



70-46.05

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA
La Cumbre - Valle

2025



70-46.05

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	3
2. NORMATIVIDAD	3
3. DEFINICIONES	4
4. POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	5
5. ALCANCE	6
6. COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	6
7. PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	6
7.1 OBJETIVO GENERAL:	6
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	7
7.3 EJES CONDUCTORES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	7
7.3.1 Apoyo de la alta dirección	7
7.3.2 Análisis y gestión de riesgos;	7
7.3.3 Análisis y gestión de eventos adversos	8
7.3.4 Adherencia a guías de práctica clínica.....	12
7.3.5 Educación en Seguridad del paciente	13
7.3.6 Gestión segura del uso de medicamentos programa de farmacovigilancia	13
7.3.7 Gestión segura de la tecnología biomédica programa de tecnovigilancia.....	14
7.3.8 Implementación de las metas globales de seguridad del paciente	15
7.3.9 Involucramiento del paciente y la familia en su seguridad	16
7.3.10 Mecanismos de reporte de eventos adversos	16
7.3.11 Herramientas para la construcción de cultura de seguridad	17
7.3.12 Búsqueda activa de eventos adversos	19
7.3.13 Cronograma de actividades para celebrar fechas internacionales de seguridad del paciente	20
8. INDICADORES	20
9. ANEXOS	21
10. CONTROL DE CAMBIOS	21



70-46.05

1. INTRODUCCIÓN

La Seguridad del Paciente es una prioridad en la atención de salud en nuestra institución. Los incidentes y eventos adversos actúan como señales de alerta que indican posibles brechas en la seguridad de la atención. Estos eventos pueden ocurrir en diversos y son un reflejo de actividades cruciales de la calidad del servicio. En Colombia, el Gobierno ha demostrado un firme compromiso con el desarrollo de procesos que garantizan atención.

El objetivo de este programa es proporcionar herramientas que contribuyan a la seguridad de todos los usuarios de La ESE Hospital Santa Margarita. Esto implica la prevención de riesgos, la corrección de prácticas inseguras y el fortalecimiento de barreras que eviten eventos adversos durante el proceso de atención, implementando modelos de práctica.

Este programa se ha construido con un enfoque en Acreditación, basado en lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Salud Departamental. Siguiendo la propuesta de entornos seguros en la prestación de servicios, el programa se estructura en acciones, herramientas y políticas que promueven la seguridad del paciente. Esta se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos y metodologías científicamente respaldadas para minimizar el riesgo de eventos adversos y mitigar los riesgos en la atención.

2. NORMATIVIDAD

- Decreto N° 2309 de 2002. Define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGCS)
- Decreto 903 de 2014. Dicta disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud (SUA)
- Resolución 2082 de 2014. Dicta disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud (SUA).
- Decreto 780 de 2016. Expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y define las reglas de operación de Sistema Único de Acreditación en Salud (Capítulo 6. Artículo 2.5.1.6.1)
- Resolución 2003 de 2014 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 (SUH)
- Resolución 1441 de 2013 anexo “Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación” (ítem 1. Plataforma estratégica de la Seguridad)”
- Resolución N° 2003 del 2014. Define los requisitos mínimos del Sistema Único de Habilitación (SUH)
- Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia, Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente 2010, Promoción de la cultura de seguridad del paciente según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Carrera 7^a No. 5 – 24

La Cumbre - Valle del Cauca

Teléfono: +57 312 286 7934

contactenos@hospitalsantamargarita.gov.co

<https://hospitalsantamargarita.gov.co/>

70-46.05

3. DEFINICIONES.

Atención en Salud: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

Análisis de causa raíz: Proceso sistemático y reiterativo mediante el cual se identifican los factores que contribuyen a un incidente, reconstruyendo la secuencia cronológica de los sucesos y preguntándose repetidamente por qué, hasta que se hayan elucidado las causas raíz subyacentes.

Barrera de seguridad: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

Clasificación tipos de atención insegura: Tipos de atención en salud insegura que pueden causar Eventos Adversos o incidentes.

Indicio de Atención Insegura: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o un evento adverso.

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

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.

Falla activa: Errores resultantes de las decisiones y/o acciones de las personas que participan en el proceso.

Falla latente: Fallas en los sistemas de soporte.

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 y que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

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.



70-46.05

Modo de fallo: es una causa de falla o una posible manera en la que un sistema puede fallar. Cuando un sistema tiene muchas maneras posibles de fallar, tiene múltiples modos de falla o riesgos que compiten. Mientras más complejo es un sistema, más modos de falla tendrá.

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.

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.

4. POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el Hospital Santa Margarita E.S.E., como institución de primer nivel, reafirmamos nuestro compromiso con la excelencia en la atención y la gestión clínica, fomentando una cultura de seguridad que involucra a todos los colaboradores, aseguradoras y partes interesadas.

Nuestra prioridad es identificar, intervenir y prevenir riesgos, incidentes y eventos adversos que puedan surgir durante el proceso de atención médica. Para ello, implementamos estándares, prácticas y mecanismos que aseguran una atención de calidad, eficiente y segura para nuestros pacientes y sus familias.

Promovemos un entorno de confianza basado en una cultura justa, en la que la confidencialidad, el aprendizaje continuo y el enfoque educativo son pilares fundamentales.

Nuestra política impulsa la mejora constante a través de la participación activa en todos los niveles de la institución, fortaleciendo la seguridad del paciente como eje central de nuestra misión.

Que se enmarca en la política institucional reglamentada mediante la Resolución N° 75 de Septiembre del 2024.

