RESOLUCION No. 0574 **DE 2023**

29 DIC 2023

POR MEDIO DE LA CUAL SE ACTUALIZA LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, SE MODIFICA LA RESOLUCIÓN No. 0555 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2022 Y SE DEROGAN LAS RESOLUCIONES 0198 DEL 9 DE ABRIL DE 2018 Y 0588 DEL 11 DE OCTUBRE DE 2019.

LA GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E, en uso de sus atribuciones legales y estatutarias establecidas en el Acuerdo No. 02 de 2004, por medio del cual se deroga el Acuerdo número 08 de 1995 y se actualiza la estructura jurídica administrativa del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, delegada en virtud de la Resolución No. 0546 del 26 de diciembre de 2023, y

CONSIDERANDO:

Que conforme a los Artículos 194 y 195 de la Ley 100 de 1993, la prestación de los servicios de salud a cargo de la Nación o de las Entidades Territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, como entidades públicas descentralizadas, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, regidas contractualmente por las normas de derecho privado, con la posibilidad de utilizar de manera discrecional, las cláusulas exorbitantes establecidas en el Estatuto General de Contratación Pública.

Que por medio del Acuerdo 08 de 1995, el concejo Municipal de Popayán transformó al Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado, cumpliendo con lo establecido en la Ley 100 de 1993, Acuerdo que fuera derogado expresamente por el Acuerdo 02 de 04 de febrero del 2004 y con el cual se actualizó la estructura jurídico - administrativa de la Institución.

Que el Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado, tiene por objeto la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad, entendido como un servicio público a cargo del Estado y como parte integral del Sistema de Seguridad Social en Salud,

Continuación Resolución No. 0574

acorde con lo consagrado en la Ley 100 de 1993, el Decreto Reglamentario Numero 1876 de 1994 y el Acuerdo 02 de 2004 del Concejo Municipal de Popayán.

Que el Decreto 1011 de 2006, estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, (S.O.G.C.S) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con sus 4 grandes componentes (Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Acreditación, Sistema de Información), cuyas disposiciones son de obligatoria aplicación, entre otras, en todas las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud.

Que el Artículo 3 del Decreto 1011 de 2006, estableció las características del sistema obligatorio de garantía de la calidad y dispuso que las acciones que desarrolle el SOGCS a orientar 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, sólo constituyen pre requisito para alcanzar los mencionados resultados.

Que el Ministerio de Salud y de la Protección Social, mediante el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, impulsa el seguimiento a los eventos adversos.

Que el decreto 1011 de 2006, fue compilado en el decreto 780 de 2016, por medio del cual se expidió el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, norma del orden nacional que se encuentra vigente.

El decreto precitado en su proveído 6, estatuyó el **SISTEMA ÚNICO DE HABLITACIÓN**, definiéndolo como: (…)*"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 son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB"(…),* norma que fue derogada por el artículo 13 del Decreto Nacional 903 de 2014, a su vez derogado por el Decreto 780 de 2016, no obstante, entendiéndose que las disposiciones del Decreto 1011 de 2006 se mantienen vigentes, al haber sido incorporadas en el Decreto 780 de 2016.

Que mediante la Resolución 2003 de 2014 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios

Continuación Resolución No. 0574

de Salud y de habilitación de servicios de salud, cuyos estándares buscan de igual forma atender la seguridad del paciente, entendida como 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.

Que mediante la Resolución 3100 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, en sus estándares busca de igual forma, atender la seguridad del paciente, entendida como 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.

En el estándar de procesos prioritarios, el prestador de servicios de salud cuenta con una política de seguridad del paciente acorde con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, realiza actividades encaminadas a gestionar la seguridad del paciente, cuenta con un comité o instancia que orienta y promueve la política de seguridad del paciente, el control de infecciones y la optimización del uso de antibióticos, cuando los prescriba o administre, además se adopta y realiza las siguientes prácticas seguras: Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales, gestionar y desarrollar una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes incluyendo enfoques diferenciales, detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud, detectar, analizar y gestionar eventos adversos, garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado, mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, prevenir y reducir la frecuencia de caídas, garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido, prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea, prevenir úlceras por presión, mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, se promueve la cultura de seguridad del paciente que involucra a todo el personal de manera sistemática, con un enfoque educativo no punitivo mediante capacitación del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención, con actividades donde se ilustra al paciente y sus allegados en el autocuidado de su seguridad.

Que mediante el Decreto 4725 de 2005, *"Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano"*, junto con la Resolución 4816 de 2008, "*Por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecnovigilancia"* y la Resolución 5521 de 2013 en el cual usa el término *Tecnología en Salud*,

Continuación Resolución No. 0574

dentro de la política y el programa del Hospital, se incluyen a los referentes de las tecnologías tipo fármacos, tecnología biomédica, tecnología de reuso, tecnología tipo hemo componentes, reactivos y los tejidos biológicos como parte de la Biovigilancia.

