

| | | |
|---|-------------------------------|----------------------------------|
| PROCESO: Bienestar Universitario (Servicio de Salud) | POLÍTICA | Código: UB-POL-002-VI |
| | SEGURIDAD DEL PACIENTE | Vigente desde: 21/10/2016 |

1. OBJETIVO

Definir e implementar una Política Institucional de Seguridad de Pacientes, basada en los lineamientos nacionales, dando cumplimiento a los requisitos establecidos en el Sistema de Habilitación de Servicios de Salud, y evidenciando el compromiso del nivel directivo de la Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano, con la seguridad de sus pacientes.

2. ALCANCE

La Política de Seguridad de Pacientes, hace referencia al proceso de atención en salud, y su alcance incluye a toda la población Grancolombiana, sede campus Bogotá, como potenciales pacientes del servicio de salud.

3. DEFINICIONES¹

- a. **SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Es el 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 las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- c. **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA:** Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- d. **FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** Una 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 mediante 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.
- e. **FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS:** Son 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.)
- f. **FALLAS LATENTES:** Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo).

¹ Referencia: Paquetes Instruccionales. Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

| ELABORADO POR: | | REVISADO POR: | | APROBADO POR: | |
|---|--|--|--|--|--|
| Firma: | | Firma: | | Firma: | |
| Nombre: Tatiana Becerra Rodríguez Cargo: Medico Auditor externo | | Nombre: Angela Rodríguez Q. Cargo: Jefe de Procesos y Productividad | | Nombre: : Cargo: Medico Bienestar Universitario | |
| | | | | Nombre: Fernando Dávila Ladrón de Guevara Cargo: Rector | |
| Este documento es propiedad intelectual del POLITECNICO GRANCOLOMBIANO, se prohíbe su reproducción total o parcial sin la autorización escrita de la Rectoría | | | | | |

| | | |
|---|-------------------------------|----------------------------------|
| PROCESO: Bienestar Universitario (Servicio de Salud) | POLÍTICA | Código: UB-POL-002-VI |
| | SEGURIDAD DEL PACIENTE | Vigente desde: 21/10/2016 |

- g. **EVENTO ADVERSO:** es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.
- h. **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.
- i. **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- j. **FACTORES CONTRIBUTIVOS:** son las 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 ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la 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:** todas las conductas de 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:** referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
 - ◆ **Contexto institucional:** referente a las 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.
- k. **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.
- l. **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.
- m. **VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** 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.
- n. **BARRERA DE SEGURIDAD:** una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- o. **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.
- p. **RIESGO:** es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.
- q. **ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO:** son todas aquellas 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.

| | | |
|---|-------------------------------|----------------------------------|
| PROCESO: Bienestar Universitario (Servicio de Salud) | POLÍTICA | Código: UB-POL-002-VI |
| | SEGURIDAD DEL PACIENTE | Vigente desde: 21/10/2016 |

4. POLÍTICA

La **Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano**, se compromete a proporcionar desde su Servicio de Salud una atención segura para todos los pacientes de nuestra comunidad, mediante la gestión de calidad de procesos, generando una cultura de seguridad, cuya finalidad sea disminuir incidentes y eventos adversos; garantizando su análisis, investigación, acciones de mejora y seguimiento.

4.1. Objetivos de la Política de Seguridad de Pacientes

- 4.1.1 Asegurar la implementación del Programa de Seguridad de pacientes, designando un referente definiendo la conformación del Comité de Seguridad.
- 4.1.2 Estandarizar los procesos y procedimientos, de manera que permitan la detección de factores de riesgo en la atención de salud, aplicando las acciones de mejoramiento continuo.
- 4.1.3 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.
- 4.1.4 Adoptar el Protocolo de Londres² para el análisis e investigación de los incidentes y eventos adversos.
- 4.1.5 Promover una Cultura de Seguridad de Pacientes, que basada en un concepto de salud Integral se enfoque en la prevención, la educación y el autocuidado de la salud física, mental y emocional.
- 4.1.6 Incentivar actividades de psicoeducación que favorezcan la detección de factores de riesgo en salud mental en la población Grancolombiana y la intervención oportuna de los pacientes.
- 4.1.7 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 Grancolombiana.

4.2 Referente de Seguridad

◆ **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, Coordinador del Servicio de Salud y/o Profesional de Enfermería.

◆ **Funciones básicas:**

Ser el 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.

² Es otro método utilizado para el análisis de los eventos adversos. Está basado en el modelo organizacional de investigación de accidentes de James Reason. Introducido por Vincent, mira el proceso de atención desde un enfoque sistémico más amplio (multicausal) para encontrar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud y no simplemente al evento en sí para detectar las causas de error. En él se involucran todos los niveles de la organización, incluyendo la alta dirección, debido a que las decisiones que allí se toman terminan por impactar directamente en los puestos de trabajo y pueden, en ocasiones, facilitar la aparición de errores que lleven a eventos adversos. <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

| | | |
|---|-------------------------------|----------------------------------|
| PROCESO: Bienestar Universitario (Servicio de Salud) | POLÍTICA | Código: UB-POL-002-VI |
| | SEGURIDAD DEL PACIENTE | Vigente desde: 21/10/2016 |

4.3 Comité de Seguridad de pacientes.

✦ **Integrantes del Comité de Seguridad de pacientes.**

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

1. Un (1) miembro del Nivel Directivo: colaborador con capacidad de toma de decisiones en procesos misionales y administrativos.
2. El Referente de Seguridad de pacientes.
3. Médico, con perfil administrativo, encargado de la dirección del Servicio de Salud, conector del tema de seguridad de pacientes.
4. Invitados al comité: representantes del servicio y/o del área involucrada en el evento.

✦ **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.

5. CONTROL DE CAMBIOS

| FECHA | VERSION | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO |
|------------|---------|---------------------------|
| 21/10/2016 | VI | Lanzamiento del documento |