Objetivo general:

Garantizar una atención segura y de calidad en la E.S.E. Hospital Santa Margarita de La Cumbre – Valle del Cuaca, mediante la implementación de una cultura de seguridad centrada en la identificación, prevención y gestión de riesgos, incidentes y eventos adversos, involucrando activamente a todo el personal de la institución, los pacientes y sus familias, con el fin de promover un entorno de confianza, aprendizaje continuo y mejora constante en la atención brindada.

70-46.05

5. ALCANCE

EL Programa de Seguridad del Paciente de la E.S.E. Hospital Santa Margarita de La Cumbre – Valle del Cuaca, se aplica a todos los niveles de la organización, abarcando los procesos asistenciales, administrativos, gerenciales y de gestión del talento humano.

6. COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Resolución N° 92 de Octubre de 2024, por medio del cual se actualiza el comité de seguridad del paciente y eventos adversos de la E.S.E hospital santa margarita del municipio de la cumbre – valle del cauca.

El cual va orientado a definir, analizar y establecer lineamientos en materia de seguridad del paciente. Se enfoca en reducir los daños, tanto intencionales como no intencionales, a través de la implementación de estrategias de prevención y la minimización de errores en los sistemas de atención y en las prácticas del personal de salud.

CONFORMACIÓN. Comité de Seguridad del Paciente y Eventos Adversos de la E.S.E. Hospital Santa Margarita de La Cumbre, estará integrado de la siguiente manera:

Gerente o su delegado

El jefe de oficina asistencial, quien lo presidirá

Jefe de oficina administrativa

Jefe de enfermería, quien será el secretario técnico

Coordinador médico o quien haga sus veces

Líder de calidad, o quien haga sus veces

Referentes de los programas de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, Reactivo-vigilancia, Hemo-vigilancia y control de infecciones

7. PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Programa de Seguridad del Paciente incluye la Política de Seguridad del Paciente, dirigida desde el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Este programa tiene como objetivo “prevenir la ocurrencia de situaciones que pongan en riesgo la seguridad del paciente, reducir y, de ser posible, eliminar la aparición de eventos adversos para lograr instituciones seguras y competitivas a nivel interno.

7.1 OBJETIVO GENERAL:

Implementar estrategias que garanticen la seguridad del paciente mediante la prevención, identificación, gestión y análisis de riesgos, reduciendo al mínimo los eventos adversos durante la atención en salud.



70-46.05

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Implementar de las metodologías existentes más comunes en relación con el análisis y la gestión de riesgos.
- Realizar actividades de búsqueda activa de eventos adversos
- Implementar del Sistema de Reporte de eventos
- Diseñar e implementar políticas institucionales en torno a la seguridad del paciente.
- Promover una cultura de seguridad entre todos los colaboradores.
- Gestionar de forma proactiva los riesgos asociados a la atención en salud.
- Implementar y evaluar prácticas seguras basadas en la evidencia científica.
- Realizar actividades educativas y de capacitación continua.

7.3 EJES CONDUCTORES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

7.3.1 Apoyo de la alta dirección

El compromiso de la alta dirección es la base para establecer una cultura institucional sólida en torno a la seguridad del paciente. La junta directiva y la gerencia de la E.S.E. Hospital Santa Margarita reconocen la seguridad del paciente como un eje estratégico que impacta directamente en la calidad de los servicios, la confianza de los usuarios y el desempeño institucional.

La alta dirección asegura que la seguridad del paciente sea una prioridad permanente, integrándola en la visión estratégica del hospital. Este compromiso se refleja en su liderazgo proactivo y en la generación de un entorno organizacional que respalde la implementación de prácticas seguras, garantizando que estas se desarrolle de manera consistente en todos los niveles de atención.

La junta y la gerencia apoyan el programa de seguridad del paciente al promover una cultura institucional basada en la mejora continua, la transparencia y la responsabilidad compartida. Este enfoque permite al personal sentirse respaldado en su esfuerzo por identificar y mitigar riesgos, fortaleciendo la confianza en el sistema y facilitando la participación activa de todos los colaboradores.

El respaldo de la alta dirección no solo asegura la sostenibilidad del programa, sino que también establece un precedente de compromiso organizacional, incentivando la adopción de valores como la integridad, la excelencia y el respeto hacia los pacientes y sus familias.

7.3.2 Análisis y gestión de riesgos;

• Análisis de modo y efecto de falla- AMEF

La gestión del riesgo identifica y aprovecha oportunidades para mejorar el desempeño y emprender acciones para evitar o reducir las oportunidades de que algo salga mal. La alta dirección de una institución expresa su compromiso permanente de trabajo con la seguridad de sus prácticas clínicas a través de unas actividades de gestión de riesgos. Tendientes a analizar los riesgos inherentes a la eficiencia de las operaciones en las actividades de sus procesos y de sus puestos de trabajo para prevenir eventos adversos.



70-46.05

Una potencial falla de un proceso se define como la manera en que el proceso pudiera fallar en cubrir sus requerimientos. Se describe en términos de lo que los clientes internos y externos pueden notar o experimentar.

El AMEF es una metodología que se utiliza para gestionar el riesgo de una potencial falla. Describe un grupo sistematizado de actividades que pretende reconocer y evaluar la falla potencial del proceso y sus efectos, e identificar las acciones que puedan eliminar o reducir la posibilidad de su ocurrencia. Por lo tanto, el AMEF completo y bien hecho, debe ser una acción antes del evento y no un ejercicio posterior a los hechos.

7.3.3 Análisis y gestión de eventos adversos

- **Protocolo de Londres**

- i. **Identificación y decisión de investigar.** Es obvio que el proceso de investigación y análisis de un incidente supone un paso previo: haberlo identificado. Detrás de la identificación está el inmenso campo del reporte de los errores y eventos adversos, el cual, como se ha discutido en otros documentos, solo ocurre en instituciones que promueven activamente una cultura en la que se puede hablar libremente de las fallas, sin miedo al castigo, en donde no se sanciona el error, pero si el ocultamiento. Una vez identificado el incidente la institución debe decidir si inicia o no el proceso. En términos generales, esta determinación se toma teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional. Independientemente de los criterios que se utilicen, toda organización debe hacer explícito los motivos y las circunstancias por las que se inicia una investigación.
- ii. **Selección del equipo investigador:** Hay que reconocer que un proceso complejo como este requiere, además de conocimiento y experiencia en investigación de incidentes, conocimiento y experiencia clínica específica. Idealmente un equipo investigador debe estar integrado por 3 a 4 personas lideradas por un investigador. Las personas con competencias múltiples son muy útiles en estos equipos, siempre y cuando cuenten con el tiempo necesario.

- iii. **Obtención y organización de información.** Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben recolectarse tan pronto como sea posible.

Estos incluyen como mínimo:

- o Historia clínica completa.
- o Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente.
- o Declaraciones y observaciones inmediatas.
- o Entrevistas con los involucrados.
- o Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, etc).
- o Otros aspectos relevantes tales como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal bien adiestrado.

Las declaraciones y observaciones inmediatas son muy valiosas siempre y cuando se orienten a obtener el tipo de información que se desea tener, para evitar que sean resúmenes incompletos de la historia clínica. Las declaraciones deben ser narraciones



70-46.05

espontáneas de la percepción individual acerca de lo ocurrido, de la secuencia de eventos que antecedieron el incidente, de la interpretación acerca de cómo esos eventos participaron en el incidente y de aquellas circunstancias y dificultades que los involucrados enfrentaron –por ejemplo, equipo defectuoso- y no están descritas en la historia clínica. Las observaciones referentes a supervisión o soporte insuficiente o inadecuado es mejor reservarlas para las entrevistas. Esta información debe recolectarse lo mas pronto posible después de ocurrido el incidente.

Una de las mejores formas de obtener información de las personas involucradas en incidentes clínicos son las entrevistas personales. El equipo investigador decide a quién entrevistar y es responsable de llevarlas a cabo lo más pronto posible.

La entrevista debe ajustarse a un protocolo cuyo propósito es tranquilizar al entrevistado y obtener de él un análisis y unas conclusiones lo más cercanas a la realidad de los acontecimientos.

Lugar	Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el incidente. El entrevistado puede estar acompañado por quien desee.
Explique el propósito	Explique al entrevistado el motivo de la entrevista. Evite el estilo confrontacional y los juicios de valor. Garantícele que lo que diga no va a ser objeto de represalias y va a mantenerse bajo estricta confidencialidad.
Establezca la cronología del incidente	Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación. Establezca con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como él la vivió. Compare esta información con la secuencia general que se conoce hasta el momento.
Identifique las acciones inseguras	Explique al entrevistado el significado del término acción insegura e ilustre el concepto con un ejemplo diferente al caso que se investiga. Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable. Cuando hay protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas. Recuerde que en la práctica diaria es aceptable algún grado de variación.
Identifique los factores contributivos	Explique al entrevistado el significado del término factor contributivo e incentive su identificación sistemática mediante ejemplos ilustrativos. Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo pregúntele si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.
Cierre	Permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga. Las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos.

Tabla 2. Protocolo de entrevista



70-46.05

- iv. **Precise la cronología del incidente.** Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente, junto a la historia clínica, deben ser suficientes para establecer qué y cuándo ocurrió. El equipo investigador tiene la responsabilidad de identificar cualquier discrepancia entre las fuentes. Es útil familiarizarse con alguna de las siguientes metodologías para precisar la cronología:
- o Narración. Tanto las entrevistas como la historia clínica proporcionan una cronología narrativa de lo ocurrido que permite entender cómo se sucedieron los hechos y cuál fue el papel y las dificultades enfrentadas por los involucrados.
 - o Diagrama. Los movimientos de personas, materiales, documentos e información pueden representarse mediante un dibujo esquemático.
- v. **Identifique las acciones inseguras.** Una vez identificada la secuencia de eventos que condujeron al incidente clínico, el equipo investigador debe puntualizar las acciones inseguras. Es probable que algunas se hayan identificado durante las entrevistas o como producto de la revisión de la historia clínica. Sin embargo, es útil organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para que entre todos intenten identificar las principales acciones inseguras. La gente que de alguna manera participó en el incidente usualmente es capaz de identificar el motivo por el cual ocurrió. El facilitador debe asegurarse de que las acciones inseguras sean conductas específicas por acción o por omisión- en lugar de observaciones generales acerca de la calidad de atención. Es fácil encontrarse con afirmaciones tales como "mala comunicación" o "trabajo en equipo deficiente", las cuales pueden ser características reales del equipo, pero que corresponden a factores contributivos más que a acciones inseguras. Aunque en la práctica las acciones inseguras y los factores contributivos se mezclan, es aconsejable no explorar estos últimos hasta que la lista de las primeras este completa.
- vi. **Identifique los factores contributivos.** El paso siguiente es identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. Cuando se ha identificado un gran número de acciones inseguras es bueno seleccionar las más importantes y proceder a analizarlas una a una, dado que cada una tiene su propio conjunto de factores contributivos. Es posible que cada acción insegura esté asociada a varios factores. Por ejemplo: desmotivación (individuo), falta de supervisión (equipo de trabajo) y política de entrenamiento inadecuada (organización y gerencia).



