



GRUPO PREVISALUD

POLÍTICA - CÓDIGO DIR-PL.004 006

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

No	CAMBIOS REALIZADOS	FECHA
1	Primera emisión del documento bajo estándar ISO 9001	2013-06-01
2	Primera actualización por ajustes en el contenido y estructura del documento	2015-08-01
3	Se actualiza declaración incluyendo el componente de gestión de riesgos	2019-08-24
4	Se actualiza declaración haciendo énfasis en los terceros, incluyendo proveedores.	2021-10-13
5	Se actualiza política incluyendo objetivos, alcance, excepciones, alineación con el direccionamiento estratégico, líneas de acción de la política y vigencia.	2023-03-22
6	Se actualiza política alineando al nuevo direccionamiento estratégico 2024-2028.	2024-06-21

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



GRUPO PREVISALUD

POLÍTICA - CÓDIGO DIR-PL.004 006

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. JUSTIFICACION

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 en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

Previsalud está constituido por una red de centros médicos y gestores farmacéuticos que prestan servicios de salud. Estos servicios incluyen actividades de consulta externa, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, fisioterapia, rehabilitación, neurodesarrollo, hospitalización, atención domiciliaria y entrega de medicamentos. Sumado a ello, se manejan grupos riesgo por población, lo que hace que se tengan riesgos variados en todos los procesos y particulares por tipo de grupo de riesgo. Esto hace necesario que se establezca la política y se definan lineamientos para intervenir estos riesgos que pueden presentarse y afectar la seguridad del paciente.

2. DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

Previsalud se compromete en promover y desarrollar una cultura de seguridad en sus pacientes, familias y/o cuidadores, colaboradores y terceros, así como en gestionar los riesgos y las novedades de seguridad durante el ciclo de atención de todos los procesos de la institución, implementando las barreras y medidas necesarias para prevenir y/o disminuir la presentación y severidad de los eventos adversos.

3. OBJETIVOS

- Establecer la estructura funcional y lineamientos para implementar la seguridad del paciente en todos los procesos de la institución.
- Educar y sensibilizar a pacientes, familias y/o cuidadores 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 e involucrar en las barreras para la prevención de eventos y el control de los riesgos.
- Educar y sensibilizar a los colaboradores y terceros de la institución en la política de seguridad del paciente, los lineamientos y procesos para su implementación.
- Prevenir y controlar la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente



GRUPO PREVISALUD

POLÍTICA - CÓDIGO DIR-PL.004 006

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

4. ALINEACIÓN CON EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

La política de seguridad del paciente se encuentra alineada al direccionamiento estratégico de la institución desde el componente de **Seguridad** del modelo de atención CEOS, a través del cual se busca el control y minimización de los riesgos de la institución.

De acuerdo con el direccionamiento estratégico 2024-2028 estableció como un lineamiento estratégico la **gestión de riesgos en salud y la generación de valor y bienestar**, los cuales son resultados que se esperan cuando se garantiza la seguridad del paciente durante el proceso de atención.

Finalmente, en los objetivos estratégicos se plantearon el **fortalecer la calidad de los procesos y mejorar la experiencia del usuario**, los cuales involucran el desarrollo de estrategias para lograr niveles superiores en materia de seguridad del paciente.

5. PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA

Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar desde la seguridad del paciente. Estos principios son:

1. **Enfoque de atención centrado en el usuario.** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
2. **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, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
3. **Enfoque preventivo.** Se logra mediante la gestión de los riesgos que es su identificación, priorización e intervención mediante barreras de seguridad que impidan su materialización y/o si se materializan mitigar los daños y disminuir su severidad.
4. **Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.** La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

5. **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.
6. **Validez.** Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
7. **Alianza con el paciente y su familia.** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
8. **Alianza con el profesional de la salud.** La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

6. ALCANCE

La política de humanización está dirigida a la red de centros médicos, ayudas diagnósticas y gestores farmacéuticos del grupo Previsalud. Esta política se extiende a todos los colaboradores, usuarios, familias, cuidadores y terceros de la institución. Aplica a todos los procesos asistenciales y administrativos de la institución.

6.1. EXCEPCIONES

No hacen parte del alcance de la política de seguridad del paciente los siguientes:

- Los accidentes de trabajo ni las enfermedades profesionales.
- Los accidentes o sucesos ocurridos a visitantes dentro de la institución.
- Todos los eventos o situaciones que se le presenten al paciente por causa de terceros no relacionados en la red de la institución.
- Todos los eventos o situaciones que se le presenten al paciente fuera de la institución que no sean parte del proceso de atención.
- Situación presentada en el domicilio del paciente al cual se le presta el servicio de atención domiciliaria, en el que no tenga personal asignado dentro del horario establecido al momento de la eventualidad.

7. RESPONSABILIDADES

- **Gerencia y/o representante de gerencia**
 - Instituir una cultura de la seguridad del paciente justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
 - Proveer los recursos y facilitar los elementos necesarios para que el programa de seguridad se lleve a cabo.

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- **Comité de Seguridad del Paciente**
 - Evaluar periódicamente el desempeño en seguridad del paciente y proponer acciones para minimizar riesgos.
 - Establecer estrategias organizacionales, incluyendo la definición de responsabilidades, difusión, y capacitación.
 - Diseñar e implementar estrategias y prácticas para minimizar riesgos y promover la cultura de seguridad del paciente.
 - Fomentar el reporte de eventos adversos mediante incentivos y sanciones por omisión.
 - Involucrar al personal en la identificación y reporte de eventos adversos.
 - Reunirse mensualmente para evaluar avances y realizar reuniones extraordinarias si es necesario.
 - Seguir y documentar la implementación de acciones de mejora para mitigar riesgos críticos en procesos asistenciales.

- **Líder de Seguridad del Paciente**
 - Promover la cultura de seguridad del paciente.
 - Acompañar el análisis de eventos adversos y participar en la definición de barreras de seguridad.
 - Convocar las reuniones mensuales del comité de seguridad del paciente.
 - Supervisar la implementación de barreras de seguridad y acciones de mejora para mitigar riesgos en los procesos asistenciales.
 - Monitorizar la seguridad del paciente y la adherencia a protocolos.
 - Mantener la documentación actualizada y evidencias de análisis de eventos adversos.
 - Realizar seguimiento a las actividades de seguridad del paciente establecidas a los líderes de proceso.

- **Líderes de proceso**
 - Promover la cultura de seguridad del paciente en su equipo.
 - Analizar eventos adversos leves e incidentes frecuentes en su proceso.
 - Monitorear la seguridad del paciente y la adherencia a protocolos mediante rondas de seguridad.
 - Implementar y evaluar mejoras para minimizar riesgos críticos.
 - Supervisar la efectividad de las barreras de seguridad y el cierre de planes de acción.
 - Evaluar resultados de seguridad del paciente mediante indicadores.

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Rendir cuentas sobre los resultados de seguridad durante las reuniones de evaluación
- **Referente de Farmacovigilancia**
 - Supervisar y hacer seguimiento a las actividades del programa de farmacovigilancia.
 - Recepcionar, consolidar y analizar reportes de eventos adversos relacionados con medicamentos.
 - Asegurar que los reportes de reacciones adversas estén completos y facilitar el análisis de casos.
 - Convocar al comité de farmacovigilancia según los casos presentados y alertas emitidas por el INVIMA.
 - Reportar indicadores y eventos adversos al INVIMA y autoridades territoriales dentro de los plazos establecidos.
 - Revisar y divulgar las alertas emitidas por el INVIMA al personal relevante.
 - Crear y distribuir material educativo sobre farmacovigilancia para promover la notificación y uso racional de medicamentos.
 - Gestionar riesgos identificados para prevenir su recurrencia.
- **Referente de tecnovigilancia**
 - Registrar, analizar y gestionar todo evento o incidente adverso susceptible de ser causado por un dispositivo médico.
 - Recomendar medidas preventivas para tomar acciones inmediatamente ocurrido el evento.
 - Orientar a los informantes en el correcto diligenciamiento del formato de reporte
 - Sensibilizar al cliente interno en el Programa de Tecnovigilancia, la seguridad y uso adecuado de dispositivos médicos
 - Informar de manera inmediata al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, todo reporte de evento o incidente adverso serio cuando es del caso de acuerdo con lo establecido en la presente resolución.
 - Enviar trimestralmente los informes periódicos al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, o a las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, de todo reporte de evento o incidente adverso no serio, de acuerdo con lo establecido en la presente resolución.
- **Responsable delegado de reactivovigilancia**

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Registrar, analizar y gestionar todo efecto indeseado causado por un reactivo.
 - Recomendar medidas preventivas y correctivas frente a los efectos indeseados identificados.
 - Orientar al cliente interno en la correcta realización del reporte
 - Enviar la información recolectada de manera oportuna Invima de acuerdo con el tipo de reporte para la toma de decisiones, dentro de los términos establecidos
 - Participar en las estrategias de vigilancia planteadas por las autoridades sanitarias nacionales o territoriales de acuerdo con las prioridades detectadas.
-
- **Referente de infecciones**
 - Realizar el Comité Institucional de prevención vigilancia y control de IAAS con la participación de los diferentes actores que permitan la socialización de avances y resultados.
 - Implementar los lineamientos nacionales para la prevención, vigilancia y control de IAAS.
 - Liderar y participar en la formulación y aplicación de iniciativas institucionales de prevención y control de infecciones.
 - Realizar la implementación, seguimiento y adherencia, de los anexos técnicos del presente documento en las instituciones.
 - Socializar de manera periódica el comportamiento de las infecciones que requieren precauciones y el porcentaje de adherencia al mismo.
 - Socializar de manera periódica el comportamiento de los brotes de infecciones en la institución y las acciones generadas para la contención.
-
- **Colaboradores y terceros**
 - Reportar los eventos en materia de seguridad a los que tenga conocimiento, en los mecanismos establecidos por la institución.
 - Participar activamente de las socializaciones, capacitaciones y demás actividades de formación de seguridad del paciente, que le sean designadas.
 - Acatar las directrices y practicas seguras relacionadas con su proceso
 - Conocer, entender y aplicar la política de seguridad del paciente
 - Brindar información veraz y oportuna que le sea requerida para el análisis de eventos adversos o incidentes, en los que esté involucrado.

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA O RELACIONADOS

- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Ministerio de la Protección Social de Colombia.
- Paquetes instruccionales de “Buenas prácticas de seguridad del paciente en la atención en salud”.
- Política nacional de seguridad del paciente- Ministerio de la protección social- Colombia.
- Constitución política de Colombia art 49: Establece la salud como un servicio Público a cargo del estado y en desarrollo de este el Congreso de la República expidió la Ley 100 de 1993, a través de la cual creó el Sistema de Seguridad Social Integral, en el libro segundo establece a partir del artículo 152 y siguientes el Sistema.
- Ley 100 de 1993 – art. 153: El sistema establecerá los mecanismos de control a los servicios de salud para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.
- Ley 872 de 2003, “Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en las prestación de los servicios a cargo de las entidades y gentes obligados”, en su artículo 2 establece la obligatoriedad del desarrollo y funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad en todos los organismos y entidades del Sector Central y del Sector Descentralizado por servicios de la Rama Ejecutiva del poder público del orden nacional, corporaciones autónomas regionales, entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral según la Ley 100/93, y todas las empresas y entidades prestadoras de servicios públicos domiciliados y no domiciliarios la cual hace parte de ésta resolución.
- Decreto 4110 del 09 de diciembre de 2004, se reglamenta la Ley 872 de 2003 y en su artículo 1° adopta a Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública la cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos, entidades y agentes obligados conforme al artículo 2° de la Ley 872 de 2003. La Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.
- Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, “ Por el cual se acepta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI, en su artículo 1 establece la obligación de adoptar el MECI el cual forma parte del citado Decreto.
- Decreto 2621 del 3 de agosto de 2006, por el cual se modifica el decreto 1599 de 2005 y establece como obligatoriedad de la implementación del MECI en un término no superior a los 20 meses contados a partir de la expedición de la norma.

- Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que define las normas, requisitos, mecanismos y procesos desarrollados en el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.
- Resolución 3100 de noviembre 2019, que deroga a la anterior (resolución 2003 del 2014) y que exige en los estándares de habilitación el seguimiento a riesgos institucionales relacionados con procesos de control y seguimiento a los principales riesgos de cada uno de los servicios que ofrece la institución.
- Resolución 2181 de 2008, se expide a guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud para las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público.
- Ley 1438 de 2011, se establecen y determinan las reformas al sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

- Resolución 00256 de 2016 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. Centro de gestión hospitalaria- OES- Circular número 39- vía salud.
- Resolución 5095 del 2018 por el cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia versión 3.1
- Resolución 1328 del 2021, por medio del cual se modifica el artículo 1 de la resolución 5095 del 2018 en el sentido de adoptar los estándares de acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad.
- Resolución 1445 del 2006, anexo técnico N°.1, Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que Ofrecen Servicios de Salud de Habilitación y Rehabilitación.
- Programa de Tecnovigilancia
- Programa de Reactivovigilancia
- Programa de Farmacovigilancia
- Programa de Infecciones y Vigilancia Epidemiológica
- Programa de Seguridad del Paciente
- Protocolo para el reporte de eventos en materia de seguridad

9. DEFINICIONES

- **SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente



GRUPO PREVISALUD

POLÍTICA - CÓDIGO DIR-PL.004 006

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

probadas que propenden por 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.
- **ACCION INSEGURA O FALLA ACTIVA:** Son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Conducta que ocurre el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (fisioterapia, bacteriólogo, auxiliares de laboratorios, auxiliares de laboratorios, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.).
- **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.
- **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.
- **CIRCUNSTANCIA:** Cualquier factor relacionado con un evento, un agente o una persona o que influye en ellos.
- **RIESGO:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.
- **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.
- **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.



GRUPO PREVISALUD

POLÍTICA - CÓDIGO DIR-PL.004 006

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- **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:** 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.
- **ACCIONES DE REDUCCIÓN DEL 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 causal.
- **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Es un procedimiento a través del cual un paciente es informado respecto a todos los alcances de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que le serán practicados y que le permite decidir si acepta o rechaza la alternativa propuesta por el profesional de salud con total conocimiento de esta decisión, lo cual debe constar por escrito.
- **BARRERA DE SEGURIDAD:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- **FALLA LATENTE:** Fallas en los sistemas de soporte.
- **FALLA ACTIVA:** Errores resultantes de las decisiones y/o acciones de las personas que participan en el proceso.
- **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.
- **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 causal.



GRUPO PREVISALUD

POLÍTICA - CÓDIGO DIR-PL.004 006

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- **RIESGO NUTRICIONAL:** puede definirse como la probabilidad de mejor o peor evolución debido a factores nutricionales y que puede ser modificado mediante una adecuada intervención nutricional.
- **PACIENTE:** Un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, Inconsciente.
- **TAREA Y TECNOLOGIA:** 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.
- **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.

- **CULTURA DE SEGURIDAD:** (principio orientador de la Política de Seguridad del Paciente) Se define cultura de seguridad como un patrón integrado del comportamiento individual y organizacional, basado en las creencias y valores compartidos, que continuamente busca minimizar el daño al paciente que puede resultar de los procesos de atención en salud. Incluye temas como reclutamiento y entrenamiento con el concepto de seguridad, compromiso organizacional para identificar, informar e investigar los incidentes y tomar las medidas correctivas que mejoren el sistema de atención al paciente y reducir el riesgo de recurrencia a través de una comunicación abierta y cultura justa.
- **MANEJO DEL ENTORNO LEGAL:** El marco regulatorio al interior de la institución debe dirigirse hacia estimular el reporte y sancionar administrativa y éticamente el no reporte, sancionar la reincidencia en las mismas fallas de atención, sin acciones de mejoramiento, proteger la confidencialidad del análisis del reporte de eventos adversos, garantizar la confidencialidad del paciente y de la historia clínica.
- **REPORTE EXTRAINSTITUCIONAL:** Es voluntario y recogerá aquellos eventos adversos originados en situaciones que ameriten acciones al nivel del sistema o coordinación entre diferentes actores.
- **POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Debe buscar que los profesionales de la salud desarrollen un comportamiento seguro deseado. Este se caracteriza por:
 - Permitir que sea el experto quien haga las cosas
 - Confiar cada vez menos en la memoria
 - Gestionar el riesgo de cada actividad
 - Alertar sin miedo sobre el error
 - Compartir el aprendizaje
 - Ante la duda, pedir ayuda
 - Adhesión a las guías de práctica clínica
 - Adhesión a las guías de procedimientos de enfermería
- **EDUCACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE:** La educación continua en todos los aspectos relacionados con la seguridad del paciente es fundamental en la creación de cultura.

10. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA

Para la implementación de la política de seguridad del paciente se han definido los siguientes lineamientos que permitan su operativización:

- Determinar la estructura funcional y responsabilidades para la seguridad del paciente en la institución.
- Implementar un plan de capacitaciones para usuarios, familias, cuidadores, colaboradores y terceros.
- Establecer un sistema de información para el monitoreo de la gestión y los resultados en materia de seguridad del paciente.
- Implementar un programa de seguridad del paciente con las correspondientes líneas de acción para la gestión de los riesgos y novedades de seguridad.
- Implementar una metodología que permita mostrar los avances de la cultura de seguridad del paciente en todos los procesos de la institución.
- Desplegar un plan de comunicación con énfasis en el eje de gestión clínica excelente y seguridad para todos los usuarios, familias, cuidadores, colaboradores y terceros.

En este sentido, se ha documentado el **Programa de Seguridad del Paciente**, en el cual se describen las siguientes líneas de acción con las cuales se hace operativa la gestión del riesgo y novedades de seguridad en la institución:

10.1. Estructura funcional de la seguridad del paciente

Esta línea incluye las siguientes estrategias:

- Designación de roles y responsabilidades para el despliegue de los lineamientos de la política de seguridad del paciente entre los que se encuentran un Líder institucional de seguridad del paciente, referente de tecnovigilancia, referencia de farmacovigilancia, referente de reactivovigilancia y referente de infecciones. Además, se han definido responsabilidades para los diferentes niveles de la organización: gerencia, líderes de proceso, terceros y personal en general de la institución.
- Conformación de un comité de seguridad del paciente el cual cuenta con un plan operativo anual para desplegar las líneas de acción del programa de seguridad del paciente, así como para hacer seguimiento a los resultados e impactos de las estrategias adoptadas por la institución.

10.2. Gestión del Riesgo

Esta línea incluye las siguientes estrategias:

- Identificación continua de los riesgos en los diferentes procesos institucionales.
- Revisión, actualización y despliegue de las matrices de riesgo por procesos.
- Revisión, actualización y despliegue de los paquetes instruccionales de seguridad del paciente aplicables a los procesos de atención de la institución.



