



**POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE
BIENESTAR UNIVERSITARIO
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA**

1. OBJETIVOS DE LA POLÍTICA

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención segura en salud.
- Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
- Prevenir la ocurrencia de los eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezca un entorno seguro de la atención en salud.
- Coordinar con los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
- Homologar la terminología utilizada en la entidad.
- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
- Difundir en todos los clientes internos y externos los principios de la política de seguridad del paciente.
- Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.

2. RESPONSABILIDADES

Para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente el área de Bienestar Universitario de la Universidad del Magdalena define las siguientes responsabilidades:

- **Rector:** define la política, asigna los recursos necesarios para gestionar la seguridad del paciente en el área de Bienestar Universitario de la Universidad del Magdalena, garantiza el ordenamiento y mantenimiento del sistema de información institucional.
- **Director Bienestar Universitarios y coordinadores de Salud y desarrollo, Cultura y Deporte:** despliegan la política de seguridad del paciente, así como las buenas prácticas de seguridad que apliquen cada uno de sus procesos. Son líderes de seguridad del paciente con su ejemplo, identifican y gestionan los riesgos en cada una de las áreas como parte activa del día a día para garantizar un óptimo desempeño,

implementan las oportunidades de mejora relacionadas con seguridad del paciente que han sido identificadas.

- **Grupo Funcional de Calidad:** encargados de garantizar el cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente en la institución; promueven la vigilancia pasiva y activa; el reporte de eventos adversos e incidentes; evalúan la implementación del componente de seguridad del paciente; identifican fortalezas y oportunidades de mejora para llevar a la institución a la implementación de prácticas seguras, aprendizaje organizacional y gestión clínica en todos los procesos.

La Dirección de Bienestar Universitario de la Universidad del Magdalena designó como Referente del programa de seguridad del paciente al Coordinador de Salud y Desarrollo Humano; quien tendrá como prioridad promover y divulgar la cultura de seguridad, seguimiento a los eventos adversos, investigación y análisis de causas de estos con el ánimo de hacer del área de salud una zona segura.

- **Procesos Asistenciales:** constituyen la primera línea de defensa frente al riesgo de seguridad del paciente; aseguran el cumplimiento en la implementación de las prácticas seguras que apliquen a la institución. Prestan servicios de salud seguros, efectivos, fundamentados en la mejor evidencia científica disponible, humanizados, centrados en el paciente y su entorno, acordes a las necesidades y expectativas, garantizando el cumplimiento de los derechos y deberes; informan y educan al paciente y familia. Identifican y reportan y en lo posible intervienen los riesgos, incidentes, eventos adversos, fallas latentes y condiciones inseguras.
- **Proceso de Apoyo:** aseguran el soporte logístico requerido para la prestación de los servicios seguros y participan activamente en el fortalecimiento de la cultura institucional de seguridad del paciente.

3. INTRODUCCIÓN

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 afectan la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras.

Sin embargo, los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, más bien hay un desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que, en una atención sencilla, pueden ocurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud de los pacientes se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino más bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos.

Para que un sistema de atención en salud sea seguro es necesaria la participación responsable de los diversos actores involucrados en él. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también se ve afectado.

La seguridad del paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implementar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

Por lo tanto, la sede de Salud de Bienestar Universitario de la Universidad del Magdalena pretende implementar la Política Institucional de seguridad del paciente con base en lineamientos nacionales e internacionales que garanticen una atención segura en todos los procesos asistenciales.

4. POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Dirección de Bienestar Universitario de la Universidad del Magdalena, promulga la seguridad del paciente como una característica esencial en su plataforma estratégica;

consolida una cultura por la seguridad del paciente, su familia y el profesional de la salud, de una manera justa, participativa y humanizada, anticipando los riesgos para reducir su ocurrencia y minimizar su impacto, integrando el sistema de información, la tecnología, la calidad, gestión del talento humano, gestión del ambiente físico, gestión de la salud y seguridad en el trabajo garantizando un entorno seguro.

