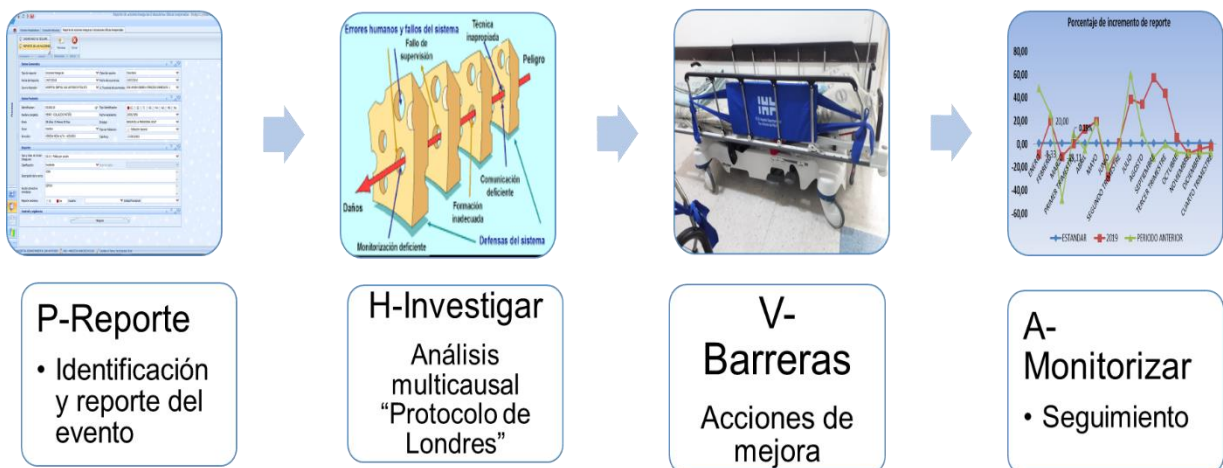
4. GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Para la gestión de los sucesos de seguridad dentro del Hospital se ha considerado como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones encaminadas a identificar y analizar los sucesos inseguros que puedan causar daño en el paciente durante el proceso de atención, con el único fin de prevenir las causas y mitigar las consecuencias.

REPORTE DE SUCESOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente es una prioridad en nuestra institución por lo que favorecemos la identificación de acciones inseguras, incidentes, CODIGOS VERDES o complicaciones reportadas por el equipo de salud, una vez identificado el evento se procede a reportar, actualmente se tienen establecidos los siguientes canales de comunicación para el reporte,

- Formato de Reporte Institucional de Evento Adverso o Código Verde
- Correo electrónico auditcalidad@hospitalpitalito.gov.co
- Línea telefónica ext. 108
- Búsqueda activa (rondas diarias por los servicios)
- Sistema INDIGO reporte de acciones inseguras