GRUPO PREVISALUD

POLÍTICA - CÓDIGO DIR-PL.004 006

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Revisión, actualización, despliegue y medición del programa de tecnovigilancia.
- Revisión, actualización, despliegue y medición del programa de farmacovigilancia.
- Revisión, actualización, despliegue y medición del programa de reactivovigilancia.
- Revisión, actualización, despliegue y medición del programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud.
- La aplicación de listas de chequeo y rondas de seguridad rutinarias e interdisciplinarias en todos los procesos de la institución con el fin de identificar acciones y/o condiciones inseguras.
- La aplicación de metodología de paciente trazador para identificar riesgos durante los procesos de atención.
- Programa de Tecnovigilancia
- Programa de Farmacovigilancia
- Programa de Reactivovigilancia
- Programa de Prevención y Control de Infecciones

10.3. Gestión del Evento Adverso

Esta línea incluye las siguientes estrategias:

- Sistema de reporte de novedades de seguridad a través de aplicativo institucional web AppSecurity el cual se encuentra instalado en los computadores y tablets de la institución.
- La adopción del Protocolo de Londres, Algoritmo Naranja y los 5 Porque como las metodologías de análisis de eventos adversos e incidentes ocurridos en la institución. Las metodologías están integradas al aplicativo institucional AppSecurity.

10.4. Sistema de información para el monitoreo de la gestión y resultados de la seguridad del paciente

Esta línea incluye las siguientes estrategias:

- Revisión, actualización y seguimiento de indicadores de gestión y resultados a nivel general institucional y específico por sede y procesos de los reportes, eventos adversos, incidentes y relacionados a los riesgos priorizados de la institución. Los indicadores son alimentados y analizados a través de la herramienta Daruma.

10.5. Cultura de Seguridad

Esta línea incluye las siguientes estrategias:



GRUPO PREVISALUD

POLÍTICA - CÓDIGO DIR-PL.004 006

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- La aplicación anual de la encuesta de la AHRQ para la evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente de la institución.
- Definición de un plan de mejora frente a los resultados obtenidos de la encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente con seguimiento a través del comité de seguridad del paciente.
- Presentación de los resultados y seguimiento a la ejecución del plan durante los espacios de rendición de cuentas de procesos y briefing.

10.6. Formación y desarrollo de competencias

Esta línea incluye las siguientes estrategias:

- Revisión, actualización y despliegue de las competencias organizacionales, en especial la que hace énfasis al componente de Seguridad del modelo de atención CEOS.
- Plan de Capacitación Anual a colaboradores y terceros
- Plan de Capacitación Anual a usuarios, familiares y/o cuidadores
- La implementación de la estrategia pedagógica Semana de la Seguridad del Paciente.

11. SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA

Se establece como mecanismos de seguimiento y verificación del cumplimiento de la política de seguridad del paciente la rendición de cuentas en los diferentes niveles de la organización. Para esto se han definido en la institución instancias tales como el comité de seguridad del paciente, las rendiciones de cuentas de procesos trimestrales y durante los briefings institucionales, en donde se evalúan los resultados e impactos de la gestión del programa, así como se identifican oportunidades de mejora.

Durante las reuniones se hace evaluación permanentemente sobre los principales resultados y el desarrollo de las acciones definidas para asegurar el control de los riesgos en todos los procesos, proyectos y programas que la organización lleva a cabo. Todas las reuniones y comités deberán estar soportados en actas.

Por último, a través del programa de auditoría de la institución, por medio del cual se realiza la verificación de cumplimiento de los procesos con respecto a los lineamientos de la política, identificándose no conformidades y aspectos por mejorar, para los cuales se deberán formular los respectivos planes de acción y mejora.

12. VIGENCIA DE LA POLÍTICA



GRUPO PREVISALUD

POLÍTICA - CÓDIGO DIR-PL.004 006

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La vigencia de la política será desde la firma de aprobación por parte de la gerencia de la institución y será actualizada cada cuatro años o por requerimiento normativo.

13. ANEXO

No aplica