4.1. Principios orientadores de la política de seguridad del paciente

- **Enfoque de la Atención centrado en la persona:** Las personas (usuarios, familias, personal de la institución y colaboradores) constituyen el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente que se realicen en el área de Bienestar Universitario de la Universidad del Magdalena.
- **Cultura de Seguridad:** el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales y la comunidad.
- **Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud:** La Política de Seguridad del Paciente es transversal en todos sus componentes, para garantizar una atención segura, debe cumplir con los estándares del Sistema Único de Habilitación, gestionando y haciendo seguimiento a los riesgos identificados en la atención en salud en los diferentes servicios prestados en el área de Bienestar Universitario de la Universidad del Magdalena, se deben medir los indicadores de obligatorio cumplimiento relacionados con la seguridad del paciente que apliquen para el nivel de complejidad que se presta.
- **Multicausalidad:** el abordaje de seguridad del paciente debe ser sistémico y multicausal en el cual se deben involucrar las diferentes áreas de la institución, el personal de planta y contratistas, los estudiantes y sus familias, para garantizar la atención oportuna y segura.
- **Validez:** se deben implementar metodologías y herramientas prácticas soportadas en la mejor evidencia científica disponible.
- **Alianza con el paciente y su familia:** debe contar con los pacientes su familia e involucrarlos en sus procesos de mejora continua.

- **Alianza con el profesional de la salud:** parte del reconocimiento de carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de estos.

5. DEFINICIONES

- **Atención en Salud:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **AMEF:** Es un proceso sistemático para la identificación de las fallas potenciales del diseño de un producto o de un proceso antes de que éstas ocurran, con el propósito de eliminarlas o de minimizar el riesgo asociado a las mismas. Puede ser considerado como un método analítico estandarizado para detectar y eliminar problemas de forma sistemática y total, cuyos objetivos principales son:
 - ✓ Reconocer y evaluar los modos de fallas potenciales y las causas asociadas con el diseño y manufactura de un producto.
 - ✓ Determinar los efectos de las fallas potenciales en el desempeño del sistema, identificando acciones que podrán eliminar o reducir la oportunidad de que ocurra la falla potencial.
- **Barrera de Seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- **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.
- **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:
 - ✓ **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.

- ✓ **Evento Adverso no Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

- **Falla en 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.

- **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, biólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.).

- **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).

- **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 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 que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo, falta de supervisión.
 - ✓ **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: demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.
- **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.
 - **Sistema de Información Clínica:** Componentes de un sistema de información de la atención sanitaria ideado para fundamentar en la prestación de asistencia a los pacientes, lo que incluye las comunicaciones de prescripciones, la notificación de resultados, la planificación de la atención y la documentación clínica.
 - **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. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La institución cuenta con un programa de Seguridad del Paciente, documentado que promueve la cultura de Seguridad mediante la atención segura, fortaleciendo la cultura de seguridad a través de metodologías y actividades que promueven la identificación y el reporte de acciones inseguras, fallas, incidentes o eventos adversos acompañado de la notificación para su posterior análisis, intervención y clasificación.

6.1. Premisas del programa

- Enfoque de atención centrada en el paciente: el resultado más importante que se desea obtener es la satisfacción del usuario y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones.
- Es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención diariamente, para analizarlas y generar una lección que al ser aprendida previene que la misma falla se repita.
- Trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.
- El número de eventos adversos reportados obedece a la política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de la atención.
- El riesgo de sufrir eventos adversos para un paciente existe en todas las instituciones de salud del mundo.

El Programa, promueve una cultura justa, que consiste en apoyar un ambiente en el que se habla desprevenidamente de los errores y se aprende de ellos; quien reporta lejos de ser señalado por el error, es recompensado, mientras quien oculta tendrá un llamamiento de atención verbal, no por el error sino por el ocultamiento.

6.2. Cultura de Seguridad del Paciente

La cultura de seguridad está definida por las creencias, valores y actitudes de sus profesionales y todo el personal con relación a la ocurrencia y manejo de los errores que ocurren dentro del proceso de atención.

El líder del programa y los miembros del comité de seguridad del paciente, tendrán la función de socializar a todo el personal del área de salud y desarrollo humano el programa de seguridad, con el fin de crear adherencia al mismo.

Todos los actores que hacen parte de las Instituciones Prestadores de Servicios IPS deben estar sensibilizados con la seguridad que al prestar el servicio deben estar pensando en las fallas para evitarlas; de allí la importancia de realizar socialización de temas básicos de Seguridad del Paciente con todos los miembros del equipo.

Para fortalecer la cultura institucional se deben programar de forma frecuente actividades como capacitaciones, charlas, seminarios y demás eventos de formación, que nos permitan mantener informado y actualizado a todo personal que presta sus servicios en el área de salud y desarrollo humano de Bienestar Universitario.

6.3. Fuentes de información

Este programa se va a nutrir de las siguientes fuentes:

- Reportes de eventos.
- Reporte de indicadores.
- Quejas y reclamos de los pacientes.
- Normatividad.
- Referencias comparativas.