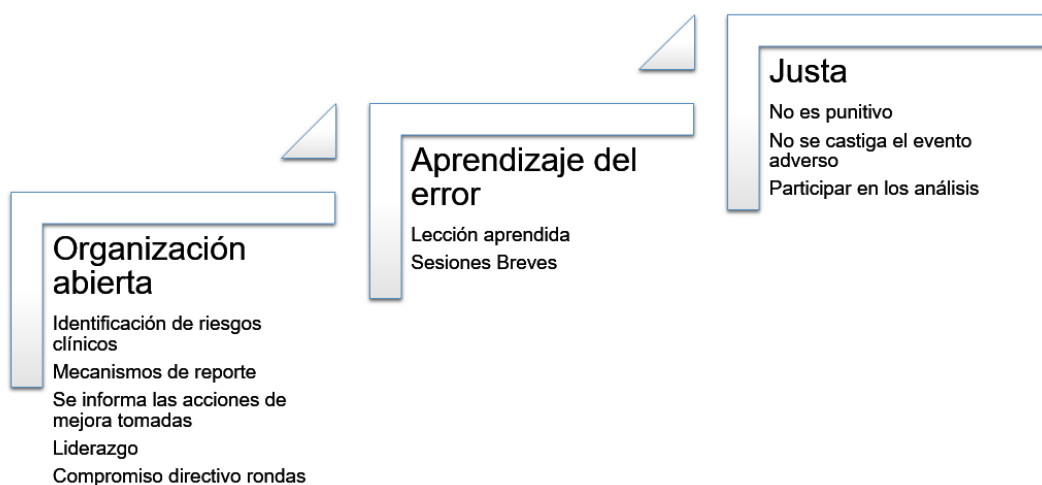


USO DE LA HERRAMIENTA DE GESTIÓN CON APLICACIÓN DE PROTOCOLO DE LONDRES

El propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los sucesos de seguridad, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa ya que se busca alinearlos a los lineamientos institucionales de gestión del riesgo clínico y cultura de seguridad. Por tal motivo se hará uso de metodologías donde el protocolo de Londres cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los ámbitos directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras, de diversa índole. Así mismo se tendrá en cuenta las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo físico, natural, acción humana, tecnológico y control administrativo. Durante el análisis de un suceso de seguridad, cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizaciones.

CULTURA DE SEGURIDAD: Cultura no punitiva en la que existe un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad, y por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, y que cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabiliza



Cultura de seguridad







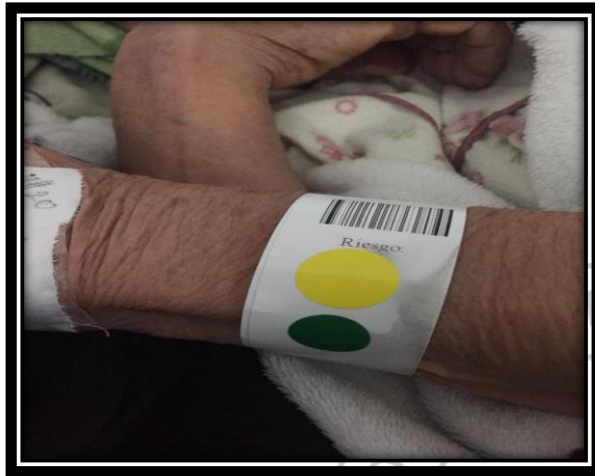
4.1 Acciones para disminuir riesgos

Desde gestión del riesgo en la práctica de identificación del paciente en 2019 se implementa como barrera: la manilla, el tablero, comunicación cruzada con el paciente, identificación de riesgos con semaforización, se priorizaron los riesgos (caídas, alergias, fugas, úlceras por presión y pacientes sospechosos de COVID), con la participación del área de admisiones favoreciendo a la reducción de riesgos clínicos; se tienen en cuenta los tres identificadores inequívocos (nombres y apellidos completos, documento de identidad), datos que se corroboran a través de la identificación redundante, con preguntas orientadoras que el colaborador realiza al paciente desde el ingreso y antes de cualquier tipo de atención. Dichas intervenciones están articuladas a la implementación del paquete instruccional “asegurar correcta identificación del paciente en procesos asistenciales” como parte de las buenas prácticas de seguridad. Existe un seguimiento en los servicios donde se incluye la medición de la adherencia a los correctos de identificación, mediante la ronda de seguridad en el año 2018 se obtuvo un (70%) de adherencia a los parámetros evaluados y en el año 2019 (84%), lo que refleja una tendencia en aumento como la apropiación por parte del personal en estas medidas.



	JESUS DANIL JOVEN CLAROS		Riesgo.
	Identificación: 1080932542 Edad: 28 Años Fecha Ingreso: 03/03/2014 09:48:51 a.m.		