Que mediante la Resolución Número 123 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se actualizaron y unificaron los Manuales de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ambulatorios y Hospitalarios, a su vez, el Manual de Estándares de Acreditación para las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ambulatorios y Hospitalarios, incorpora un nuevo grupo de estándares de apoyo y dos subgrupos de corte asistencial que enmarcan la Seguridad del paciente. Asimismo, los estándares de mejoramiento se convierten en un grupo que interactúa tanto con los estándares asistenciales, como con los de apoyo, con el propósito de incrementar su enfoque sistémico e integral y su impacto en la cultura de calidad y seguridad del paciente.

Que el Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado, en su visión contempla el proceso de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud, por lo cual adopta las buenas prácticas de todos los paquetes instruccionales que promueve el Ministerio de Salud y Protección Social, ubicándolos en las siete metas internacionales, como lo menciona en las barreras de seguridad definidas por cada paquete.

Los paquetes instruccionales específicos como: Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares, reducir el riesgo de la atención del paciente crítico, reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental, garantizar la atención segura del binomio madre – hijo, reducir el riesgo de la atención en urgencias pediátricas, están incluidos en la política y su programa, cuando el Comité de Seguridad del Paciente aprueba la articulación de los paquetes en dichas poblaciones dentro de la aplicación de las siete metas, enfatizando en minimizar los eventos centinela, los eventos moderados con la implementación de las barreras que aplican según las patologías más frecuentes en dichas poblaciones.

Que el Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado, a través de la Gerencia y del Talento Humano ha decidido de manera voluntaria implementar el Proceso de Acreditación de instituciones prestadoras de servicios de Salud, en concordancia con los contenidos de la Resolución 123 del año 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, para poder asumir un juicio objetivo del desempeño de la organización y su compromiso con los procesos de Calidad.

Continuación Resolución No. 0574

Que mediante la Resolución 256 de 2016 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, mediante el cual se impulsa el seguimiento de eventos adversos trazadores.

A su vez, la precitada resolución conceptúa que un evento adverso, es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño y un incidente, es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

Que mediante la Resolución Número 0362 del 01 de Agosto de 2008, el Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado adoptó la Política de Seguridad del Paciente, estatuyéndola como de Obligatorio cumplimiento en la Institución.

Que mediante la Resolución Número 0393 del 19 de Junio de 2013, se actualizó la Política de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado, contenida en la Resolución Número 0362 del 01 de Agosto de 2008, en cuanto a los lineamientos para su implementación en la entidad.

Que mediante la Resolución Número 0173 del 01 de Abril de 2015, se actualizó la Política de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado, contenida en la Resolución Número 0393 del 19 de Junio de 2013, en cuanto a los lineamientos para su implementación en la entidad y a su vez, actualizó los procesos de vigilancia a los eventos adversos para aplicar a la acreditación en salud y los mecanismos para la aplicación de la estrategia de seguridad del paciente en la Institución, derogando lo dispuesto en la resolución 0393 del 19 de Junio de 2013.

Que mediante Resolución 0197 del 09 de abril 2018, el Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado, aprobó la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en la entidad, estatuyéndolo como de obligatorio cumplimiento en la Institución Hospitalaria.

Que mediante Resolución 0198 del 09 de abril de 2018, la Política de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado, contenida la Resolución Número 0173 del 01 de Abril de 2015, en cuanto a su definición, objetivos, principios, alcance, normatividad vigente, homologación de términos de seguridad del paciente, reporte institucional

Continuación Resolución No. 0574

de fallas, entre otros aspectos que hacen parte integral de la misma, derogando lo dispuesto en la Resolución Número 0173 del 01 de Abril de 2015.

Que mediante Resolución 0588 del 11 de octubre de 2019, se actualizó la Política de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado, contenida en la Resolución Número 0198 del 09 de abril de 2018, en cuanto a los lineamientos de la misma, para desarrollar acciones encaminadas a minimizar los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios de salud.

Que en vista de lo expresado, resulta necesario actualizar los Objetivos de la Política de Seguridad del Paciente, sus principios, la Homologación de términos de la seguridad del paciente, el Equipo Referente en Seguridad del Paciente, el Reporte institucional de fallas en la atención en salud, modificar la Constitución del Comité de Seguridad del Paciente de la Institución, realizar el seguimiento a Comités de Vigilancia Institucional, Mecanismos de difusión, capacitación y entrenamiento, Metodologías para la evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos adversos, Cultura de seguridad, Manejo del Paciente que sufre un evento adverso, promoción de acciones inter-institucionales que propenden por fortalecer la Política Institucional de Seguridad del Paciente, manejo del entorno legal, promoción de incentivos para la seguridad del paciente, garantizar la confidencialidad de los análisis, Integración con otras políticas, construir alianza con el paciente y la familia, definición de recursos para la aplicación de la política, lineamientos según las metas internacionales de seguridad del paciente, lineamientos según equipos de gestión Institucional para la seguridad del paciente, Indicadores para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado, atendiendo a los criterios que demanda el proceso de acreditación que voluntariamente a asumido la Institución.