Además, se realizará la evaluación de la adherencia a las guías, procesos y procedimientos asociados a las buenas prácticas de seguridad del paciente, que evidencien su aplicación y mejoramiento continuo por parte del personal.

El programa de Seguridad contará con la aplicación de listas de chequeo las cuales se aplican por los miembros del comité, en diferentes momentos de acuerdo a las estrategias; se realizarán durante la prestación del servicio búsqueda activa de eventos o rondas de seguridad permitiendo la verificación del funcionamiento de diferentes áreas, la información generada será analizada y los resultados se socializan al servicio mediante un oficio como retroalimentación.

Mediante las siguientes metodologías se pueden captar e identificar acciones inseguras, eventos adversos y reforzar el auto reporte:

- **Búsqueda Activa:** Se realizará vigilancia activa en la seguridad del paciente, consistente en la observación de las actividades que se ejecuten en el servicio guardando una posición educativa, facilitando la oportunidad para entablar comunicación con los colaboradores.

- **Ronda de seguridad:** se llevarán a cabo mediante visita planificada del personal ejecutivo (Vicerrectoría Administrativa, Facultad ciencias de la salud, Coordinador o líder de Calidad). La ronda de seguridad es una oportunidad para entablar comunicación con los colaboradores, conocer su opinión con respecto a las actividades y metodologías que cada uno de ellos consideren que se deben implementar dentro del servicio.

7. ESTRATEGIAS QUE COMPONEN EL PROGRAMA

7.1. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.

La organización mundial de la salud (OMS), promueve la prevención en salud del evento con mayor incidencia, como lo es las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). Aplicando para ello los siguientes protocolos:

- Manual de Bioseguridad
- Manual de Limpieza y desinfección de áreas y dispositivos médicos.
- Protocolo de Lavado de Manos

Así mismo se ejercerá vigilancia mediante la medición de los indicadores de impacto de las acciones preventivas a las IAAS (Infecciones asociadas a la atención de la salud).

7.2. Control de infecciones “lavo mis manos, cuido de mi cuido de ti”.

La OMS recomienda cinco momentos en los que se requiere realizar higiene de manos. Por lo que propone “Mis cinco momentos para la higiene de manos”, basado en los siguientes principios teóricos:

- **Riesgo de contaminación para el trabajador de la salud:** Se presenta durante las actividades clínicas al entrar en contacto con el paciente o al tocar una superficie inanimada contaminada.
- **Los sitios críticos de contacto:** Son aquellos en los cuales se puede entrar en contacto directo con fluidos corporales.

- **La zona para la atención en salud:** Corresponde al entorno del paciente, las cuales pueden estar contaminadas por gérmenes multirresistentes presentes en el ambiente hospitalario.
- **Oportunidad para la higiene de manos:** Las manos contaminadas del colaborador en salud son el elemento más importante para la transmisión de gérmenes en la institución. Por lo tanto, el movimiento del colaborador de un área a otra o el cambio de actividad determinan el momento para la higiene de manos.
- **Efecto de la higiene de manos:** La realización correcta de la técnica de higiene de manos previene la transmisión de gérmenes, la infección del trabajador de la salud y la contaminación de las zonas de trabajo.
- **Uso de guantes:** En la higiene de manos se debe tener presente que el uso de guantes no sustituye la limpieza de las manos por fricción o lavado. Esto se debe hacer siempre que se prevea el contacto con fluidos o muestras potencialmente infecciosos. Estos no se deben reutilizar.

Los 5 momentos para la higiene de manos



Otras recomendaciones corresponden a:

- No utilice uñas artificiales ni extensiones artificiales para las uñas.
- Mantenga las uñas cortas, se recomienda un tamaño menos de 0,5 cm de largo por delante del lecho ungueal.

8. CONTEXTO INSTITUCIONAL

La sede de Salud de Bienestar Universitario de la Universidad del Magdalena presta servicios de salud del primer nivel de atención, ubicada en el Departamento del Magdalena Distrito de Santa Marta, funciona desde el año 2012 y es actualmente la única institución prestadora de servicios de salud, de naturaleza de Objeto Social Diferente. Cuenta con los siguientes servicios habilitados.

1. Medicina General.
2. Odontología.
3. Psicología.
4. Nutrición y Dietética.
5. Enfermería
6. Medicinal del Deporte.
7. Medicina Laboral.
8. Promoción y mantenimiento de la salud.