COLOR	RIESGO	STIKER
Rojo	Riesgo de Alergia o reacciones secundarias a Medicamentos.	
Verde	Riesgo de Caída	
Naranja	Paciente Siquiátrico/Fuga	
Amarillo	Riesgo de Úlcera por Presión UPP	



E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO

Te atendemos con el Corazón

NOMBRES Y APELLIDOS

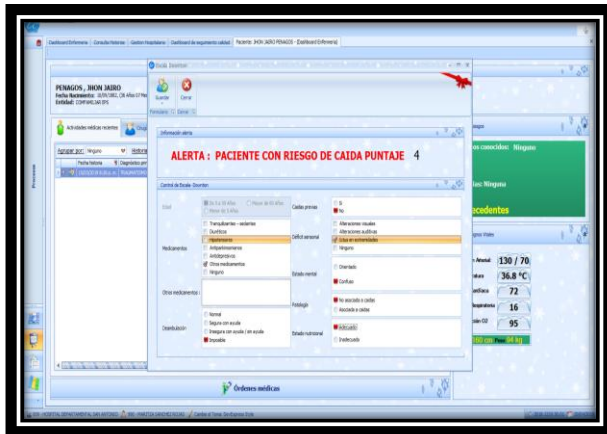
DOC. IDENTIDAD **EDAD** **EPS**

CAIDAS: (ESCALA DE DOWNTON) **UPP: (ESCALA DE BRADEN)**

BAJO MEDIO ALTO ALTO MODERADO BAJO

ALERGIAS: SI **NO** **CUAL:** _____

ESPECIALIDAD TRATANTE



Articulación Eje de Gestión de la Tecnología

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, en el desarrollo de sus Políticas de Calidad de la Atención en Materia de Prestación de Servicios de Salud, de Seguridad del Paciente, de Humanización y en concordancia con los programas transversales con enfoque en Acreditación; realizó la inversión de \$1.536 millones aproximadamente en Dotación de Equipos Biomédicos y Mobiliario, cuya sumatoria fue de 233 clasificados en 45 ítems diferentes. Entre los principales Equipos, podemos citar: 1 Balanza para uso donación de sangre, 47 Camas Eléctricas Stryker, 22 Camillas Stryker de transporte para traslado de pacientes, 2 Carros de Anestesia, 7 Carros de medicamentos, 2 Desfibriladores Mindray, 3 Desfibriladores DEA Mindray, 1 Ecógrafo Estacionario Mindray, 1 Incubadora de transporte Medix, 4 Monitores de Signos Vitales Mindray, entre otros.



Además se realizó cambio de tecnología de las bombas de infusión la cual incluye una amplia variedad de funciones aptas para el tratamiento farmacológico, (por ejemplo, una pantalla nítida de gran tamaño, una interfaz de usuario intuitiva y un amplio conjunto de sistemas de infusión específicos). La monitorización de la presión en la línea mejora la

detección temprana de oclusiones, al reducir el tiempo de alarma, y puede ayudar a reducir la medicación sub-terapéutica y el riesgo de complicaciones I.V. tales como la extravasación o infiltración.



Unidad de Imagenología



Laboratorio Clínico



Tomografía Axial Computarizada (TAC)



Unidad de Imagenología



Servicio de Resonancia Magnética Nuclear



Servicio de Resonancia Magnética Nuclear

4.2. Política de Seguridad del Paciente

Documentación	Versión 1	Versión 2	Versión 3	Versión 4
Política de seguridad	2010	2013	2018	2020
Programa de seguridad	2014	2016	2019	2020
Formato de reporte y análisis de eventos adversos	2015	2018	2019	
Rondas de seguridad	2013	2018	2020	
Protocolos asistenciales	2008	2013	2016	2019

Se define que al interior de la institución se contemplan lineamientos de las buenas prácticas, reducir el riesgo y aprender del error. Para dar cumplimiento a las lineamientos internacionales, las políticas nacionales y Departamentales en seguridad del paciente, La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito 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, comprometiéndose con una línea de acción para la seguridad de la atención en salud, que se enmarca en el política institucional reglamentada mediante la Resolución N° 125 de Julio de 2018.