En merito a lo expuesto

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: ACTUALIZAR la **POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE** del Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado, la cual quedará conformada y definida en todos sus ejes, teniendo en cuenta las razones expuestas en la parte motiva de la presente resolución, de la siguiente manera:

Continuación Resolución No. 0574

1. Objetivo General de la Política: Generar cultura de seguridad del paciente justa, educativa, responsable, no punitiva, de manera sistémica, mediante la implementación de prácticas seguras, así como con la identificación, análisis y aprendizaje del error.

Objetivos específicos de la política de seguridad del paciente:

1. Formar y motivar al personal para la seguridad del paciente.
2. Disponer de un entorno seguro en el proceso de atención, mediante acciones articuladas entre los procesos asistenciales y administrativos.
3. Cumplir las barreras de seguridad determinadas, según los paquetes instruccionales.
4. Reducir la ocurrencia de eventos adversos, detectando y aprendiendo de los incidentes.
5. Aplicar las barreras de seguridad como aprendizaje del error reconocido, hacia el reto mundial de cero eventos centinela.

Alcance: La Política de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario San José E.S.E, aplica para todos los procesos misionales y de apoyo de la Institución. Corresponde a cada uno de los integrantes de la organización, la promoción y la implementación de la política durante todo el ciclo de atención de los pacientes, desde el acceso, hasta el egreso, garantizando una atención segura dentro de la prestación del servicio.

2. Principios de la Política:

- Enfoque de atención centrado en el usuario: Eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
- Cultura de Seguridad: Es deber de los diferentes actores del sistema, facilitar las condiciones, permitiendo un ambiente de confidencialidad, confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad.
- Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud: La Política de Seguridad del Paciente, es transversal a todos los componentes.
- Multicausalidad: El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico, no individual. No se busca el culpable, se buscan las múltiples causas.
- Validez: Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- Alianza con el paciente y su familia: La Política de Seguridad del Paciente, debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en las acciones de mejora.
- Alianza con el profesional de la salud: Los profesionales de la salud, reconocerán la política con carácter ético y participarán activamente, procurando defender los señalamientos injustificados.

Continuación Resolución No. 0574

3. Homologación de términos de la Seguridad del Paciente: A continuación, se incluyen las definiciones relacionadas con los diferentes ítems planteados y utilizados en la Política de Seguridad del Paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Integra la terminología internacional, con las especificidades de los requerimientos de conceptos identificados en el país.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Es el uso de un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, para minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

ATENCIÓN EN SALUD: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones, para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

RIESGO: Es la posibilidad de presentarse un RESULTADO INDESEABLE durante la atención en salud. En seguridad del paciente, ese resultado indeseable puede ser un incidente o un evento adverso.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: Un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar sobre el incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso, durante la atención del paciente.

FALLA DURANTE LA CAUSALIDAD DE EVENTOS ADVERSOS: Error durante la atención, detectado antes de que se materialice como daño en el paciente. Durante la causalidad de eventos adversos, se presentan dos tipos de fallas, las activas y las latentes.

FALLAS ACTIVAS: Por definición son no intencionales, relacionadas con el personal asistencial que tenga contacto con el paciente, tales como médicos, enfermeras, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, personal de procesos de apoyo, cuando están ejecutando el plan y tratamiento del paciente, son por definición, errores detectados antes de que se materialicen como daño en el paciente. Existen dos tipos de Fallas activas: **FALLA ACTIVA DE ACCIÓN**: Corresponde al error detectado, cuando se hace de manera incorrecta la acción segura. **FALLA ACTIVA DE OMISIÓN**: Es el error detectado, cuando no se realiza la acción segura.

Continuación Resolución No. 0574

FALLAS LATENTES: Igualmente son errores no intencionales, son realizadas por el personal administrativo de la Institución, durante las decisiones gerenciales y la organización de los procesos, durante la transformación cultural.

INCIDENTE: Los incidentes son por definición no intencionales. Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia, se incorporan fallas en el proceso de atención. No se presenta el daño en el paciente, por situaciones del azar, o por intervención del personal asistencial, que corrige las fallas. No causa síntomas ni signos en el paciente.

EVENTO ADVERSO: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional, produjo daño en el paciente. 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 LAS BARRERAS DE SEGURIDAD, a través de acciones seguras en el cuidado asistencial.

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del CUMPLIMIENTO DE LAS BARRERAS DE SEGURIDAD, durante el cuidado asistencial.

TIPO DE EVENTOS ADVERSOS SEGÚN LOS RESULTADOS EN EL PACIENTE:

EVENTO ADVERSO GRAVE O CENTINELA: El resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor; acorta la esperanza de vida, o bien, causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración. Puede causar la muerte de la persona o propiciarla a corto plazo.

EVENTO ADVERSO MODERADO: El resultado para el paciente es sintomático. Por los signos y síntomas moderados que se presentan en el paciente, se requiere intervención clínica como una mayor estancia hospitalaria o una intervención quirúrgica. También se presenta cuando se daña un órgano diferente a la cirugía y se detecta en una cirugía posterior.

EVENTO ADVERSO LEVE: El resultado para el paciente es sintomático. Por los signos y síntomas leves que se presentan en el paciente, se indican cuidados básicos adicionales a lo

Continuación Resolución No. 0574

programado. Por ejemplo, observar más estrechamente, solicitar pruebas, llevar a cabo un examen o administrar un tratamiento de poca duración.

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, DELITO DURANTE LA ATENCION DEL PACIENTE: 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. Se convierte en un delito durante la atención del paciente, cuando consciente y voluntariamente no realiza las barreras de seguridad durante la atención. Este tipo de acciones tienen una ruta Institucional. Una vez detectada, se informa al usuario interno, se reeduca, se realiza adherencia junto con la asociación gremial, o su jefe inmediato. En caso de persistir en la desviación deliberada, se comparten las evidencias de la situación, junto con la adherencia para el respectivo proceso por la asociación gremial ante el plan único de mejoramiento del proceso de aseguramiento de calidad.

BARRERAS DE SEGURIDAD: Son buenas prácticas aplicadas por el personal asistencial, administrativo, durante el proceso de atención. Esas prácticas, se determinan en la Institución, en acuerdo con el equipo de trabajo, adoptándolas a través de procedimientos respaldados bajo la evidencia científica comprobada. Al aplicarlas, se reduce el riesgo a que se ve expuesto el paciente, evitando el 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 aprender de las fallas, los errores, y en el futuro aplicar dicho aprendizaje para prevenir o mitigar sus consecuencias.

ACCIONES OBTENIDAS DESPUES DE GESTIONAR EL RIESGO: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en los procesos de atención del Hospital, para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas. Son proactivas cuando el equipo de trabajo ha identificado, analizado, evaluado y tratado los riesgos previamente al resultado indeseado. Mientras que las acciones reactivas, son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo del análisis causa raíz, o del protocolo de Londres.

Continuación Resolución No. 0574

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. Debe omitirse la determinación de la causa del evento hacia el individuo. Los eventos adversos se producen por efecto multicausal o por errores múltiples en el sistema. Este concepto, permite determinar la política con carácter NO PUNITIVO.

Cuando durante la prestación del servicio detectemos un indicio de atención insegura, es conveniente determinar si se dio la atención insegura, al confirmarla, se valora en el paciente si hubo lesión o daño no intencional, si este se confirma, se produjo un EVENTO ADVERSO PREVENIBLE. En el caso de detectar la acción insegura, sin existir lesión en el paciente, se presentó un CUASI EVENTO o INCIDENTE, que no terminó en evento, dadas las diferentes situaciones como el azar, o la corrección de la acción insegura por el personal asistencial, evitando el evento adverso.

La otra situación, cuando se encuentra una lesión o daño en el paciente, durante la prestación del servicio, y confirmamos que no se presentó acción insegura, es decir se cumplieron las barreras de seguridad para brindar atención segura, debemos determinar si la lesión del paciente es secundaria a la evolución de su patología, lo cual corresponde a una COMPLICACIÓN. En caso de determinar que la lesión del paciente no se relaciona con la evolución de su patología, y existe la evidencia del cumplimiento de todas las barreras de seguridad con las acciones seguras por parte del personal asistencial, se trata de un evento adverso NO PREVENIBLE.

4. Equipo Referente en Seguridad del Paciente: Conjunto de personal que pertenece al proceso de Aseguramiento de Calidad. Son profesionales unidos al direccionamiento estratégico, la misión, visión y los objetivos estratégicos, promoviendo la aplicación de la seguridad del paciente en todos los niveles de mejoramiento Institucional. Los coordinadores médicos y los líderes de enfermería, distribuidos en los procesos del Hospital, son multiplicadores de la política y el programa, promoviendo la aplicación a nivel operativo Institucional.

5. Reporte institucional de eventos, incidentes y fallas en la atención en salud: Se cuenta con una plataforma en la intranet para la gestión de eventos adversos, incidentes y fallas. Incluye un listado de eventos adversos, asociados a cada meta de la Política Institucional, a las tecnologías usadas, así como a la no adherencia a los protocolos, procedimientos o metas por parte del individuo. En caso de encontrar la no adherencia de manera repetitiva, se cuenta con la clasificación tipo violación. El equipo referente de seguridad, consolida la información de manera mensual por frecuencia de tipo de eventos clínicos, la cual se dispone en el drive de la intranet

Continuación Resolución No. 0574

para evaluación, análisis, socialización por cada proceso a través de la orientación dada por su coordinador y líder. Igualmente se socializa trimestralmente en el Comité de Seguridad y en el segundo nivel de mejoramiento para la posterior socialización en el primer nivel de mejoramiento. El diseño del reporte en la plataforma de la intranet, promueve la protección de la confidencialidad del análisis del reporte de eventos adversos, quienes han reportado pueden retroalimentarse del plan de mejora.