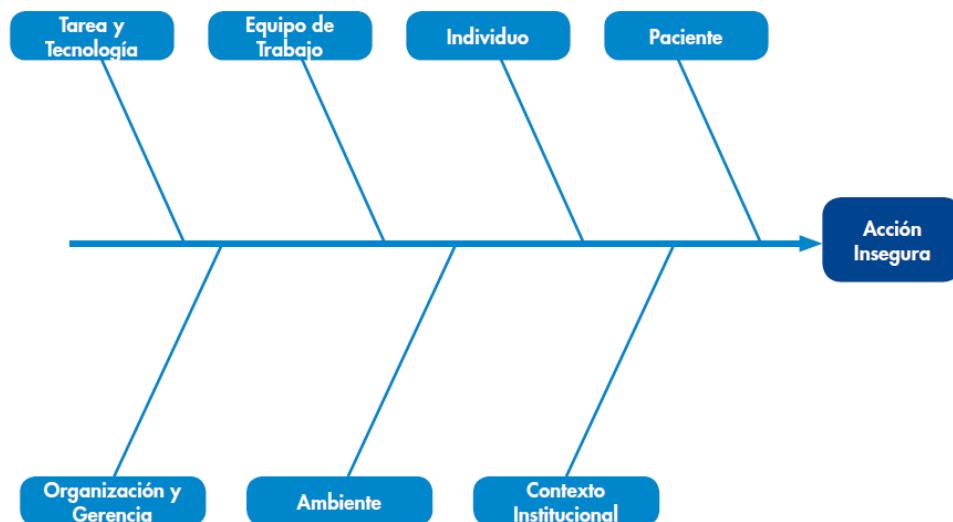
70-46.05

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
PACIENTE	COMPLEJIDAD Y GRAVEDAD LENGUAJE Y COMUNICACIÓN PERSONALIDAD Y FACTORES SOCIALES
TAREA Y TECNOLOGÍA	DISEÑO DE LA TAREA Y CLARIDAD DE LA ESTRUCTURA; DISPONIBILIDAD Y USO DE PROTOCOLOS; DISPONIBILIDAD Y CONFIABILIDAD DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS; AYUDAS PARA TOMA DE DECISIONES
INDIVIDUO	CONOCIMIENTO, HABILIDADES Y COMPETENCIA SALUD FÍSICA Y MENTAL
EQUIPO de TRABAJO	COMUNICACIÓN VERBAL Y ESCRITA SUPERVISIÓN Y DISPONIBILIDAD DE SOPORTE ESTRUCTURA DEL EQUIPO (consistencia, congruencia, etc)
AMBIENTE	PERSONAL SUFFICIENTE; MEZCLA DE HABILIDADES; CARGA DE TRABAJO; PATRÓN DE TURNOS; DISEÑO, DISPONIBILIDAD Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS; SOPORTE ADMINISTRATIVO Y GERENCIAL; CLIMA LABORAL; AMBIENTE FÍSICO (luz, espacio, ruido)
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	RECURSOS Y LIMITACIONES FINANCIERAS; ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL; POLÍTICAS, ESTÁNDARES Y METAS; PRIORIDADES Y CULTURA ORGANIZACIONAL
CONTEXTOS INSTITUCIONAL	ECONÓMICO Y REGULATORIO CONTACTOS EXTERNOS



Tabla 1. Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica.

vii. **Registro de los factores en la espina de pescado:** el referente toma nota ubicándolos en la estructura de espina de pescado de los factores contributivos que los participantes identifiquen, no solo que contribuyeron a la presencia de la falla activa del caso o casos objetos del análisis, si no que en un futuro podrían contribuir a la generación del mismo tipo de falla y por ende al daño.





70-46.05

- viii. Priorización de los factores: se deben priorizar los factores a trabajar. Los criterios de priorización pueden ser definidos por la institución; se sugiere el uso de los criterios de probabilidad e impacto Para esto, el referente de seguridad lee cada factor escrito en la espina de pescado o en el proceso de análisis de cada factor contributivo y pregunta: ¿Qué tanto impacto tiene el factor en el paciente y la institución? Y realiza la calificación según la tabla anexa sugerida a continuación.

Probabilidad	Nivel	Impacto	Nivel
1	Baja: es muy poco factible que el hecho se presente.	1	Bajo: si el hecho llegara a presentarse tendría bajo impacto o efecto en la entidad.
2-3	Media: es factible que el hecho se presente.	2-3	Medio: si el hecho llegara a presentarse tendría impacto medio o efecto en la entidad.
4-5	Alta: es muy factible que el hecho se presente.	4-5	Alto: si el hecho llegara a presentarse tendría alto impacto o efecto sobre la entidad.

- ix. **Definición de plan de mejoramiento:** la organización define en el comité de seguridad los factores contributivos a priorizar. Se recomienda priorizar los que tengan calificación de 25 y los demás que la institución considere se encuentran en la capacidad de trabajar según recursos físicos, humanos, financieros de la organización, etc.
 ¿Qué se debe tener en cuenta en el momento de redactar un plan de mejoramiento?
 Los planes de mejoramiento se deben redactar siguiendo el ciclo PHVA, con el fin de garantizar el cierre del plan de mejoramiento. A continuación, se muestra una tabla sugerida de redacción de plan de mejoramiento.