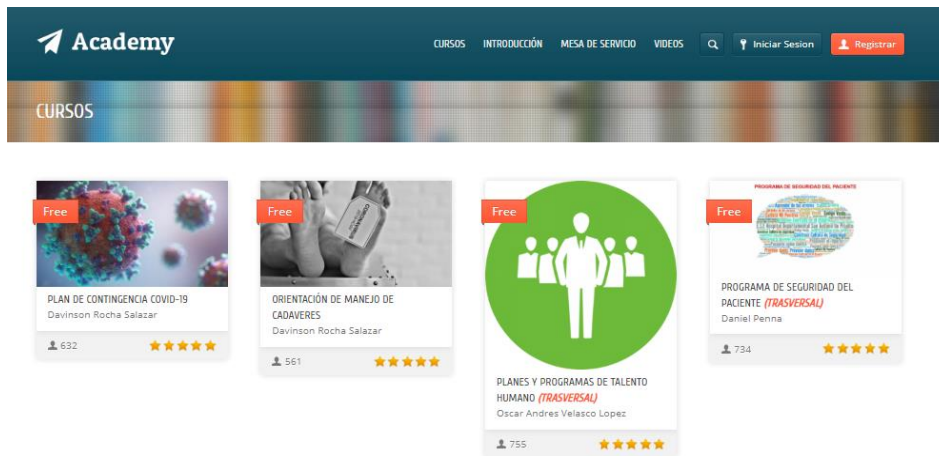
DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

La ESE Hospital Departamental San Antonio se compromete a prestar una atención segura basada en la identificación y gestión del riesgo, logrando una transformación de la cultura de seguridad e implementación de las buenas prácticas, involucrando al paciente, su familia y colaboradores, para prevenir y reducir la aparición de eventos adversos, incidentes que afecten su salud.

Despliegue de la Política de Seguridad



Fuente: Evidencia fotográfica capacitación en Política y Programa de Seguridad 2018



Fuente: Plataforma e-learning 2019

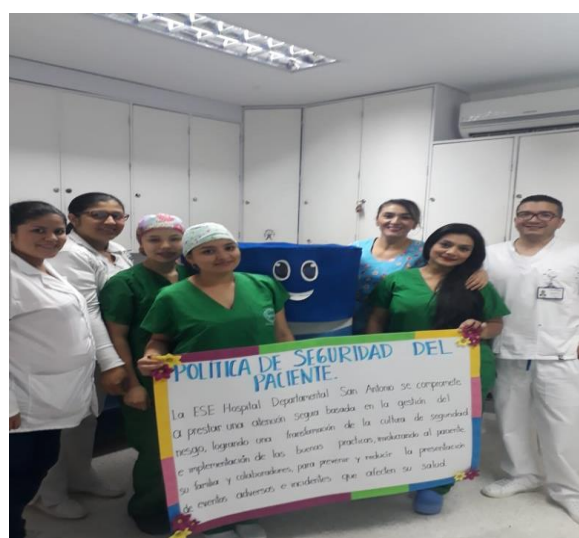
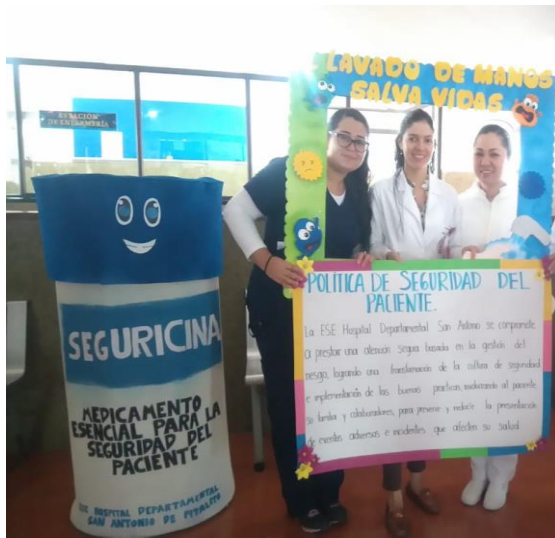
4.3. Modelo de Gestión de Seguridad del Paciente

El “Modelo de gestión de seguridad del paciente”, el cual representa gráficamente la forma como se operativiza la política de gestión desde la identificación de riesgos clínicos, el uso de herramientas duras para el análisis, seguimiento y clasificación hasta aplicación de herramientas blandas que fomentan la cultura de seguridad donde participa el paciente y su familia, personal en formación y demás colaboradores del Hospital.



