

	POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP001L01
			VERSIÓN: 00
			PÁGINA: 1 DE 9

1. DESCRIPCIÓN O CONTENIDO.

Con el fin de propender por la seguridad en los procesos de atención, impactando en la mejora de la calidad y protegiendo al paciente de riesgos evitables que se deriven de su atención en salud, el Hospital General de Medellín se compromete en disponer todos sus recursos, para identificar, prevenir y reducir todos los riesgos, como a minimizar el daño al paciente que puede resultar de los procesos de atención en salud, igualmente a brindar un entorno seguro, a generar y mantener una cultura de seguridad.

2. ANTECEDENTES.

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

En el ámbito mundial algunos resultados han mostrado la magnitud del problema. Algunos ejemplos de estos estudios son:

ESTUDIO	AUTOR Y AÑO REALIZACIÓN	Nº HOSPITALES IMPLICADOS	PACIENTES	% EA
EE.UU (Estudio de Nueva York) (Estudio de la Práctica Médica de Harvard)	Brennan 1984	51	30.195	3,8
EE.UU (Estudio de UTAH-COLORADO) (UTCOS)	Thomas 1992	28	14.565	2,9
AUSTRALIA (Estudio Calidad Atención Sanitaria) (QAHCS)	Wilson 1992	28	14.179	16,6
REINO UNIDO	Vincent 1999	2	1.014	11,7
DINAMARCA	Schioler 2002	17	1.097	9
NUEVA ZELANDA	Davis 1998	13	6.579	11,3
CANADÁ	Baker 2002	20	3.720	7,5
FRANCIA	Michel 2005	71	8.754	5,1

Los eventos adversos de la atención hospitalaria en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. MED CLIN (BARC) 2004, 103(1):21.5

En el 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS), tomó como iniciativa lanzar la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, iniciativa en la que cuenta como socios con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Departamento de Salud del Reino Unido, el Departamento de Salud y Servicios

	POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP001L01
			VERSIÓN: 00
			PÁGINA: 2 DE 9

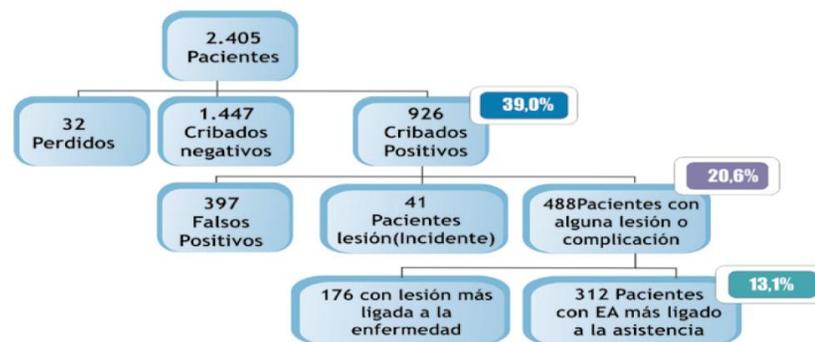
Sociales de Estados Unidos, y otros organismos, enfatizando que las estrategias de seguridad, y sus sistemas deben incluir acciones dirigidas a la prevención, detección y mitigación de los efectos adversos cada vez que ocurren, así como al análisis de sus causas, aprendizaje de los errores y la difusión de las lecciones aprendidas.

Por su parte, Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo 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. En este marco, las cifras arrojadas por el estudio IBEAS en Colombia evidencian cómo cuando una institución trabaja en seguridad del paciente, disminuye el riesgo y se incrementa la detección de situaciones inseguras como insumo para la generación de barreras de seguridad.

Aunque la prevalencia encontrada en el estudio para Colombia fue del 13.1%, el perfil de los eventos adversos identificados es altamente coincidente con lo encontrado en otros estudios internacionales y evidencia que se dan como consecuencia de una mayor detección resultante del mayor esfuerzo que realizan las instituciones en seguridad del paciente.

En el año 2007, nuestro Hospital participó en el Proyecto IBEAS (Prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica), resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Este estudio, fue el primero llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales, partiendo de la premisa de que conocer la magnitud y las características del problema es el primer paso para poner soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados sanitarios.

Esquema del desarrollo metodológico del estudio IBEAS en Colombia



	POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP001L01
			VERSIÓN: 00
			PÁGINA: 3 DE 9

Actualmente se puede afirmar que, en términos de la seguridad del paciente, la verdadera noticia no es la alta frecuencia de los eventos adversos (EA), sino el esfuerzo de miles de profesionales de la salud y pacientes para generar procesos de atención seguros.

3. OBJETIVO O PROPÓSITO.

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 una Institución segura y competitiva, mediante la institución y mantenimiento de una cultura de seguridad del paciente, justa, educativa y no punitiva.

4. CAMPO DE APLICACIÓN.

La implementación de la política aplica a todos los funcionarios, procesos y áreas del Hospital General de Medellín.

5. DEFINICIONES.

5.1 Atención Sanitaria: Servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud. La atención sanitaria incluye el cuidado de la salud por uno mismo.

5.2 Calidad de la Atención de Salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

El eje de calidad en la política de prestación de servicios se concibe como un elemento estratégico que se basa en dos principios fundamentales: el mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario.

5.3 Casi Evento: Cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias, errores que casi ocurrieron, sucesos que en otras circunstancias podrían haber tenido graves consecuencias, o acontecimientos peligrosos que no han producido daños personales, aunque los haya podido producir materiales y que sirven de aviso de la posibilidad de que ocurran eventos adversos.6.13. Hace referencia a situaciones que no llegaron a producir eventos, pero que sí pueden facilitarlos. En la literatura inglesa, se denomina Close-Call al error que pudo haber resultado en evento pero que se identificó antes de que sucediera.

5.4 Cultura de Seguridad: Las organizaciones con una cultura de seguridad se caracterizan por tener comunicaciones sustentadas en el respeto mutuo, por

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP001L01
			VERSIÓN: 00
			PÁGINA: 4 DE 9

percepciones compartidas de la importancia de la seguridad y por la confianza en la eficacia de las medidas preventivas.

- 5.5 Daño: Implica el deterioro de estructura o función del cuerpo y/o cualquier efecto deletéreo que se produzca. El daño genera enfermedad sobreagregada, lesión, sufrimiento, invalidez y muerte. La enfermedad es un trastorno fisiológico o psicológico. La lesión es el daño a tejidos causados por un agente o evento y, el sufrimiento es, subjetivamente, la experiencia de algo desagradable. El sufrimiento incluye el dolor, malestar, náusea, depresión, agitación, alarma, miedo y pesar. La invalidez implica cualquier tipo de deterioro de estructura del cuerpo o de sus funciones, la limitación de actividad y/o restricción de participación en la sociedad, asociado con daño pasado o presente.
- 5.6 Evento Adverso: Lesiones involuntarias, no intencionadas, que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a ésta que a la enfermedad subyacente, y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la prolongación del tiempo de estancia de hospitalización y al incremento de los costos y afectación de la calidad. Por extensión se aplica este concepto a situaciones relacionadas con procesos no asistenciales que potencialmente pueden incidir en la ocurrencia de las situaciones antes mencionadas. Ante la ocurrencia de sucesos constituidos como factores contributivos y acciones inseguras, el evento se tipifica es con el resultado adverso.
- 5.7 Gestión del Riesgo: Estudio de los efectos adversos derivados de la asistencia mediante su detección y análisis, con el objetivo final de diseñar estrategias para su prevención, generando una cultura de preocupación por la seguridad. Toda actividad humana conlleva un margen de error, controlar y minimizar ese posible daño es la gestión del riesgo. Es buscar una mejora de la calidad asistencial, desarrollando sistemas de notificación de incidentes, investigación de los mismos, asesoramiento en las reclamaciones, difusión de la cultura de la seguridad, evaluación de las situaciones de riesgo y propuesta de medidas correctoras, que conlleven un seguimiento y evaluación de dichas actuaciones de mejora.
- 5.8 Paciente: Persona que recibe atención sanitaria. Se utiliza el término paciente en lugar de cliente, usuario o consumidor, si bien se admite que es posible que muchos receptores de atención sanitaria (como una embarazada sana o un niño al que se vacuna), no sean considerados pacientes o no se vean a sí mismos como tales. La Organización Mundial de la Salud define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».
- 5.9 Riesgo: toda posibilidad de un evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y afectar el logro de sus objetivos.

 <p>Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.</p>	<p>POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	<p>PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN</p>	<p>CÓDIGO: ES-PLI-GP001L01</p>
			<p>VERSIÓN: 00</p>
			<p>PÁGINA: 5 DE 9</p>

5.10 Seguridad del Paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

6. LINEAMIENTOS.

6.1 La seguridad del paciente es obligación de cada uno de los integrantes del equipo de salud, en su puesto de trabajo.

6.2 La seguridad del paciente será mayor en la medida, en que en las diferentes áreas y servicios de la Institución, se trabaje en equipo. La característica fundamental del trabajo en equipo es el alineamiento de las personas que conforman el equipo alrededor de un objetivo común. En los verdaderos equipos de trabajo cada persona responde efectivamente no solo por su labor, sino también por la de sus compañeros de equipo.

6.3 Es un deber de todos los trabajadores de la salud el participar activamente en la gestión clínica, mediante el reporte, intervención y análisis del casi evento o del evento adverso presentado, acorde con los procedimientos y herramientas para la Gestión Clínica y Seguridad del Paciente, normalizados en el proceso de Gestión Integral de Calidad de la Institución.

6.4 Se estimula el reporte, a través de una cultura institucional justa, no punitiva y una cultura de seguridad: La política de seguridad del paciente, no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a negligencia o impericia o hay intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal del país. Pero de igual manera procura proteger al profesional que de manera ética y responsable analiza las fallas de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente.

6.5 Para que la iniciativa de trabajar por la seguridad del paciente sea efectiva, se parte de premisas, como: el esfuerzo debe ser colectivo, sistemático y continuado; tener metas cuantitativas explícitas; tener un foco concreto y claro; involucrar los principales factores que intervienen en este; contar con el respaldo explícito y demostrable del equipo directivo institucional; abordar temas que todos consideren relevantes para su práctica diaria, y con base en todo lo anterior, tener credibilidad.

6.6 Se gestionan todos los eventos adversos y casi eventos, detectados y reportados en la Institución.

6.7 Se cumple con las recomendaciones para la información y manejo del paciente y su familia cuando ocurre un evento adverso, mostrando que no se eluden las

 <p>Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.</p>	<p>POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	<p>PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN</p>	<p>CÓDIGO: ES-PLI-GP001L01</p>
			<p>VERSIÓN: 00</p>
			<p>PÁGINA: 6 DE 9</p>

responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de éste.

- 6.8 Se gestiona la reincidencia en las mismas fallas de atención, sin acciones de mejoramiento y evidencia de seguimiento.
 - 6.9 Se protege la confidencialidad de la gestión del evento adverso.
 - 6.10 Se promueve la participación del paciente y su familia, como integrantes activos en la prevención de eventos adversos.
 - 6.11 Se educa al paciente como corresponsable de su cuidado e incentiva para preguntar y conocer acerca de su enfermedad, de su autocuidado y de los riesgos.
7. ESTRATEGIAS.
- 7.1 Identificación, análisis, intervención y seguimiento de los eventos adversos, con el fin de mantener o mejorar los estándares de calidad en la prestación del servicio.
 - 7.2 Garantizar confidencialidad con relación a los reportes de eventos adversos.
 - 7.3 Homologar en la institución los conceptos y definiciones claves.
 - 7.4 Educación, capacitación, entrenamiento y motivación al personal para la consecución de un entorno más seguro para la atención del paciente.
 - 7.5 Integración con políticas, procesos y estrategias institucionales: Calidad, gestión humana, recursos físicos y tecnológicos, información, entre otras.
 - 7.6 Involucrar y comprometer explícita y sistemáticamente el nivel directivo, funcionarios y proveedores, con la seguridad durante el proceso de atención.
 - 7.7 Involucrar explícitamente al paciente y su familia como corresponsables en la aplicación de prácticas seguras en su cuidado.
 - 7.8 Integrar los procesos asistenciales mediante el despliegue de prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud, con el fin de reducir y, de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud.
 - 7.9 Disponibilidad de recursos para la implementación de esta política.

	POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP001L01
			VERSIÓN: 00
			PÁGINA: 7 DE 9

- 7.10 Evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.
8. INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA IMPLEMENTACIÓN Y EFECTIVIDAD DE LA POLÍTICA.
- 8.1 Proporción de eventos adversos que se presentan en el Hospital con relación a la totalidad de egresos en un periodo dado: $\text{Número total de eventos adversos que se presentaron en el Hospital en un periodo dado} / \text{Número total de egresos en el mismo periodo} \times 100$.
- 8.2 Porcentaje total de eventos adversos que se detectaron e intervinieron en la Institución, con relación a la totalidad de eventos adversos presentados en un periodo: $\text{Número total de eventos adversos que se presentaron y se gestionaron en el servicio de hospitalización en un periodo dado} / \text{Número total de eventos adversos detectados} \times 100$.
- 8.3 Proporción de adherencia a guías de manejo en un periodo de tiempo determinado, con respecto a la totalidad de evaluaciones realizadas en el mismo periodo.: $\text{Numero de historias clínicas auditadas con evidencia de guías aplicadas en un periodo determinado} / \text{Numero de historias clínicas auditadas en el mismo periodo} \times 100$.
- 8.4 Proporción de historias clínicas elaboradas, que cumplen parámetros de calidad acorde a variables establecidas por el área de Auditoria.: $\text{Número total de historias clínicas que cumplen parámetro de calidad en el periodo} / \text{Número total de historias auditadas en el mismo periodo} \times 100$.
- 8.5 Promedio de tiempo de espera para ser atendido en los Servicios de Ambulatorios y Apoyo Diagnóstico y de Complementación Terapéutica: $\text{Sumatoria del numero de minutos transcurridos entre la solicitud de atención y la atención efectiva por parte del Servicio en un periodo determinado} / \text{Total usuarios atendidos en el Servicio en un periodo determinado}$.
- 8.6 Proporción de usuarios satisfechos con la prestación de servicios recibidos en la institución en un periodo dado: $\text{Número total de usuarios que se consideran satisfechos con los servicios recibidos} / \text{Número total de usuarios encuestados en un periodo dado} \times 100$.
- 8.7 Porcentaje de usuarios que presentaron quejas por el servicio recibido y que fueron tramitadas o gestionadas con propósitos de mejoramiento: $\text{Número total de quejas tramitadas} / \text{Número total de pacientes atendidos} \times 100$.

	POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP001L01
			VERSIÓN: 00
			PÁGINA: 8 DE 9

9. BIBLIOGRAFÍA/CIBERGRAFÍA.

- 9.1 Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, Organización Mundial de la Salud OMS, 2004.
- 9.2 Decreto 1011 de abril 3 de 2006, del Ministerio de Protección Social, “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.”
- 9.3 Resolución 1043 de abril 3 de 2006, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.
- 9.4 Resolución 1446 de mayo 8 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, y su Anexo Técnico, “por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”.
- 9.5 Resolución 1445 de 8 de mayo de 2006, por la cual se evalúa el nivel de calidad en la atención alcanzada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, a través del Sistema Único de Acreditación.
- 9.6 Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, junio 11 de 2008.
- 9.7 Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud, Dirección General de Calidad de Servicios, Unidad Sectorial de Normalización, Ministerio de la Protección Social, marzo 2010.
- 9.8 Resolución 215 de Gerencia, de Junio 20 de 2008, Por medio de la cual se unifica en un solo documento el Código de Ética y el Código de Buen Gobierno, que rigen las actuaciones de los servidores y colaboradores del Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutiérrez, Empresa Social del Estado.
- 9.9 Resolución de Gerencia 034 de enero 28 de 2008, por medio de la cual se formaliza el uso del manual de indicadores de gestión.
- 9.10 Política Integral de Calidad, Hospital General de Medellín.

	POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP001L01
			VERSIÓN: 00
			PÁGINA: 9 DE 9

10. MODIFICACIONES.

VERSION	FECHA	RAZÓN DE LA ACTUALIZACION
00	01/06/2014	La política formulada en agosto de 2011, se actualiza a la nueva versión del Sistema de Gestión Integral de Calidad SGIC.

11. APROBACIÓN.

ELABORO	REVISO	APROBO
NOMBRE: LILIANA BERMÚDEZ CARVAJAL	NOMBRE: GUSTAVO A. HERNÁNDEZ GIRALDO	NOMBRE: COMITÉ COORDINADOR DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD
CARGO: Enfermera Especialista, Oficina de Calidad y Planeación	CARGO: Jefe Oficina de Calidad y Planeación	CARGO: Integrantes del Comité Coordinador del Sistema de Gestión Integral de Calidad

VIGENTE A PARTIR DE: 01/06/2014