

PROCESO: <i>Bienestar Institucional</i>	POLÍTICA	Código: BI-SSPOL2
SUBPROCESO: <i>Servicio de Salud</i>	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 4

1. OBJETIVO

Definir e implementar los lineamientos para la Seguridad de Pacientes en la Institución Universitaria Politécnico Gran Colombiano, con el fin de dar cumplimiento a los requisitos establecidos en el Sistema de Habilitación de Servicios de Salud, garantizando la seguridad de los usuarios frente a los servicios de salud.

2. ALCANCE

La Política de Seguridad de Pacientes hace referencia al proceso de atención en salud; incluye a toda la comunidad Gran Colombiana sede campus Bogotá, como potenciales pacientes de los servicios de salud: medicina general, enfermería, consulta externa psicológica-CEP.

3. DEFINICIONES

- a. **Seguridad del Paciente:** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología 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.
- b. **Atención en Salud:** Servicios recibidos por los individuos o poblaciones para promover, mantener, monitorear o restaurar la salud.
- c. **Evento Adverso:** Resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.
- d. **Evento Adverso Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- e. **Evento Adverso No Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- f. **Incidente:** Evento o circunstancia que sucede durante la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.
- g. **Falla de la Atención en Salud:** Deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición, no intencionales.
- h. **Complicación:** Daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud, sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.
- i. **Riesgo:** Probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

PROCESO: <i>Bienestar Institucional</i>	POLÍTICA	Código: BI-SSPOL2
SUBPROCESO: <i>Servicio de Salud</i>	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 4

- j. Fallas Latentes:** Acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo).
- k. Fallas Activas o Acciones Inseguras:** Acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.).
- l. Factores Contributivos:** Condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).

Los factores contributivos considerados en el **Protocolo de Londres** son:

- **Paciente:** un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- **Tarea y tecnología:** toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausentes, deteriorados, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que los usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- **Individuo:** el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
- **Equipo de trabajo:** Conductas del equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo, en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).
- **Ambiente:** referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- **Organización y gerencia:** Decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- **Contexto institucional:** Situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

- m. Indicio de Atención Insegura:** Acontecimiento o circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- n. Sistema de Gestión del Evento Adverso:** 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.
- o. Acciones de Reducción de Riesgo:** Intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo; mientras que las acciones reactivas, son aquellas derivadas del aprendizaje, obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causa.
- p. Barrera de Seguridad:** Acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

PROCESO: <i>Bienestar Institucional</i>	POLÍTICA	Código: BI-SSPOL2
SUBPROCESO: <i>Servicio de Salud</i>	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 4

q. **Violación de la Seguridad de la Atención en Salud:** Acciones intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

4. LINEAMIENTOS

4.1 Generales

La Institución Universitaria Politécnico Gran Colombiano, se compromete a brindar una atención segura en su Servicio de Salud para todos los pacientes de la comunidad, soportado por la gestión de calidad por procesos, análisis, investigación, acciones de mejora y seguimiento, con el fin de generar una cultura de seguridad, disminuir incidentes y eventos adversos.

4.2 Objetivos de la Política de Seguridad de Pacientes

- Asegurar la implementación del Programa de Seguridad de Pacientes, designando un referente y la conformación del Comité de Seguridad.
- Estandarizar los procesos y procedimientos, de manera que permitan la detección de factores de riesgo en la atención de salud y la aplicación de la mejora continua.
- Implementar un sistema de registro, reporte e investigación de incidentes y eventos adversos, que sirvan de base para la detección oportuna de factores contributivos en las fallas de atención en salud y adoptar las barreras de protección necesarias.
- Promover una Cultura de Seguridad de Pacientes, basada en un concepto de salud Integral y enfocada hacia la prevención, educación y el autocuidado de la salud física, mental y emocional.
- Incentivar actividades de psicoeducación que favorezcan la detección de factores de riesgo en salud mental en la población Gran Colombiana y la intervención oportuna de los pacientes.
- Facilitar y apoyar el desarrollo de estrategias de sensibilización, capacitación y socialización en los temas relacionados con la seguridad de pacientes, promoviendo un ambiente de reflexión, confianza, responsabilidad y aprendizaje de la comunidad Gran Colombiana.

4.3 Referente de Seguridad

a. **Perfil Profesional.** El referente de seguridad, debe ser un profesional miembro del equipo de salud, conocedor de todos los procesos de atención en salud que se presten en el servicio, Médico general, Profesional de Enfermería y/o psicólogo.

b. **Funciones básicas:**

- Ser líder del programa de seguridad.
- Velar por la seguridad de los pacientes.
- Socializar la política y las actividades relacionadas con la seguridad de pacientes.
- Diseñar estrategias para la implementación de la política de seguridad del paciente.
- Coordinar las acciones necesarias para el reporte y gestión de incidentes y eventos adversos detectados.

PROCESO: <i>Bienestar Institucional</i>	POLÍTICA	Código: BI-SSPOL2
SUBPROCESO: <i>Servicio de Salud</i>	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 4

4.4 Comité de Seguridad de Pacientes

a. Integrantes del Comité de Seguridad de Pacientes

Los integrantes permanentes del Comité de seguridad de pacientes deben ser:

- Un (1) miembro del Nivel Directivo: colaborador con capacidad de toma de decisiones en procesos misionales y administrativos.
- El Referente de Seguridad de pacientes.
- Médico, con perfil administrativo, conocedor del tema de seguridad de pacientes.
- Enfermera profesional.
- Psicóloga, miembro del equipo del Consultorio Externo Psicológico (CEP)
- Invitados al comité: representantes del servicio y/o del área involucrada en el evento.

b. Funciones básicas del Comité

- Investigar y analizar los incidentes y eventos adversos ocurridos durante la atención en salud, para establecer sus causas.
- Recomendar la implementación de barreras de seguridad.
- Establecer planes de mejoramiento.
- Efectuar seguimiento a las acciones de mejora propuestas.
- Realizar reuniones periódicas para consolidar, analizar y crear planes de mejora

5. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
V1	Lanzamiento del documento
V2	Modificaciones a la Política
V3	Actualización del encabezado y logo institucional; actualización del alcance.
V4	Se especifican en el alcance de los servicios de salud Se reorganizan las definiciones Se incluye un miembro del CEP en el Comité de Seguridad de Pacientes Se incluye la posibilidad de que el referente de seguridad sea un psicólogo