4.4. Fortaleciendo el conocimiento en Seguridad del Paciente

El despliegue del Eje de Seguridad del Paciente se realizó el 18 de Junio de 2019, iniciando desde las 6 a.m. logrando la participación del personal asistencial del turno de la noche, mañana y tarde. Se efectuó la socialización de la Política de Seguridad del Paciente. Una de las estrategias del despliegue fue el uso de la “**SEGURICINA**”, medicamento esencial para la seguridad del paciente, indicado para todo el personal asistencial y administrativo de la E.S.E comprometido con la seguridad de sus pacientes. De otra parte en forma simbólica cada participante en una píldora registró su compromiso con la seguridad del paciente. En el stand, se pudo contar con juegos de tiro al blanco con las metas internacionales de seguridad del paciente, juego de rana y dados para la explicación de los momentos del lavado de manos y reconocimiento del evento adverso. En la mañana y tarde se realizó el baile de lavado de manos y coplas acerca de la seguridad de los pacientes.



Fuente de información: Evidencia fotográfica del despliegue eje de seguridad del paciente 18 junio 2019

- **Celebración día mundial de Seguridad del Paciente 2019**

Se realizó la celebración del día mundial de la seguridad del paciente el 17 de septiembre de 2019, con el objetivo de fortalecer las prácticas seguras, haciendo énfasis en las metas internacionales de seguridad del paciente, a través de diversas actividades, para esto se diseñó un plegable y un stand. La institución tiene claridad que la columna vertebral son los usuarios y sus acompañantes (familiares), tal como lo concibe el Plan de Gestión “**Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana 2016-2020**”, cuyo despliegue se encuentra detallado en el desarrollo del Eje de Seguridad del Paciente, la Política, su programa, plan de acción y respectivos indicadores.

REGISTRO FOTOGRÁFICO



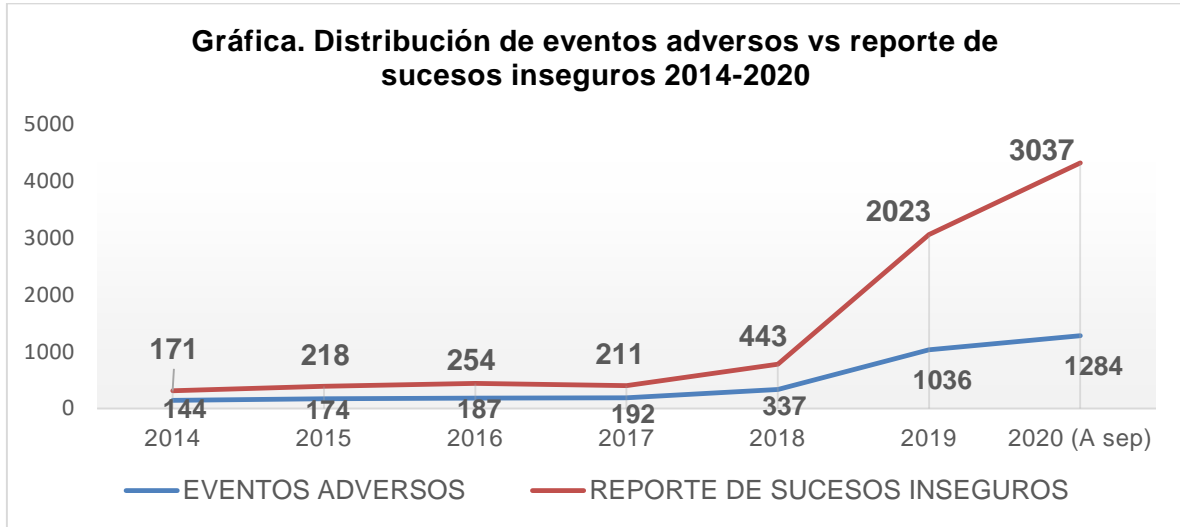
Fuente de información: Evidencia fotográfica día mundial de la seguridad del paciente 2019