6. Mecanismos de difusión, capacitación y entrenamiento: El equipo referente de seguridad del paciente, a través de la inducción, reinducción institucional difunde, capacita y entrena a los colaboradores del hospital en seguridad del paciente. El hospital adopta los paquetes instruccionales del Ministerio, los cuales contienen las buenas prácticas según la medicina basada en la evidencia, consolida las barreras de seguridad, se socializan para implementar durante la prestación del servicio. El material educativo se encuentra en la intranet institucional en la carpeta de capacitación virtual. Incluye videos educativos para cada meta, así como un archivo con todas las barreras de seguridad consolidadas según los paquetes instruccionales, además se incluye el esquema del protocolo de Londres.

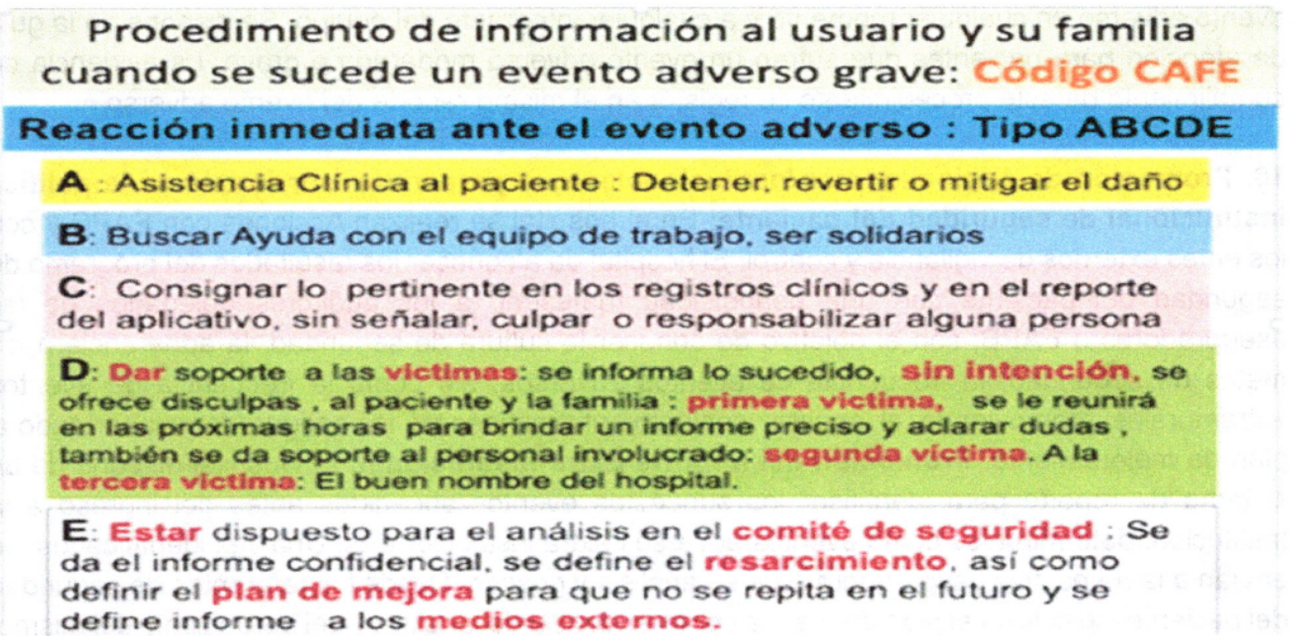
7. Metodologías para la evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos adversos: El equipo referente consolida la frecuencia de los eventos obtenidos a través del reporte de eventos clínicos realizados en la plataforma institucional de manera voluntaria y anónima, junto con los eventos reportados a través de la búsqueda activa durante el análisis de las historias clínicas evaluadas en la actividad de asignación de los eventos reportados, así como los reportes obtenidos de las situaciones inseguras encontradas durante las rondas diarias realizadas por el equipo referente. El equipo referente cuantifica la totalidad de los eventos tipo falla, incidente, y adversos, determinando la cantidad mensual, consolidando los datos de manera trimestral para la respectiva socialización y seguimiento por el comité de seguridad. La clasificación de los eventos permite igualmente determinar la frecuencia del evento mayormente afectado según las metas de seguridad del paciente.

8. Cultura de seguridad: En el hospital se promueve la cultura de prestar una atención sin daño o de mitigar el daño producido sin intención, compromiso definido en la política de seguridad del paciente. Para lograr esa trasformación cultural se capacita, entrena, orienta a todos los colaboradores asistenciales y administrativos, así como al paciente y sus acudientes y a los usuarios delegados de las EPS, en acciones, hábitos, estrategias, barreras de seguridad para aplicar durante la atención según las siete metas, adquiriendo el compromiso de liderar la seguridad y trabajar en equipo hacia el mismo objetivo. La cultura se mide mediante la realización

Continuación Resolución No. 0574

de una encuesta anual avalada a nivel internacional, aplicada a los trabajadores de la institución, administrativos y asistenciales, midiendo once dimensiones. Los resultados obtenidos se convierten en el mayor insumo para realizar un plan de trabajo enfocado hacia la trasformación cultural.

9. Manejo del Paciente que sufre un evento adverso: El programa de seguridad del paciente incluye la estrategia de CÓDIGO CAFÉ para aplicar cuando se presenta o sospecha un evento adverso.



En la imagen se observan las actividades a realizar según el código CAFÉ, expresadas en una nemotecnia ABCDE. Con este procedimiento se desea asistir clínicamente al paciente, buscar apoyo con el equipo de trabajo del proceso donde se vive el evento, así como los procesos que apoyan la asistencia del paciente. Recordar la característica de la seguridad del paciente de no buscar culpables, y por lo cual se requiere el registro en la historia clínica, de lo encontrado y trabajado clínicamente, evitando registros tipo juicios ante la primera, segunda o tercera víctima. Además, dar soporte a los tres tipos de víctimas. Finalmente estar dispuestos a realizar un buen análisis y plan dentro de un comité de seguridad del paciente.

Continuación Resolución No. 0574

La política y el programa promueven el auto- reporte, con el objetivo de reconocer el error presentado sin intención, permitiendo la corrección, o la mitigación del daño cuando se aplican

las barreras de seguridad no realizadas, o cuando se actúa inmediatamente ante el daño presentado.

El paciente y su familia serán atendidos por el equipo, con manifestaciones de solidaridad, comprensión, confidencialidad. Igualmente se promueve manifestaciones de acompañamiento, solidaridad hacia la segunda víctima (personal de salud), dado el contexto de presentarse un evento adverso en cualquier momento y a cualquier integrante del equipo. Se dispone de la guía de atención para pacientes que sufren un evento adverso moderado o grave. La evidencia de cumplimiento de este procedimiento se registra en el mismo reporte del evento adverso.

10. Promoción de Acciones inter-institucionales que propenden por fortalecer la política institucional de seguridad del paciente: En el hospital se realizan Acciones con EAPB y con los entes externos de vigilancia y control. El hospital da a conocer los resultados del programa de seguridad del paciente con una periodicidad trimestral, a los auditores delegados de las aseguradoras o EAPB, con el objetivo de conocer la cultura de seguridad, la adherencia a las metas de seguridad, la frecuencia de eventos adversos, así como la frecuencia de eventos extramurales, promoviendo el análisis conjunto entre el hospital, las aseguradoras aportando al plan de mejoramiento. **Promoción del Reporte Extra institucional:** El Hospital dispone de un sistema de reporte para identificar los supuestos eventos sucedidos antes del ingreso a la Institución, determinados como eventos adversos extra institucionales. Una vez identificados, se envían a la respectiva aseguradora para su análisis y gestión. Desde los referentes de seguridad del paciente, se solicita el plan de mejora como evidencia del análisis y del aprendizaje del mismo. De esta manera, se promueve la generación de acciones extra institucionales que potencien los esfuerzos intra institucionales.

11. Manejo del entorno legal: Se respeta el marco legal del país, cuando la acción insegura se deba a negligencia e imprudencia, o intención de hacer daño. Se protege al personal asistencial cuando de manera ética y responsable, cumple las barreras de seguridad en el proceso de atención, así como la asunción de mejorar en los procesos de atención ante las consecuencias de los eventos adversos, incluyendo el resarcimiento en caso de ser un evento adverso prevenible. Al interior de la institución se regula:

- Estimular el reporte, y sancionar administrativa y éticamente el no reporte.
- Sancionar la reincidencia en las mismas fallas de atención, sin acciones de mejoramiento.

Continuación Resolución No. 0574

- Proteger la confidencialidad del análisis del reporte de eventos adversos.
- Garantizar la confidencialidad del paciente y de la historia clínica.

12. Promoción de incentivos para la seguridad del paciente: Se incentiva al equipo que demuestre durante todo el año, el mejor cumplimiento de las barreras de seguridad del paciente, determinadas por la política institucional, en cada una de las metas. Para reconocer al equipo o proceso que más se adhiere a la seguridad del paciente, se tiene en cuenta los resultados de las rondas de seguridad del paciente, la creación de acciones trabajadas en equipo por procesos, favoreciendo el cumplimiento de buenas prácticas que impactan en la disminución de eventos adversos, además la cantidad de reportes por proceso tipo auto reportes o incidentes, evitando la ocurrencia del evento adverso, así como el esfuerzo hacia el objetivo mundial de cero eventos centinela o evitar la repetición del evento centinela. Para determinar la proporción de reportes por proceso, se tiene en cuenta la cantidad de colaboradores por proceso, correlacionando un reporte por cada colaborador cada mes, así como el aumento progresivo de incidentes con la disminución de los eventos adversos.

13. Garantizar la confidencialidad de los análisis: El aplicativo institucional requiere usuario y contraseña personal. Existe el reporte tipo anónimo. Los coordinadores y líderes de calidad, así como los referentes de seguridad del paciente, retroalimentan las mejoras después del análisis de los eventos, con el número asignado al evento, se omiten nombres específicos de los pacientes. Se buscan mejoras estandarizadas con impacto institucional o por procesos, evitando mejoras determinadas de manera específica por evento.

14. Integración con otras políticas: Orientados por los estándares del manual de la resolución 123 de 2012 que fue derogada por la Resolución 2082 de 2014 la cual mantuvo el anexo técnico de esta última que incorporó el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, como uno de los manuales de estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud, la política de seguridad del paciente se integra con las políticas de los otros ejes de acreditación como atención centrada en el usuario, humanización, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, responsabilidad social, favoreciendo la trasformación cultural.

Seguridad del paciente, participa en los comités de las tecnologías como el de Tecnovigilancia, Hemovigilancia, Farmacovigilancia, Gerencia de la información. Igualmente, en el Segundo nivel de Mejoramiento asistencial. Así mismo, integra acciones con la gerencia del Talento humano, dirigidas a nivel organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.

Continuación Resolución No. 0574

15. Construir alianza con el paciente y la familia: El Hospital promueve en el personal asistencial y administrativo, unir esfuerzos por la seguridad del paciente, con el mismo paciente

y sus acompañantes, teniendo en cuenta al paciente y acompañante como miembros activos en la seguridad del paciente. En cada acto que se realiza por el equipo asistencial, se debe realizar la estrategia SIEMPREEE SALUDAR (Saludar, identificarse con el cargo, hacer empatía, mencionar al paciente por el nombre, hablar pausado, con respeto, estar dispuesto a escuchar, explicar y educar) favoreciendo la comunicación efectiva, educando en la actividad que se está realizando durante la prestación del servicio. Así mismo se cuenta con carteleras alusivas y videos educativos en seguridad del paciente en puntos estratégicos de los ambientes hospitalarios.

16. Definición de recursos para la aplicación de la política: La gerencia y alta gerencia reciben información y necesidades obtenidas de la cultura de seguridad y de la aplicación de la política, a través del proceso de aseguramiento de la calidad, promoviendo la gestión de recursos hacia el mejoramiento de la aplicación de la política en el tercer nivel de mejoramiento. Igualmente las decisiones tomadas en el segundo nivel de mejoramiento por los integrantes ordenadores del gasto permiten el mejoramiento en la aplicación de la política.

17. Barreras de seguridad según las metas internacionales de seguridad del paciente: El Hospital se compromete con aplicar, evaluar y mejorar las buenas prácticas determinadas, según las metas internacionales de seguridad del paciente. La implementación se realiza por el personal del Hospital, según las barreras de seguridad determinadas en los paquetes instruccionales.

1. Identificación correcta del paciente:
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
- Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio.

2. Comunicación efectiva:
- Implementar equipos de respuesta rápida.
- Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas.
- Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.
- Prevenir el cansancio del personal de salud.
- Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado.
- Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes.

Continuación Resolución No. 0574

- Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.
- Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención.

3. Seguridad en la aplicación de los medicamentos:
- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
- Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.
- Prevención de la malnutrición o desnutrición.

4. Seguridad en los procedimientos quirúrgicos o no quirúrgicos:
- Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.
- Prevenir las complicaciones anestésicas.

5. Prevención y control de IAAS.
- Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.

6. Prevención y control de Caídas.
- Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.

7. Prevención y control de lesiones de piel.
- Prevenir úlceras por presión.

Los paquetes instruccionales específicos como: Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares, Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico, Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental, Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo, Reducir el riesgo de la atención en urgencias pediátricas, están incluidos en la política y su programa, cuando el comité de seguridad aprueba la articulación de los paquetes en dichas poblaciones dentro de la aplicación de las siete metas, enfatizando en minimizar los eventos tipo centinela, moderados y leves con la implementación de las barreras según las patologías más frecuentes en dichas poblaciones.

18. Indicadores: Se cumplen los indicadores según Resolución 256 de 2016.

a. Proporción de vigilancia de eventos adversos.
b. Tasa de caídas de pacientes en el servicio de urgencias.
c. Tasa de caídas de pacientes en el servicio de hospitalización.

Continuación Resolución No. 0574

d. Tasa de caídas de pacientes en el servicio de consulta externa.
e. Tasa de caídas de pacientes en el servicio de procesos de apoyo.
f. Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias.
g. Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización.
h. Tasa de ulceras por presión.
i. Frecuencia del Reporte de incidentes.

Resulta indispensable y necesaria la actualización de la Política de Seguridad del Paciente, con el fin de fortalecer los procesos de vigilancia a los eventos clínicos, de tal forma que se garantice la aplicación de la estrategia de seguridad a nivel institucional.

ARTICULO SEGUNDO: MODIFICAR la Resolución No. 0555 del 29 de diciembre de 2022, mediante la cual se modificó el Comité de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, en el sentido de modificar la conformación del precitado Comité y precisar su alcance respecto a la Política de Seguridad del Paciente, el Programa de Seguridad del Paciente, las acciones ante eventos adversos y el seguimiento a los diferentes Programas y Comités de vigilancia institucional, como se describirá a continuación:

El Comité de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, estará conformado por:

- El Gerente o su delegado.
- El Subgerente Científico o su delegado.
- El Subgerente Administrativo o su delegado.
- El Coordinador del proceso de Talento Humano.
- El Coordinador de Aseguramiento de la Calidad.
- La Coordinación General de Enfermería.
- El Referente de Seguridad del Paciente.
- Los Referentes de las tecnologías tipo fármacos, reactivos, hemocomponentes, dispositivos médicos, equipos industriales, incluyendo tecnología de reuso, tejidos biológicos trasplantados.
- Coordinador del proceso de Prevención y Control de Infecciones asociadas a la atención en salud.
- La Coordinación de SIAU.
- El Referente de Humanización.

Continuación Resolución No. 0574

- La Coordinación de convenio docencia - servicio.
- La Coordinación del proceso de Investigación e Innovación.

PARÁGRAFO PRIMERO: El Comité de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, se reunirá de manera trimestral, para analizar los componentes del Programa de Seguridad del Paciente, promoviendo la funcionalidad de la Política de Seguridad del Paciente, e incluirá invitados especiales, en caso de requerirse la articulación de acciones de mejora con los integrantes de las otras políticas.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Cuando se presente evento centinela, o múltiples incidentes y fallas repetitivas que aumenten el riesgo de la ocurrencia de eventos, se convocará al Comité de Seguridad de manera extraordinaria, invitando al personal relacionado con la situación insegura. En caso de requerirse un análisis especial, se invitará al proceso de Bioética del Hospital.

PARÁGRAFO TERCERO: Seguimiento a comités de Vigilancia institucional: El Comité de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, de manera trimestral, realizará seguimiento a la ejecución de los Comités de los Programas de Vigilancia Institucional, así como las actividades planeadas según las resoluciones de los respectivos programas, vigilando el impacto del uso de las tecnologías manejadas en cada programa ante el paciente, como se describe a continuación:

- Programa de Tecnovigilancia: Comité de Tecnovigilancia.
- Programa de Reactivo vigilancia: Comité de Reactivo vigilancia.
- Programa de Hemovigilancia: Comité de Transfusiones.
- Programa de Farmacovigilancia: Comité de Farmacovigilancia.
- Programa de Biovigilancia: Comité de Biovigilancia.

PARÁGRAFO CUARTO: Las demás disposiciones de la Resolución No. 0555 del 29 de diciembre de 2022 respecto al objetivo, funciones, indicadores, periodicidad de las reuniones, quorum y decisiones del Comité de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, se mantienen incólumes en los términos inicialmente establecidos en la precitada resolución.

ARTÍCULO TERCERO: Las acciones establecidas en la presente Resolución de Actualización de la Política de Seguridad del Paciente, son de obligatorio cumplimiento en el Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado.

Continuación Resolución No. 0574

ARTÍCULO CUARTO: La Política de Seguridad del Paciente que se actualiza por medio de la presente Resolución, regirá para los servidores públicos que desempeñen labores en los distintos servicios del Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado y será de obligatoria aplicación para los contratistas (personas Naturales y/o Jurídicas) con las que el Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social del Estado, contrate la prestación de servicios profesionales, técnicos y de apoyo a la gestión, por la modalidad de procesos y subprocesos, en el macroproceso Misional, en tanto se pacte como obligación contractual.

ARTÍCULO QUINTO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición, y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en especial las Resoluciones No. 0198 del 9 de abril de 2018 y No. 0588 del 11 de octubre de 2019.

29 DIC 2023

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

LUCY XIMENA IBARRA HERNÁNDEZ
Gerente Delegada H.U.S.J.P. E.S.E.

Proyectó: Olga Cecilia Erazo Rodríguez – Médico Especialista Gr. 1
Revisó: Enf. Paola Andrea Vega Arias – Enfermera especialista Gr. 1
Revisó: Norbey Iván Ortiz Lara - Jefe Oficina Asesora Jurídica
Anexos: Folios
Copia: N.A.
Archivado según TRD en: Resoluciones Gerencia