ACTIVIDAD	FECHA EJECUCIÓN	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO
P:			
H:			
V:			
A:			

P: Planear

H: Hacer

V: Verificar

A: Actuar

7.3.4 Adherencia a guías de práctica clínica

Es sabido que la práctica médica excesivamente basada en decisiones individuales y en la improvisación, reduce la calidad asistencial y es peligrosa para los pacientes. La guía de práctica clínica es la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente, durante su estadía en la organización. Tiene el objetivo de proporcionar

Carrera 7^a No. 5 – 24
 La Cumbre - Valle del Cauca
 Teléfono: +57 312 286 7934
contactenos@hospitalsantamargarita.gov.co
<https://hospitalsantamargarita.gov.co/>



70-46.05

información para la toma de decisiones en intervenciones de salud. Su elaboración reduce la variabilidad de la práctica médica con lo cual mejora la calidad de la atención asistencial y se disminuye la probabilidad de aparición de eventos adversos.

La guía considera no solo el estado del arte científico para el diagnóstico y tratamiento correctos de las patologías, sino que además incluye las guías de procedimientos de enfermería. Para el diseño y desarrollo de las guías de práctica clínica la organización tiene en cuenta las patologías más frecuentes en cada servicio

Las guías de práctica clínica deben estar disponibles en los servicios para fácil consulta por los profesionales. Por ello, una actividad clínica tan importante como lo es el diseño de la guía, es la verificación de su adherencia en la implementación.

En ese propósito, debido a que frecuentemente las guías de práctica clínica son documentos voluminosos que pocos consultan, una estrategia es convertirlas en listas de chequeo. De esta manera, una guía de manejo de decenas de páginas, se convierte en solo una, con algunos ítems, que es fácilmente verificable. En esta lista de chequeo se deben incluir aquellos ítems que los profesionales catalogan como infaltables en la guía.

7.3.5 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. Entre las actividades educativas que se realizan están:

-- Las sesiones breves de seguridad. Se presentan cuando el líder del equipo o cualquier otro integrante aprovecha que el equipo se encuentra reunido, por ejemplo, en una entrega de turno, en un comité, en una revista diaria, etc para suministrar información relacionada con una práctica segura. Ejemplo, se recuerdan los cinco momentos del lavado de manos, o la manera correcta de identificar un paciente, o la manera correcta de comunicarse con otro profesional de la salud alrededor de las órdenes médicas, etc.

-- Folletos. Son documentos ilustrados que se entregan a los colaboradores y a los servicios con alguna periodicidad, y que tienen como fin recordar el carácter prioritario que en la institución se le da a la seguridad de los pacientes. Recuerda al lector sobre las prácticas seguras, los tips de seguridad, y los actos inseguros.

7.3.6 Gestión segura del uso de medicamentos programa de farmacovigilancia

Los errores en el uso de medicamentos son uno de los de mayor ocurrencia en la atención en salud. Ellos pueden suceder en cualquier paso de la cadena logística; bien sea desde la selección del medicamento hasta su administración al paciente. Aunque afortunadamente no todos ellos terminan en eventos adversos (solo en 6% al 10% de todos los pacientes hospitalizados), preocupan grandemente al sistema de atención en salud.

Algunas prácticas como la orden médica hecha por computador y la identificación y gestión adicional de aquellos de alto riesgo (medicamentos de control y LASA) han disminuido su frecuencia.

El uso de medicamentos en los pacientes conlleva diferentes riesgos entre los cuales se puede presentar su incorrecta administración, bien sea porque hay error en la dosis o en el medicamento mismo, el uso de soluciones concentradas directamente en los pacientes,



70-46.05

contaminación de mezclas intravenosas, técnica no aséptica al administrar un medicamento a un paciente y la ausencia de conciliación medicamentosa.

Implementar barreras para evitar estos eventos es de vital importancia, más si tenemos en cuenta que a futuro seguramente el riesgo de que estos eventos se presenten aumentará como producto del desarrollo de nuevos medicamentos, del descubrimiento de nuevos usos de los medicamentos ya existentes, del envejecimiento de la población, del incremento en el uso de medicamentos para la prevención de enfermedades y del incremento en el cubrimiento por los aseguradores de los medicamentos prescritos.

• Conciliación medicamentosa

Frecuentemente cuando los pacientes son admitidos en un hospital reciben nuevas medicaciones o les cambian las que previamente venían recibiendo, de tal manera que se les instaura un nuevo tratamiento. En este proceso, en cualquier momento pueden suceder errores, entre los cuales se incluyen omisiones, errores en la dosificación, duplicaciones, o interacciones medicamentosas entre los medicamentos previos y los nuevos.

Para evitar estos errores en el uso de la medicación surge la reconciliación medicamentosa.

Esta consiste en comparar los medicamentos previos que recibía el paciente con los actuales y definir cuales va a seguir recibiendo a futuro. Este proceso debe hacerse al ingreso del paciente, en su traslado de un servicio a otro, o al momento de su egreso.

7.3.7 Gestión segura de la tecnología biomédica programa de tecnovigilancia

En la atención en salud, en todo momento utilizamos dispositivos médicos y con alguna frecuencia se presentan incidentes o eventos adversos asociados a su uso (EAUDM). El decreto 4725 de 2005 emitido por el Ministerio de Salud y Protección social, definió al dispositivo médico como “cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, que se utiliza para la atención de seres humanos, sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación”.