Celebración día mundial de Seguridad del Paciente 2020

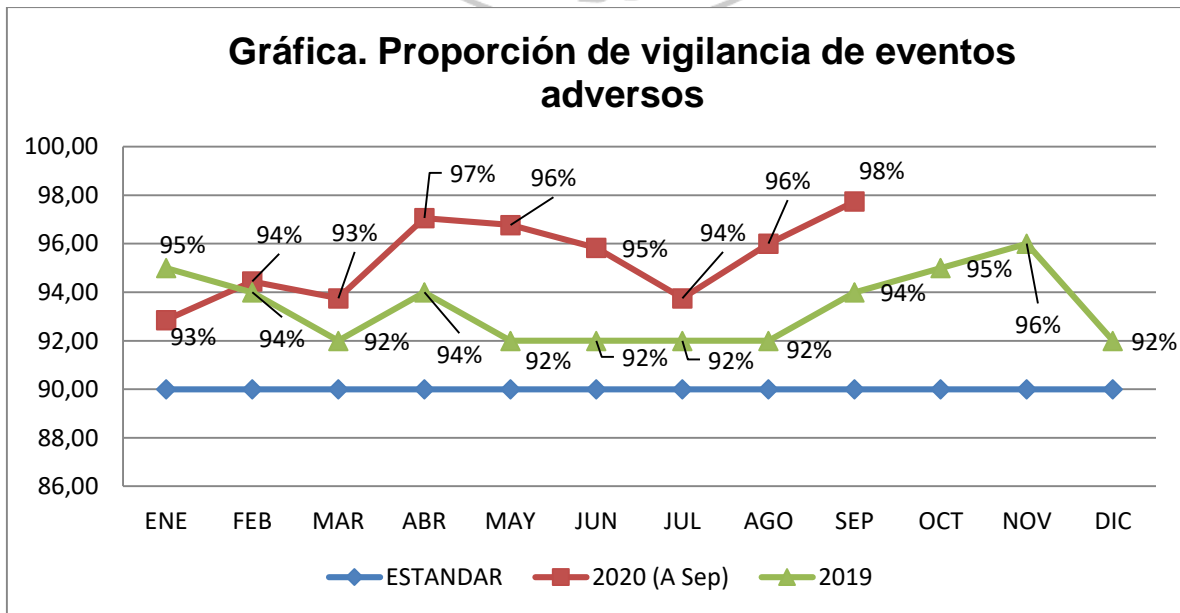


Fuente de información: Evidencia fotográfica día mundial de la seguridad del paciente 2020

5. Resultados de Seguridad del Paciente



En la gráfica se puede evidenciar una tendencia positiva de número total de reportes, dado estrategias de entrenamiento y búsqueda activa en los servicios, lo cual permite un mejoramiento organizacional y una cultura de seguridad



En cuanto a la proporción de vigilancia de eventos adversos se encuentra en un 95 % con un estándar meta >90%, lo cual evidencia su gestión en el cierre del ciclo de mejora.

Logros de la Seguridad del Paciente:

- Es el Eje Principal del Plan de Gestión “**Desarrollo y Transformación Hospitalaria Con Gestión Humana**” 2020-2024 de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.
- Talento Humano Capacitado e idóneo para el manejo, lo cual ha permitido hacer una gestión efectiva de la pandemia, logrando seguridad en la atención del Hospital, cumplimiento con protocolos, uso eficiente y adecuado de los Elementos de Protección Personal (EPP), basado en evidencia científica, lo cual disminuye el riesgo en la atención de los pacientes.
- El fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que evidencia el aprendizaje del error en participación de los colaboradores con el aumento de la cultura de Reporte de sucesos de seguridad.

Es de vital importancia contar con el apoyo y participación como siempre lo han hecho por parte de los Honorables Miembros de nuestra Junta Directiva, al igual que las entidades que nos apoyan en sus diferentes roles, a los proveedores, contratistas, a todos nuestros servidores, a nuestros usuarios y familiares, y demás grupos de valor para realizar el trabajo mancomunado que se requiere en nuestro proceso de la Acreditación Institucional, en donde la seguridad del paciente es un eje transversal a todos los procesos de la institución.

DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente