

RECOMENDACIONES PARA EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tras la revisión del Programa de Seguridad del Paciente de la Fundación Mujer y Familia, se identifica que el documento cuenta con una base normativa adecuada y una estructura coherente con los lineamientos tradicionales del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad; sin embargo, presenta oportunidades de mejora relevantes frente a los enfoques contemporáneos de seguridad del paciente, especialmente en contextos de salud mental, donde los riesgos, determinantes y dinámicas asistenciales son diferenciales.

En este sentido, se plantean las siguientes recomendaciones orientadas al fortalecimiento técnico, conceptual y operativo del programa:

1. Fortalecimiento del enfoque de seguridad del paciente hacia modelos actualizados

El programa mantiene un enfoque predominantemente reactivo, centrado en la notificación y análisis de eventos adversos. Si bien este componente es fundamental, se recomienda evolucionar hacia un modelo de seguridad proactiva y sistémica, donde el énfasis no solo esté en el error, sino en la comprensión de cómo los procesos funcionan adecuadamente en condiciones variables.

En este marco, es clave:

- Integrar análisis prospectivos de riesgo en procesos críticos.
- Incorporar el análisis de la variabilidad operativa y la resiliencia organizacional.
- Fortalecer el uso del ciclo PHVA con cierre efectivo de acciones y medición de impacto.

2. Incorporación de un enfoque específico de seguridad en salud mental

El programa no diferencia de manera suficiente los riesgos propios de la atención en salud mental, lo cual limita su efectividad. Se recomienda desarrollar un componente específico que aborde de manera estructurada los principales eventos críticos en este tipo de IPS. Este debe construirse basado en la experiencia institucional la cual nos ayuda a definir los eventos adversos más frecuentes, así como los factores contributivos y las barreras protectoras que deben corresponder a las propias de la institución y que con el tiempo se van enriqueciendo.

Particularmente, se sugiere incluir:

- **Gestión integral del riesgo suicida**, que contemple:
 - Tamizaje sistemático del riesgo en todos los puntos de atención.
 - Estratificación del riesgo y definición de planes de seguridad individualizados.
 - Seguimiento post egreso, especialmente en ventanas de alto riesgo.
- **Prevención y manejo de conductas agresivas o violentas:**
 - Protocolos de desescalamiento verbal.

- Capacitación del personal en manejo de crisis.
- Monitoreo del uso de contenciones físicas o químicas bajo principios de seguridad y ética.
- **Seguridad en el entorno físico:**
 - Evaluación de riesgos estructurales (por ejemplo, puntos de anclaje o elementos potencialmente peligrosos).
 - Adecuación de espacios terapéuticos seguros.
- **Seguridad en la atención virtual**
 - Detección de riesgos por esta vía, signos de alerta, posturas defensivas
 - Medidas de manejo al encontrar positivo lo anterior, quien se encarga de contactar familia o red de apoyo
 - Manejo de los Riesgos

3. Integración del enfoque de factores humanos y ergonomía organizacional

Si bien el programa aborda la cultura de seguridad, no incorpora de manera explícita el enfoque de factores humanos, el cual es actualmente un pilar en la gestión de la seguridad del paciente.

Se recomienda:

- Analizar condiciones del entorno laboral que influyen en el desempeño (carga de trabajo, fatiga, interrupciones, estrés emocional).
- Estandarizar herramientas de comunicación segura, como SBAR.
- Implementar espacios de briefing y debriefing clínico para fortalecer el trabajo en equipo.
- Evaluar el impacto de los turnos y condiciones laborales en la seguridad, más allá de su medición como indicador.

4. Optimización del sistema de indicadores

El programa presenta indicadores principalmente orientados a la ocurrencia de eventos adversos. Se recomienda ampliar y equilibrar el sistema de medición, incorporando indicadores de proceso, resultado y cultura, que permitan una gestión más anticipatoria del riesgo.

En este sentido, se sugiere estructurar indicadores en tres niveles:

- **Resultado:**
 - Intentos de suicidio durante la atención.
 - Eventos de agresión o violencia.
 - Reingresos asociados a descompensación clínica.
 - Fallas terapéuticas
 - Diagnósticos Incorrectos

- **Proceso:**
 - Proporción de pacientes con tamizaje de riesgo suicida documentado.
 - Adherencia a protocolos de manejo de crisis.
 - Seguimiento efectivo posterior al egreso.
- **Cultura:**
 - Medición de cultura de seguridad.
 - Percepción de seguridad psicológica del equipo.

5. Evolución del análisis de eventos adversos hacia un enfoque sistémico

El programa contempla el uso del análisis de eventos bajo metodologías tradicionales; no obstante, se recomienda fortalecer este componente hacia modelos más robustos de análisis sistémico.

Es importante:

- Ampliar el análisis más allá de la causa raíz, incluyendo factores organizacionales, de equipo y del entorno.
- Integrar de manera explícita los factores contributivos desde el enfoque de factores humanos.
- Garantizar la retroalimentación estructurada al equipo asistencial y el aprendizaje organizacional.

6. Consolidación de una cultura de seguridad medible y gestionable

El programa promueve la cultura de seguridad, pero su abordaje es principalmente conceptual. Se recomienda avanzar hacia una gestión activa de la cultura organizacional.

Para ello:

- Implementar mediciones periódicas de cultura de seguridad.
- Desarrollar estrategias de cultura justa (Just Culture).
- Fomentar entornos de seguridad psicológica donde el personal pueda reportar sin temor.

7. Integración de la experiencia del paciente como componente de seguridad

El documento menciona la participación del paciente; sin embargo, no se evidencia una integración estructurada de la experiencia del usuario como indicador de seguridad.

Se recomienda:

- Incorporar mediciones de calidad percibida relacionadas con seguridad.
- Evaluar la experiencia del paciente en momentos críticos (crisis, hospitalización, egreso).
- Incluir al paciente y su familia en estrategias de autocuidado y prevención del riesgo.

8. Fortalecimiento de la gestión del riesgo en transiciones de cuidado

Las transiciones (especialmente el egreso) representan uno de los momentos de mayor vulnerabilidad en salud mental, y no se encuentran suficientemente desarrolladas en el programa. Esto debe reflejar las atenciones exitosas en Consulta Externa como me aseguro que funcionó adecuadamente y el paciente presenta adherencia. Seguimientos.

Se sugiere:

- Estandarizar procesos de egreso seguro o fin de tratamiento con adherencia y resultados.
- Garantizar continuidad del cuidado con redes de apoyo.
- Implementar seguimiento temprano post finalización de tratamiento.

9. Evolución del programa hacia un sistema de gestión de seguridad del paciente

Finalmente, se recomienda que el programa trascienda de un enfoque documental hacia un sistema dinámico de gestión, que incluya:

- Gobernanza clara del riesgo.
- Integración con otros componentes del sistema de calidad.
- Toma de decisiones basada en datos.
- Seguimiento continuo y mejora sistemática.

En conclusión, el programa constituye una base adecuada desde el punto de vista normativo; no obstante, su fortalecimiento requiere una actualización hacia enfoques contemporáneos de seguridad del paciente, así como una adaptación específica al contexto de salud mental, que permita gestionar de manera más efectiva los riesgos críticos y mejorar la calidad y seguridad de la atención.

RECOMENDACIONES PARA EL PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN, ANÁLISIS Y REPORTE DE SUCESOS (EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES)

Tras la revisión del procedimiento, se evidencia que el documento cuenta con una estructura clara y alineada con los lineamientos normativos nacionales, incluyendo la definición de responsabilidades, flujo de reporte, análisis mediante Protocolo de Londres y seguimiento. No obstante, presenta oportunidades de mejora relevantes para alinearse con enfoques contemporáneos de gestión del riesgo en seguridad del paciente y con las particularidades de la atención en salud mental.

A continuación, se presentan recomendaciones orientadas a fortalecer la robustez técnica, operativa y analítica del procedimiento:

1. Fortalecimiento del enfoque del procedimiento hacia un sistema de aprendizaje organizacional

El procedimiento se centra adecuadamente en el reporte, análisis y gestión de eventos; sin embargo, su enfoque es predominantemente operativo y no evidencia un modelo consolidado de aprendizaje organizacional.

Este debe tener características propias de la institución, aporte de los tratantes que permita enriquecer el programa.

Se recomienda evolucionar el procedimiento para que no solo gestione eventos, sino que genere aprendizaje sistemático, incorporando:

- Mecanismos formales de difusión de lecciones aprendidas.
- Integración de hallazgos en rediseño de procesos.
- Trazabilidad de cambios derivados de eventos adversos.
- Evaluación de efectividad de las acciones implementadas (no solo su ejecución).

2. Optimización del proceso de reporte: claridad, oportunidad y cultura

El documento describe los elementos del reporte (qué, cómo, cuándo, a quién), pero estos no se encuentran completamente operacionalizados dentro del flujo.

Se recomienda fortalecer este componente mediante:

- Definición explícita de tiempos estándar de reporte (ej. inmediato, <24h, <72h según severidad).
- Clasificación de eventos por nivel de gravedad desde el momento del reporte.
- Inclusión de canales de reporte diferenciados (anónimo vs. nominal).
- Estrategias activas para fomentar el reporte (no solo capacitación, sino incentivos culturales).

Adicionalmente, es importante migrar de un modelo de autorreporte pasivo a un modelo mixto que incluya:

- Detección activa (auditorías, trazadores, revisiones de historia clínica).
- Alertas tempranas.

3. Fortalecimiento del análisis de eventos: de causalidad a enfoque sistémico

Se adopta el Protocolo de Londres como base metodológica, se menciona que se actualizo con la versión 2024; sin embargo, los factores contributivos no se encuentran actualizados. Y no se identifica claramente como se realiza el análisis con la metodología.

Se recomienda robustecer el análisis incorporando:

- Enfoque sistémico (no solo “qué falló”, sino “por qué el sistema permitió que ocurriera”).
- Integración explícita de factores humanos (carga de trabajo, comunicación, fatiga).
- Análisis de barreras fallidas (no solo acciones inseguras).

Aunque el documento incluye una tabla de factores contributivos (página 5) , esta debe:

- Integrarse activamente al análisis (no solo como referencia).
- Usarse como herramienta obligatoria de clasificación.
- Actualizarlos con el protocolo de Londres 2024

4. Priorización del riesgo: falta un enfoque estructurado

Actualmente, el procedimiento indica que se priorizan eventos según impacto y probabilidad, pero no se evidencia una metodología formal de priorización.

Se recomienda incluir:

- Matriz de priorización de eventos (probabilidad vs. severidad).
- Definición de eventos graves centinela, eventos moderados y eventos leves.

Esto permitirá optimizar el uso de recursos y enfocar el análisis en eventos de mayor riesgo.

5. Mejora en la definición y calidad de los indicadores

El procedimiento incluye indicadores; sin embargo, se identifican problemas técnicos importantes en su formulación (especialmente en fórmulas y metas).

Se recomienda:

- Corregir fórmulas (actualmente algunas no son válidas o no representan tasas reales).
- Evitar indicadores tipo “# eventos / 100” sin denominador clínico real.
- Incorporar denominadores pertinentes (número de atenciones, pacientes, sesiones).

Además, se sugiere evolucionar el sistema de indicadores hacia:

- Indicadores de oportunidad (tiempo de reporte, tiempo de análisis).
- Indicadores de calidad del análisis (eventos con análisis completo).
- Indicadores de cierre efectivo (acciones implementadas y verificadas).
- Indicadores de recurrencia (eventos repetidos del mismo tipo).

6. Integración específica del riesgo en salud mental

Uno de los puntos más fuertes del documento es la inclusión de una matriz de fallas, incidentes y eventos adversos en psicología (página 4) ; sin embargo, esta matriz puede fortalecerse significativamente.

Se recomienda:

- Diferenciar claramente entre:
 - Eventos prevenibles vs. no prevenibles.
 - Eventos clínicos vs. organizacionales.
- Profundizar en eventos críticos:
 - Intento de suicidio / suicidio.
 - Autolesión.
 - Fuga.
 - Crisis aguda.
- Vincular cada evento con:
 - Factores contributivos típicos.
 - Barreras esperadas.
 - Indicadores de seguimiento.

7. Fortalecimiento del cierre del ciclo de mejora PHVA

El procedimiento incluye la definición de planes de mejora y seguimiento , pero no evidencia un cierre robusto del ciclo.

Se recomienda:

- Definir responsables y tiempos para cada acción.
- Incorporar evaluación de efectividad (no solo cumplimiento).
- Documentar cierre formal del evento.
- Verificar sostenibilidad de la mejora en el tiempo.

8. Mejora del proceso de retroalimentación y comunicación del riesgo

El documento contempla la retroalimentación al personal , lo cual es positivo; sin embargo, este proceso puede fortalecerse.

Se recomienda:

- Estandarizar sesiones de retroalimentación (briefings de seguridad).
- Incorporar análisis agregados (no solo casos individuales).
- Comunicar tendencias de riesgo institucional.
- Asegurar que la retroalimentación genere cambios en la práctica clínica.

9. Integración con otros sistemas de vigilancia y gestión del riesgo

El procedimiento menciona farmacovigilancia y tecnovigilancia de manera puntual , pero no se evidencia una integración estructurada.

Se recomienda:

- Articular el procedimiento con:
 - Farmacovigilancia.
 - Tecnovigilancia.
 - Vigilancia epidemiológica.
 - Seguridad del paciente.
- Evitar la fragmentación de la gestión del riesgo.

10. Fortalecimiento del flujo operativo - apicabilidad

El flujograma del procedimiento (página 8) es claro a nivel general, pero puede mejorarse en términos de operatividad.

Se recomienda:

- Incluir puntos de decisión (ej. tipo de evento, severidad).
- Definir tiempos por cada etapa.
- Incorporar rutas diferenciadas según tipo de evento.
- Asegurar coherencia entre el flujograma y el procedimiento escrito.

11. Incorporación de enfoque de cultura justa

El procedimiento promueve confidencialidad y no señalamiento , lo cual es adecuado; sin embargo, no se explicita un modelo de cultura justa.

Se recomienda:

- Definir lineamientos claros de:
 - Diferenciación entre error humano, conducta riesgosa y negligencia.
 - Manejo institucional de cada tipo.
- Fortalecer la confianza en el sistema de reporte.

12. Digitalización y analítica de datos

El procedimiento menciona el uso de formatos y bases de datos , pero no desarrolla el potencial analítico.

Se recomienda:

- Implementar tableros de control
- Análisis de tendencias y patrones.
- Identificación de “eventos repetitivos”.
- Uso de datos para toma de decisiones.

LUIS ENRIQUE GOMEZ ARCINIEGAS

ELIANA MARCELA PEDRAZA G.

Profesionales Especializados

Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud

Secretaría de Salud de Bogotá