Una adecuada gestión tecnológica inicia con la creación del programa de tecnovigilancia el cual informa al comité de seguridad del paciente el cual se encarga de asesorar y recomendar a la Gerencia, la mejor, entre múltiples opciones, de la tecnología que se busca. Es recomendable que de comité hagan parte activa quien compra en la institución, el ingeniero biomédico y el director del Programa de Seguridad del paciente. Una vez definido el tipo de equipo que se requiere el ingeniero biomédico debe realizar la investigación; para por lo menos 3 proveedores potenciales; sobre: alertas previas del equipo emitidas por ECRI, FDA, etc. por eventos adversos publicados con ese equipo, al igual que la conectividad de esa tecnología con la existente, la experiencia de otras instituciones con ese equipo, la experiencia del proveedor, experiencia de la institución con el proveedor (si se tiene), la experiencia con los mantenimientos correctivos y preventivos del potencial proveedor, servicio post venta, precio, y condiciones de pago.

La decisión se tomará después de una amplia discusión donde se escuche a todos los asistentes, se respondan las preguntas a que haya lugar y se haga consenso sobre la mejor opción. En esta decisión, no siempre el dispositivo seleccionado será el más barato. Una vez el equipo esté en el sitio definido y antes de ponerlo en funcionamiento regular se debe



70-46.05

proceder a la capacitación de los usadores finales en su adecuado funcionamiento asegurando que ningún futuro usador se quede sin la misma.

7.3.8 Implementación de las metas globales de seguridad del paciente

La E.S.E. trabaja en el día a día hacia la obtención de las metas de seguridad; mejorar la identificación del paciente, mejorar la efectividad de la comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes, mejorar la seguridad al utilizar medicamentos de alta alerta o riesgo, reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención y reducir el riesgo de daños al paciente por caídas.

Cada una de ellas es motivo de un paquete instruccional específico.

La identificación del paciente debe considerar los adultos con y sin documento de identidad, los recién nacidos y menores de edad sin número de identificación.

Los errores en la comunicación interpersonal y con el paciente son el factor contribuyente más frecuentemente observado cuando se analizan los eventos adversos sucedidos.

Para disminuir esta frecuencia en la institución se deben implementar diferentes estrategias entre las cuales estandarizar las abreviaturas.

Las acciones que la institución debe realizar para disminuir al mínimo posible y ojalá evitar los eventos adversos asociados al uso de medicamentos, incluyen estrategias desde la selección, la compra, la recepción, el almacenamiento, la dispensación, la prescripción y la administración del medicamento, así como la identificación extra de los medicamentos de alto riesgo.

Para prevenir, detectar y controlar adecuadamente las infecciones, en la E.S.E. debe desarrollar diferentes estrategias que incluyen el desarrollo e implementación de una guía de profilaxis quirúrgica antibiótica a la cual se le vigile su cumplimiento, realizar campañas institucionales de lavado de manos en los cinco momento sugeridos por la OMS, hacer vigilancia activa del lavado higiénico de las manos, centralizar en el profesional más competente el uso de antibióticos de máxima potencia, definir las recomendaciones de precaución para el manejo de pacientes aislados y hacer vigilancia a su cumplimiento.

La E.S.E. implementa en su interior un protocolo institucional para prevenir que se presenten caídas de pacientes. Para ello debe identificar al paciente con riesgo de caída con un adhesivo de color en manilla de identificación, educar a pacientes, familiares y acompañantes sobre el riesgo y la necesidad de informar al personal del servicio cuando el paciente se va a quedar solo o desea levantarse al baño, realizar una adecuada señalización de toda la infraestructura física sobre los posibles riesgos de caída, en las escaleras, en los desniveles, en los espacios vacíos, etc., adecuar la instalación física (baños, pasillos, piso de las habitaciones) con los requerimientos necesarios: soportes en los baños, tanto en el área de sanitario como en la ducha, colocación de bandas antideslizantes en todos los baños, colocación de piso totalmente antideslizante, adecuar las camas de los pacientes manteniéndolas en el nivel de altura más bajo posible, colocándole barreras de espuma que bloqueen los espacios de las barandas, adecuando las sillas de rueda y camillas para el transporte de pacientes colocándoles un cinturón de seguridad manteniendo arriba las barandas de las camillas.



70-46.05

7.3.9 Involucramiento del paciente y la familia en su seguridad

Conscientes de que un paciente más comprometido con su salud es un paciente que ayuda a prevenir eventos adversos, la E.S.E. debe estimularlos, a sus familiares y sus acompañantes para que comuniquen o pregunten sobre cualquier inquietud o preocupación que tengan con respecto a la seguridad del cuidado que reciben o que van a recibir.

Para tal efecto, se desarrollan folletos ilustrativos sobre el papel activo que cada paciente en la consulta externa, en que va a ser hospitalizado, debe desempeñar buscando ayudar al personal de salud a que le entregue un cuidado más seguro.

Los pacientes y su familia acompañante son también involucrados en su auto-cuidado y seguridad al momento de las rondas de seguridad. Cuando la misma se realiza, se indaga al paciente sobre cómo le ha parecido la seguridad de su atención y qué aspectos concernientes a la seguridad han notado ellos que se pueden implementar o que ya lo están, pero se pueden mejorar.

7.3.10 Mecanismos de reporte de eventos adversos

El reporte institucional de incidentes y eventos adversos es una herramienta fundamental para el aprendizaje institucional y la prevención futura de nuevos eventos. Saber qué pasó, permitirá conocer las fallas institucionales y los errores humanos ocurridos para establecer acciones de mejora.

La herramienta que se creó para incentivar y generar el reporte voluntario en la E.S.E. es un formulario Google form por el cual pueden reportar con confidencialidad. Se compartió el link del formulario y se creó un código QR que se dispuso en zonas estratégicas de la E.S.E. facilitando la accesibilidad.

Link del formulario:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdmGQrzc_BJ7P2LPzF3WoFvUr1FLXgjpu4ldNPxx8Y5Qq3sA/viewform?usp=sf_link

Código QR





70-46.05

7.3.11 Herramientas para la construcción de cultura de seguridad

En la E.S.E. **Hospital Santa Margarita**, reconocemos que la **creación de una cultura de seguridad** es el pilar fundamental para garantizar la atención segura y de calidad a nuestros pacientes. Esta convicción está alineada con las recomendaciones del **National Quality Forum** (2003) y las alertas emitidas por la **Joint Commission** (2008), las cuales destacan que el compromiso con la cultura de seguridad permite reducir errores, minimizar eventos adversos y mejorar la satisfacción de los pacientes.

Somos conscientes de que, al ser los seres humanos los proveedores de la atención en salud, las **fallas y errores pueden ocurrir**. Sin embargo, entendemos que es nuestra responsabilidad como organización identificar, aprender y **prevenir** que dichos errores afecten a nuestros pacientes. Por esta razón, en la E.S.E. Hospital Santa Margarita trabajamos para fortalecer nuestra **cultura organizacional**, entendida como el conjunto de conocimientos, valores, experiencias y actitudes que compartimos como equipo, y que guían nuestro comportamiento diario hacia un **objetivo común: la seguridad del paciente**

Por eso trabajamos en fortalecer la cultura de seguridad y nos enfocamos en sus componentes:

- Seguridad psicológica

Para promover la seguridad psicológica realizamos las siguientes actividades:

- Promover un espacio de comunicación abierta donde los colaboradores puedan expresar preocupaciones de seguridad sin temor a represalias.
- Reforzar positivamente a los colaboradores que identifican y comunican posibles riesgos o errores de manera proactiva
- Fomentar la identificación de errores y el trabajo en equipo mediante prácticas seguras.
- Identificar riesgos y oportunidades de mejora a través de la participación anónima de los colaboradores.
- Fortalecer el trabajo en equipo y garantizar que todas las voces sean escuchadas, independientemente del rol del colaborador.
- Generar aprendizaje a partir de eventos adversos y fortalecer la cultura de seguridad sin buscar culpables.
- Reforzar la seguridad psicológica mostrando ejemplos positivos de intervención oportuna.

- Liderazgo efectivo

Se refiere a que en cada servicio el líder o los líderes del mismo creen un ambiente de trabajo que favorezca la seguridad psicológica para que así todas las personas se sientan tranquilas expresando sus preocupaciones de seguridad.

El líder efectivo es aquel que se hace accesible a sus colaboradores, comparte información con ellos, los invita a contribuir con su experticia y preocupaciones y evidencia en su comportamiento preocupación por la falla, en el sentido de que si un colaborador cree que existe un problema, el problema es real hasta que se demuestre lo contrario.



70-46.05

Para promover el liderazgo efectivo realizamos las siguientes actividades:

- Fomentar un liderazgo basado en la humildad, la escucha activa y la accesibilidad para generar seguridad psicológica en los equipos de trabajo.
- Crear un espacio donde líderes y equipos puedan identificar riesgos antes de un procedimiento o reflexionar sobre situaciones críticas después de ellas.
- Motivar y destacar a los líderes que promueven la seguridad psicológica y el trabajo en equipo efectivo.
- Capacitar a los líderes en habilidades de comunicación que fomenten un ambiente de trabajo seguro y colaborativo.
- Crear espacios de diálogo entre líderes y colaboradores para fortalecer la confianza y seguridad psicológica.
- Entrenar a los líderes para reaccionar de manera efectiva y accesible en momentos de alto riesgo.
- Evaluar periódicamente la percepción que tienen los colaboradores sobre el liderazgo en sus servicios

- Transparencia

Hace referencia a que la organización hace visible a sus colaboradores los eventos adversos presentados. Se basa en el concepto de que una organización transparente investiga los errores y comparte los hallazgos internamente para que otros aprendan y eviten cometer errores similares. Significa también que en la reunión de análisis, todos los participantes hablan con sinceridad sobre lo ocurrido. Dicho de otra manera, una organización transparente utiliza no oculta los eventos adversos, en vez de esto, los utiliza para mejorar.

Para promover la transparencia realizamos las siguientes actividades:

- Facilitar el aprendizaje a partir de los errores mediante un análisis abierto y constructivo.
- Comunicar las lecciones aprendidas de los eventos adversos para evitar su repetición.
- Generar un espacio donde los colaboradores puedan expresar sus inquietudes y aprendizajes respecto a la seguridad del paciente.
- Sensibilizar a los colaboradores sobre la importancia de reportar y analizar eventos adversos de manera abierta y sin culpa
- Motivar a los colaboradores a reportar eventos adversos y contribuir a la mejora continua.
- Capacitar a los equipos en la identificación y manejo transparente de eventos adversos.
- Hacer visibles las mejoras derivadas de los eventos adversos analizados.

- Cultura justa

Tiene como principio el hecho cierto de que cualquier profesional competente involuntariamente comete errores. Se refiere a que al momento de tomar decisiones sobre un evento adverso sucedido, se distingue entre los eventos adversos que son producto de errores de las personas, de aquellos que son producto de fallas en el sistema. Si bien las personas son responsables por sus comportamientos, la justicia está en que se reconoce que las personas individualmente no pueden ser responsables por fallas en el sistema sobre las cuales ellos no tienen control. La cultura justa se relaciona con actos involuntarios y de ninguna



70-46.05

manera, tolera comportamientos conscientemente riesgosos e irresponsables, que colocan en claro riesgo a los pacientes.