8.1. Reportar y comunicar el evento adverso

Los sistemas de registro son herramientas que permiten actuar para mejorar la cultura de seguridad, la cual está afectada por la totalidad de los factores ambientales que la rodean. La cultura de seguridad es el producto de los valores individuales y de grupo, las actitudes, percepciones, competencias y objetivos que determinan el grado de implicación de las organizaciones para minimizar el daño del paciente.

Un proceso de notificación permite mejorar e implementar la seguridad de los pacientes en diferentes sentidos: alertando de nuevos riesgos, compartiendo la información sobre nuevos métodos para prevenir errores y creando una cultura de seguridad. El análisis de los datos permite revelar tendencias y riesgos que requieren la atención y también recomendar “buenas prácticas” a seguir.

8.2. Formato de Notificación:

Los formatos que se utilizan intentan facilitar la comunicación y, en el caso de que sean anónimos, intentan transmitir confianza a los posibles notificadores sobre la seguridad de la notificación.

En la sede de Salud de Bienestar Universitario se utilizará el siguiente formato [OD-F51 Formato de análisis de reporte de incidentes, eventos adversos y complicaciones](#).

Después del reporte se lleva a cabo análisis de datos, por parte del comité de Seguridad del Paciente, realizando una clasificación y agregación de los que tienen características comunes y buscando patrones de causas que facilitan la propuesta de soluciones.

9. PROTOCOLO DE LONDRES

Es un método utilizado para el análisis de los eventos adversos, en él se involucran todos los niveles de la organización, 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.



Ilustración 2. Modelo organizacional de causalidad de sucesos adversos

9.1. Investigación de eventos adversos e incidentes

Una vez se reporta un evento adverso, el coordinador de salud o el equipo líder o referente para la seguridad del paciente debe seguir los siguientes pasos para la investigación:

- Revisión de la historia clínica:** La primera fuente de información debe ser la historia clínica. Allí se encuentra la mayor parte de la información necesaria para, objetivamente, saber qué pasó. Quien investiga (usualmente el líder del Programa de Seguridad del Paciente o referente de seguridad de la institución) debe hacer una revisión muy cuidadosa de la historia clínica, elaborar un resumen que contenga las fechas y los aspectos clínicos más importantes de la atención médica, haciendo énfasis especial en los atributos de calidad: oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Este resumen y la historia clínica completa deben estar disponibles al momento del análisis del evento en el comité de seguridad.

- b) **Entrevistas:** Es muy importante, también, para quien investiga hablar previamente con los involucrados y preguntarles sobre su versión de lo sucedido. En ocasiones, si es posible, hablar con el paciente y la familia ayudará también a tener más elementos de juicio para la discusión al momento del análisis. Se debe indagar sobre la acción insegura o falla activa y los factores que contribuyeron en la acción. Se recomienda entrevistar a todos los miembros del servicio en búsqueda de factores que pudieron contribuir a la presencia de la acción insegura o falla activa.
- c) **Indagación documental:** Se debe verificar si en el servicio donde se presentó el evento se cuenta con guías, protocolos, procedimientos relacionados con barreras de seguridad que sirvan de barreras de seguridad, si éstos se conocen y están disponibles para consulta. Para esto se entrevista al personal responsable de la gestión documental y a las personas que deberían conocer estos documentos. Adicionalmente se revisa la estructura y consistencia de la documentación, la facilidad de acceso a los mismos y la socialización.
- d) **Verificación de los recursos tecnológicos:** Se verifica si se cuenta con la tecnología adecuada para la prestación del servicio, si se encuentra en buen funcionamiento, si cuenta con el mantenimiento preventivo y si el personal ha sido entrenado en el uso de la tecnología. Para esto se entrevista al personal del servicio y al personal responsable de mantenimiento de equipos, cuando se considere necesario. Disponibilidad del personal completo: Se verifica si para el día del evento se encontraba todo el personal del servicio o si existió algún cambio en el personal o una ausencia del mismo. Para ello se indaga con el personal del servicio, cuando se considere necesario.

Este modelo multicausal considera diferentes factores contribuyentes como son los del paciente, de la institución, de la gerencia, de la tecnología, del ambiente, del individuo y del trabajo en equipo. Los creadores del modelo recomiendan enfocarse inicialmente en el paciente y su carga de enfermedad, como los fundamentales para tener resultados no esperados. Identificado el factor contribuyente y priorizadas las causas por frecuencia e impacto, seguidamente nace la acción correctiva, la cual se vuelve preventiva a futuro (barrera) para evitar que el mismo evento se repita.

En el transcurso del tiempo la coordinación del programa de seguridad del paciente debe hacer vigilancia a que efectivamente se implementen las acciones de mejora recomendadas.

A continuación, se describen los factores contribuyentes más comunes:

FACTORES CONTRIBUTIVOS	
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Factores externos a la organización como:
	Economía del País
	Regulación y Normatividad que afecte la institución.
	Actuaciones de entes externos como EPS u otra IPS.

FACTORES CONTRIBUTIVOS	
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	Cultura organizacional, políticas y decisiones organizacionales.
	Recursos y limitaciones financieras.
	Estructura Organizacional
	Metas organizacionales
	Prioridades organizacionales
	Deficiencia en la estructura de los procesos de apoyo.
	Disponibilidad de soportes.
	Debilidad en la administración y gerencia.

FACTORES CONTRIBUTIVOS	
DEL AMBIENTE	Diferencia en la infraestructura
	Clima laboral
	La sobre Carga de trabajo
	El ambiente físico
	Patrón de turnos

FACTORES CONTRIBUTIVOS	
DEL EQUIPO DE TRABAJO	Comunicación ausente o deficiente del equipo de trabajo con el que se preste el servicio.
	Falta de supervisión.
	La falta del liderazgo del equipo
	Disponibilidad de soporte.
	Deficiencias en la infraestructura.
	La sobre carga de trabajo
	Estado de los equipos, y capacitación sobre los equipos.

FACTORES CONTRIBUTIVOS	
	Cansancio.
	Somnolencia.

DEL INDIVIDUO	Sus competencias técnicas y no técnicas.
	Su estado de salud física y mental.
	Su actitud y motivación.
	La apropiación de lineamientos institucionales.

FACTORES CONTRIBUTIVOS	
DE LA TAREA Y TECNOLOGIA	El diseño de la tarea y calidad de la estructura de la misma.
	La presencia de calidad de la información, socialización, disponibilidad y facilidad de la consulta de guías y protocolos, y procedimientos misionales.
	La presencia, disponibilidad, estado de los equipos, y capacitación sobre los equipos.

FACTORES CONTRIBUTIVOS	
DEL PACIENTE	Cansancio.
	Somnolencia.
	Edad.
	Antecedente.
	La complejidad de su condición clínica.
	Sus factores sociales y culturales.
	Su personalidad.
	Su forma de comunicación.

e) **Análisis de eventos adversos e incidentes:** Una vez finalizada la etapa de investigación, se realiza el análisis en el comité de seguridad; para esto se deben seguir los siguientes pasos:

- **Invitación al comité:** se debe invitar a los miembros permanentes y las personas relacionadas con el evento.
- **Lectura del resumen de la investigación:** la persona o el equipo referente para la seguridad del paciente realiza la lectura de los resultados de la investigación.
- **Se realiza el análisis:** para esto, el referente inicia indagando a los participantes del comité: “¿cómo cada factor contributivo predispuso o no a la presencia de la falla activa o acción insegura?”, uno por uno.

10. SISTEMA DE REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

En el área de salud de Bienestar Universitario cualquier profesional puede reportar un incidente y/o evento adverso mediante el Aplicativo Política de Seguridad de Paciente de

Colombia el cual está disponible vía Web. El análisis de estas situaciones se hará mensualmente con el Equipo Interdisciplinario y de Seguridad del Paciente.

10.1. Indicadores de medición de la política

- ✓ Frecuencia de eventos adversos por servicio.
- ✓ Frecuencia de eventos adversos evitables.
- ✓ Frecuencia de incidentes.
- ✓ Porcentaje de eventos adversos gestionados.

11. CONTENIDO DE LA POLÍTICA

A continuación, se describen las acciones proactivas o reactivas que se deben realizar para cada uno de los eventos que pueden o no ocasionar lesión en el paciente.

11.1. Trámites administrativos para la atención en salud

Acción Proactiva: Brindar acceso a la información de los servicios de salud a la comunidad estudiantil, la cual debe ser clara y entendible. Durante todo el proceso de atención al paciente se le debe solicitar la identificación correspondiente para evitar fraudes y confusiones.

Acción Reactiva: Informar al superior para encontrar la forma de realizar el trámite extemporáneamente.

➤ Incompleto o insuficiente

Acción Proactiva: Cuando el paciente deba diligenciar un formato, indicarle su correcto diligenciamiento. Finalmente, revisar que el formato quede correctamente diligenciado.

Acción Reactiva: Contactar al paciente (teléfono, correo electrónico, etc.) para confirmar y complementar datos faltantes.

➤ No disponible

Acción Proactiva: El personal debe conocer la totalidad de los servicios prestados por la institución para informar correctamente al paciente.

Acción Reactiva: Informar al paciente para que consulte en otras instituciones.

➤ **Paciente equivocado**

Acción Proactiva: Confirmar datos con el carné del estudiante antes de iniciar cualquier trámite.

Acción Reactiva: Informar al superior para realizar correcciones a la historia clínica o contactar al paciente en los casos de error en entrega de remisiones y solicitudes de laboratorio.

➤ **Proceso o servicio equivocado**

Acción Proactiva: Reinducción a profesionales sobre el SGC en procesos, procedimientos, guías e instructivos.

Acción Reactiva: Identificar las no conformidades para definir las acciones a seguir y evitar nuevamente el error.

11.2. Aspectos relacionados con procesos o procedimientos asistenciales

Acción Proactiva: Garantizar que el personal conozca los protocolos de atención de la institución.

Acción Reactiva: Garantizar un ambiente de mejora continua para que sea posible realizar una puesta en común de los protocolos y de los errores más frecuentes.

➤ **Paciente equivocado o proceso equivocado**

Acción Proactiva: Confirmar nombre completo del paciente, orden médica debidamente diligenciada y código o identificación antes de realizar cualquier procedimiento.

Acción Reactiva: Informar al superior, en caso de medicamento o procedimiento a paciente equivocado y se definirá el reporte de caso y/o seguimiento.

11.3. Fallas en registros clínicos

➤ **Documentos que faltan o no disponibles**

Acción Proactiva: Reinducción a profesionales sobre SGC en procesos, procedimientos, guías e instructivos.

Acción Reactiva: Diligenciar los documentos faltantes y asegurarse de que sean entregados al paciente.

➤ **Retraso en el acceso a documentos**

Acción Proactiva: Solicitar mejoras para evitar la demora del cargue de documentos en el sistema.

Acción Reactiva: Si los documentos son vitales para definir un diagnóstico en la consulta, se debe reprogramar una cita.

➤ **Documentos para el paciente equivocado o documento equivocado**

Acción Proactiva: Solicitar carné estudiantil antes de diligenciar y/o entregar cualquier documento.

Acción Reactiva: En caso de error se informa al superior para que anule el documento, se corrige el error en documento y se realiza búsqueda del paciente para entrega.

➤ **Información en el documento confusa o ambigua / ilegible / incompleta**

Acción Proactiva: Reinducción a profesionales sobre el SGC en procesos, procedimientos, guías e instructivos.

Acción Reactiva: Digitalizar todos los procesos.

11.4. Relacionados con los dispositivos y equipos médicos

➤ **Presentación y embalaje deficientes**

Acción Proactiva: Verificación del perfecto estado y embalaje de los equipos o dispositivos antes de confirmar el recibido.

Acción Reactiva: Solicitar al proveedor el cambio del dispositivo o en caso de gravedad desechar.

➤ **Falta de disponibilidad o elemento no apropiado para la tarea**

Acción Proactiva: Verificar la existencia de los insumos o dispositivos requeridos para el procedimiento e informar al superior oportunamente sobre la carencia para que este tome la decisión de adquirir o no dicho insumo.

Acción Reactiva: Reprogramar el procedimiento.

➤ **Error de uso**

Acción Proactiva: Contar con las fichas de instrucciones de uso (en físico) de los equipos ubicadas en la mesa de procedimientos para garantizar la consulta rápidamente.

Acción Reactiva: Avisar al jefe del servicio para pedir en caso de duda soporte técnico,

corregir error y recibir instrucciones sobre el uso correcto de equipos.

➤ **Sucio / no estéril**

Acción Proactiva: Realizar mantenimiento periódico de los equipos médicos cada semana o cada vez que el equipo lo requiera. Además, realizar capacitación a personal sobre funcionamiento y asepsia indicada de dispositivos y equipos médicos.

Acción Reactiva: Esterilizar equipos médicos y reportar el caso ya que podría representar una demora en la atención médica.

➤ **Fallas / mal funcionamiento**

Acción Proactiva: Cumplir con los instructivos de uso, capacitar al personal y probarlos antes del procedimiento para evitar daño a paciente y garantizar la calidad del mismo.

Acción Reactiva: Informar al superior inmediato para que se haga llamado a soporte técnico o grupo de mantenimiento de equipos médicos para reparación.

11.5. Relacionado con comportamiento o creencias del paciente

➤ **Incumplimiento de normas o falta de cooperación / obstrucción**

Acción Proactiva: Conocer de antemano si el paciente pertenece a una etnia o a una minoría para comprender si se encuentra en situación especial. Colocar en lugares visibles del establecimiento las normas básicas de convivencia.

Acción Reactiva: Consignar en historia clínica los hechos y explicar tranquilamente al paciente la situación.

➤ **Desconsiderado / rudo / hostil / inapropiado**

Acción Proactiva: Garantizar un servicio rápido y oportuno con profesionales amables que tengan conocimiento apropiado del sistema. Organizar consultorios para que en caso de intento de agresión el profesional pueda salir rápidamente del consultorio.

Acción Reactiva: Inicialmente intentar reducción verbal con tranquilidad mirando a los ojos y mostrando las manos sobre escritorio o cumplir procedimiento de paciente agitado. Informar al superior para su respectiva clasificación.

➤ **Arriesgado / temerario / peligroso**

Acción Proactiva: Garantizar un servicio confortable y tener un código de alarma para garantizar la protección del personal.

Acción Reactiva: Cumplir procedimiento de paciente agitado. Informar al superior para la respectiva clasificación.

➤ **Peligro con el uso de sustancias / abuso**

Acción Proactiva: Realizar campañas dentro de la Universidad, además realizar remisión de población en riesgo durante consulta médica al programa SER-UIS.

Acción Reactiva: Derivar a programa SER-UIS o en caso de intoxicación derivar a mayor nivel de complejidad junto con sus familiares o allegados.

➤ **Acoso**

Acción Proactiva: Ubicar escritorio cerca de salidas o en caso de ser paciente conocido realizar entrevista acompañado.

Acción Reactiva: Denunciar a las autoridades pertinentes. El paciente debe ser atendido por otro profesional presente en el momento (en caso de no disponibilidad debe regresar en otra oportunidad o acudir a otra institución).

➤ **Discriminación y prejuicios**

Acción Proactiva: Campañas educativas sobre la no discriminación, intentar reducir ideas verbalmente.

Acción Reactiva: El paciente tiene derecho a negarse a ser atendido por ciertas personas según sus creencias.

➤ **Autolesionante / suicida**

Acción Proactiva: Detección temprana de paciente con riesgo suicida según su discurso.

Acción Reactiva: Reducción verbal de ideas, ventilación psicológica. Cumplir procedimiento de paciente agitado. Informar al superior para la respectiva clasificación.

11.6. Caídas de pacientes (cama, silla, camilla, baño, escaleras)

Acción Proactiva: Identificar al paciente con riesgo de caída (bajo efecto de psicofármacos o alucinógenos, alteración de conciencia, trauma, alteraciones morfológicas, discapacidad cognitiva y sensorial) para realizar acompañamiento permanente del mismo, además evitar presencia de obstáculos (cajas, objetos de aseo, etc.) en rutas de salida y mantener superficies secas.

Acción Reactiva: Llamar a grupo de urgencias (médico de atención prioritaria y enfermera jefe, AMI) para realizar el A-B-C-D-E del trauma y evaluar estado de conciencia (con escala de Glasgow).

11.7. Accidentes de pacientes

➤ Mecanismo (fuerza) contundente y otras fuerzas mecánicas

Acción Proactiva: Mantener en buen estado las instalaciones, evitar la presencia de obstáculos (cajas, objetos de aseo, etc.) en rutas de salida y mantener las superficies secas. Además, en el momento de aseo colocar los respectivos avisos.

Acción Reactiva: Llamar a grupo de urgencias (médico de atención prioritaria y enfermera jefe) para realizar el A-B-C-D-E del trauma y evaluar estado de conciencia (con escala de Glasgow), sin embargo, en caso de contusión en extremidades se evaluará la pertinencia o no de remitir a la póliza estudiantil.

➤ Mecanismo cortante-penetrante

Acción Proactiva: Evitar en lo posible la presencia de objetos cortopunzantes en el servicio.

Acción Reactiva: Llamar a equipo de urgencias (médico de atención prioritaria, enfermera, AMI) para evaluar localización de herida; se remite y traslada a su EPS, si la herida así lo amerita.

➤ Exposición a sustancias químicas u otras sustancias

Acción Proactiva: Los medicamentos deben estar rotulados con su respectiva hoja de seguridad y correctamente almacenados, en especial aquellas sustancias químicas corrosivas o tóxicas.

Acción Reactiva: En caso de exposición ácida: Realizar lavado copioso por 20 minutos, evaluar estado del tejido y de ser quemadura de segundo grado o mayor, remitir a mayor nivel de complejidad.

- En caso de exposición básica: Realizar lavado con agua abundante durante 30 minutos y remitir a otro nivel de complejidad ya que las quemaduras con álcalis son más devastadoras.
- En caso de ingestión de sustancias químicas: Informar inmediatamente al superior para remitir lo más pronto posible a otro nivel de complejidad.

➤ Exposición a (efectos de) el tiempo, desastres naturales u otra fuerza de la naturaleza

Acción Proactiva: Actualizar la infraestructura con las normas vigentes de sismo resistencia. Realizar periódicamente simulacros de emergencias y desastres para preparar el personal, además es necesario tener la señalización adecuada para que en caso de desastre los trabajadores y pacientes encuentren la salida de emergencia.

Acción Reactiva: Poner a salvo al personal de salud para que éste ayude a evacuar y realizar los primeros auxilios básicos a pacientes y demás personas heridas.

11.8. Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico

➤ Inexistente / inadecuado

Acción Proactiva: Realizar la valoración de la edificación y corregir las barreras de acceso para personas en situación de discapacidad.

Acción Reactiva: Realizar los cambios necesarios para que todos los pacientes tengan acceso a los servicios de Bienestar Universitario (rampas, ascensores, pisos especiales para invidentes).

➤ Dañado / defectuoso/ desgastado

Acción Proactiva: Realizar uso adecuado de los insumos de la institución. Además, realizar inventario periódicamente para así encontrar el material que se encuentre en mal estado y reparar o cambiar.

Acción Reactiva: Avisar al superior para que se asegure de la reparación o la adquisición de nuevos insumos.

➤ Relacionadas con la gestión de la carga de trabajo

Acción Proactiva: Realizar jornadas de integración, jornadas deportivas, reuniones de mejoramiento, grupo interdisciplinario periódicamente. Además, durante jornada de trabajo realizar pausas activas.

Acción Reactiva: Informar al superior sobre situaciones específicas de sobrecarga.

➤ Recursos humanos / disponibilidad de personal / adecuación

Acción Proactiva: Tener en el servicio personal necesario y capacitado para cubrir la demanda.

Acción Reactiva: Contratar personal adicional en caso de ser necesario.

➤ Protocolos / políticas / procedimientos / disponibilidad de guías / adecuación

Acción Proactiva: Revisión periódica de la documentación para garantizar la actualización permanente según normativas vigentes.

Acción Reactiva: Formar grupos interdisciplinarios que se encarguen de revisar la literatura actual y en base a ella complementar lineamientos faltantes.

12. REGISTROS

- OD-F51 Formato de análisis de reporte de incidentes, eventos adversos y complicaciones

13. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- ✓ Norma ISO 9001:2015. Esta norma, en su Sistema de Gestión de Calidad, prioriza la seguridad del paciente en términos de una adecuada gestión de los riesgos que éste puede sufrir.
- ✓ Norma UNE 179003:2013: Hace referencia a la identificación inequívoca del paciente. Esta norma va dirigida a: - Identificar las situaciones de riesgo e implantar acciones para su reducción y prevención.
- ✓ Norma ISO 31000:2018, establece una serie de principios que deben ser satisfechos para hacer una gestión eficaz del riesgo.
- ✓ 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 los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

14. BIBLIOGRAFÍA

- MINISTERIO DE COLOMBIA Lineamientos para la PROTECCIÓN SOCIAL implementación de la Política de Seguridad del Paciente. 2019.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud. Herramientas para promover la Estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, 2007.
- DONABEDIAN A. La investigación sobre la calidad de la Atención Médica. Revista Salud de Seguridad Social del Instituto Mexicano de Seguridad Social, México, 1986; 28:324-327.
- OMS, Consejo Ejecutivo, 109a Reunión. Punto 3.4 del orden del día provisional. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría, 2001.
- ASTOLFO LEON FRANCO: Fundamentos de Seguridad Del Paciente para disminuir errores médicos. Primera edición. Cali - Colombia, abril 2006.

- ## 16. REGISTRO DE MODIFICACIONES

No aplica la primera vez

Código: BU-G36 Versión: 01 Página 27 de 27