Para promover la transparencia realizamos las siguientes actividades:

- Capacitar a los colaboradores en los principios de la cultura justa y cómo aplicarlos en el día a día
- Comunicar de manera clara y formal las pautas de comportamiento esperadas y los límites inaceptables.
- Evaluar los eventos adversos aplicando los principios de la cultura justa.
- Incentivar a los colaboradores a reportar errores o eventos adversos sin temor.
- Medir la percepción de los colaboradores respecto a la implementación de la cultura justa.

7.3.12 Búsqueda activa de eventos adversos

Conociendo que la gran mayoría de los eventos adversos que suceden realmente se reportan, claramente los hospitales necesitan una manera más efectiva de identificar eventos que causan daño a los pacientes para determinar la severidad del daño e iniciar las acciones para minimizar sus consecuencias. En 2009 el Institute for HealthCare improvement publicó una herramienta para medir eventos adversos, la cual provee un método fácil para identificar efectivamente eventos de este tipo, cuantificar el daño y medir la tasa de eventos adversos sobre el tiempo.

Consiste en una revisión retrospectiva de una muestra de historias clínicas de pacientes hospitalizados en busca de pistas de posibles eventos adversos.

Existen en el día a día de la atención hospitalaria situaciones clínicas detrás de las cuales podría estar un evento adverso. Una buena recomendación para quienes lideran un programa de seguridad del paciente es que una vez ocurra una de estas situaciones, se revise la historia clínica. Estas situaciones son:

- Reingreso al servicio por la misma causa en menos de 72 horas
- Daño a un paciente ocurrido en el hospital (caídas, quemaduras, ulceras de presión)
- -Sepsis
- -Paro cardio-respiratorio
- Apagar score bajo
- Reacciones adversas a medicamentos
- Traslado no planeado a otra unidad de cuidado agudo del hospital
- Déficit neurológico no presente al ingreso
- Muerte no esperada

También se realizan otras actividades para la búsqueda activa:

- **Rondas de Seguridad:** Identificar eventos adversos y riesgos en tiempo real a través de visitas a los servicios hospitalarios.
- **Monitoreo de Quejas y Sugerencias:** Utilizar las quejas de pacientes y familiares como una fuente para identificar eventos adversos.
- **Entrevistas con Pacientes y Familiares:** Obtener información directa sobre posibles eventos adversos desde la perspectiva de los pacientes y sus familiares

70-46.05

7.3.13 Cronograma de actividades para celebrar fechas internacionales de seguridad del paciente

DIA	FESTIVIDAD	ACTIVIDAD
07 abril 2024	Día Mundial de la Salud	Realizar una charla para los pacientes en las salas de espera sobre alimentación saludable y actividad física.
05 mayo 2024	Día Mundial de la Higiene de Manos	Instalar un punto de lavado de manos en el hospital y enseñar a los asistentes la técnica correcta con los pasos correspondientes pasos.
17 septiembre 2024	Día Mundial de la Seguridad del Paciente	Diseñar y colocar carteles en áreas visibles que expliquen acciones clave para la seguridad del paciente, como identificación correcta y comunicación clara.
18 septiembre 2024	Día Mundial de la Ética Médica	Colocar mensajes alusivos a la ética médica en pantallas o murales del hospital, como recordatorio para el personal y usuarios.
15 octubre 2024	Día Mundial del Lavado de Manos	Instalar un punto de lavado de manos en el hospital y enseñar a los asistentes la técnica correcta con los pasos correspondientes.
10 diciembre 2024	Día de los Derechos Humanos	capacitar a usuarios y personal sobre los derechos y deberes de los usuarios

8. INDICADORES

Indicador	Numerador	Denominador	Fórmula
Tasa de eventos adversos	Número de eventos adversos reportados	Total, de pacientes atendidos	(Eventos adversos / Total de pacientes atendidos) * 1000
Tasa de infecciones nosocomiales	Número de infecciones nosocomiales identificadas	Total, de pacientes hospitalizados	(Infecciones nosocomiales / Total de pacientes hospitalizados) * 100
Tasa de caídas de pacientes	Número de caídas ocurridas	Total, de días de hospitalización	(Caídas / Total de días de hospitalización) * 1000
Tasa de error en la administración de medicamentos	Número de errores de medicación identificados	Total medicaciones administradas	(Errores de medicación / Total de medicaciones administradas) * 100

70-46.05

Tasa de reingresos hospitalarios no planificados	Número de reingresos no planificados	Total de pacientes dados de alta	(Reingresos no planificados / Total de pacientes dados de alta) * 100
Tasa de mortalidad no esperada	Número de muertes no esperadas	Total de pacientes atendidos	(Muertes no esperadas / Total de pacientes atendidos) * 100
Satisfacción del paciente con la seguridad de la atención	Puntuación total de las encuestas de satisfacción	Total de encuestas respondidas	Puntuación total / Total de encuestas respondidas
Tasa de adherencia a las prácticas de lavado de manos	Número de veces que se realizó correctamente la higiene de manos	Total Observaciones de lavado de manos	(Correcta higiene de manos / Total de Observaciones de lavado de manos) * 100

9. ANEXOS

- APD-FAR-man-002 Manual de farmacovigilancia
- APD-LAB-man-005 Manual de reactivovigilancia
- AYF-GAF-MBI-prg-001 Programa de tecnovigilancia

10. CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Líder de Calidad	Jefe de Oficina Asistencial	Gerente

REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES				
VERSIÓN	FECHA	PÁGINAS	SOLICITANTE	OBSERVACIONES
1	17/04/2025	21	Calidad	Creación del documento por Duván Felipe Ochoa Toro – Líder de Calidad Revisado por Claudia Ximena Castro – jefe de Oficina Asistencial Aprobado por Aicardo Solís - Gerente