

FICHA DE PROPUESTA PEDAGÓGICA
COMPONENTE PACIENTE EXPERTO
ESTRATEGIA NAVEGADORES DE BIENESTAR

1. Información general del modulo

Nombre del módulo:	Seguridad del Paciente, Buenas Prácticas	
Responsable(s) del desarrollo:	Luis Enrique Gómez Arciniegas	
Equipo/Institución:	Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud	
Versión:	Versión 1, Fecha: 16.06.2026	
Información general del módulo	Objetivo : Dar a conocer la seguridad del paciente, los eventos adversos que se pueden presentar en la atención en salud y como prevenirlos	Un Modulo
	Duración: Un taller de 4 horas para cada grupo de Pacientes (Ca de Mama y Ca de Cervix)	
	Modalidad: Presencial	

2. Metodología de enseñanza-aprendizaje

Conceptos y referentes teóricos

Nuevo Protocolo de Londres 2024, Versión oficial para Colombia, traducida y adaptada por la Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud. Y Ministerio de Salud Y protección Social, 2025

Paquete instruccional de la buena práctica: Identificación Correcta (incluye identificación de riesgos), Ministerio de Salud Y protección Social 2015

Paquete instruccional de la buena práctica: Medicamento Correcto, Ministerio de Salud Y protección Social 2015

Paquete instruccional de la buena práctica Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. Ministerio de Salud Y protección Social 2015

Paquete instruccional de la buena práctica: Comunicación entre paciente y equipo de salud, equipo de salud, familia equipo de salud. Ministerio de Salud Y protección Social 2015

Resolución 3100 de 2019

Sistema Único de Acreditación de la República de Colombia

Enfoque pedagógico

Como antecedente se utilizará el modelo de Pacientes por la Seguridad de los Pacientes, Desarrollo del año 2014 por la Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de salud y la Organización Panamericana de la Salud, Colombia.

Apropiación del conocimiento mediante talleres, conceptos básicos iniciales, videos con conversatorio participando permanentemente los pacientes, de forma práctica.

Estrategia PINK

Metodologías propuestas

Talleres participativos (4) , Eventos Adversos (casos reales de atenciones en pacientes con cáncer de mama y de cérvix). Dramatizado de evento adverso prevenible (1), conversatorios post video, Herramientas de la resiliencia frente a los eventos adversos: Apropiación de 10 herramientas, taller sensibilizador (1).

3. Actividades prácticas y herramientas pedagógicas

Subtema	Conceptos Básicos de Seguridad del Paciente Buenas Prácticas Autoprotección y Engagement
Resultado de aprendizaje	Capacidad para identificar los factores que pueden llevar a una Acción Insegura (acción, omisión en la atención en salud) que puede causarles daño. Conocimiento sobre las situaciones probables de riesgo que pueden materializarse ocasionando daño y las barreras protectoras que les ayudaran a mantenerse dentro de la atención en salud sin sufrir un daño inesperado e indeseado. Desarrollar la actitud para identificar, entender y controlar los riesgos en la atención en salud, que siempre están presentes pero no deben causar daño en lo posible.
Contenido clave del subtema	Seguridad del Paciente en CA Cérvix y CA Mama Talleres presenciales de 4 horas cada uno Si es necesario una sesión adicional virtual -Conceptos básicos de Seguridad del Paciente (Estrategia Obligatoria por Resolución 3100 de 2019 y paquetes instruccionales), la importancia de conocer los Eventos Adversos (daño al paciente, motivo de la atención en salud de forma involuntaria)

	-Buenas Prácticas en la Seguridad de los Pacientes (la mirada positiva, protectora de la seguridad del paciente). -Me protejo como paciente y enseño a otros pacientes a cuidarse de las Acciones Inseguras en la atención en salud (errores cometidos por seres humanos manejando seres humanos)
Estrategia metodológica	Enfoque participativo-experiencial: Talleres participativos, Eventos Adversos (casos reales de atenciones en pacientes con cáncer de mama y de cérvix). Dramatizado de evento adverso prevenible , conversatorios post video, Herramientas de la resiliencia frente a los eventos adversos: Apropiación de 10 herramientas, taller sensibilizador.
Descripción de actividades	Talleres participativos, Eventos Adversos (casos reales de atenciones en pacientes con cáncer de mama y de cérvix): Se presentan casos por cada Buena práctica, los riesgos de no cumplirla Dramatizado de evento adverso prevenible: Se escogen unas personas totalmente voluntarias y se prepara un caso para aprender a ser pacientes con voz y con compromiso en la atención para la prevención de los eventos adversos (grupo de teatro de apoyo en lo posible). Conversatorios post video: Se selecciona un video para llamar a la reflexión. Uno importante es la Estrategia PINK, para motivar el compromiso, la auto veeduría y poder formar otros pacientes.

	Herramientas de la resiliencia frente a los eventos adversos: Apropiación de 10 herramientas, taller con introspección y plan de desarrollo para las capacidades resilientes y las herramientas para fortalecer la voluntad (agencia), en respuesta a los eventos adversos.
Tiempo (minutos)	Talleres participativos, Eventos Adversos (casos reales de atenciones en pacientes con cáncer de mama y de cérvix).una hora. Dramatizado de evento adverso prevenible (una hora) Conversatorios post video (20 minutos) Herramientas de la resiliencia frente a los eventos adversos: Apropiación de 10 herramientas, taller sensibilizador (1 hora)
Materiales y herramientas pedagógicas (guías, casos, videos, herramientas digitales)	Presentaciones en Power Point Videos Paquetes Instruccionales de Buenas Prácticas Papel periódico, marcadores, post it, etc.
Recursos humanos necesarios	Médico de Seguridad del Paciente Enfermera de Seguridad del Paciente Grupo de teatro (a definir)
Evidencia del aprendizaje	Pre test Post test Talleres de eventos adversos evaluables, se registran mediante fotografías que se anexan al informe del Modulo

	Puntos por participación en conversatorio Ronda final de apropiación y percepción, se registran en videos cortos o por parte del formador.
--	--

4. Observaciones y recomendaciones

Se pueden realizar ajustes al confirmar el grupo de pacientes, edades y otros factores intrínsecos y extrínsecos de ellas.

Nota orientadora

Se proyecta que el primer grupo de formación esté conformado por aproximadamente 30 mujeres. La modalidad preliminar estimada será virtual-presencial, permitiendo que cada módulo ajuste y sustente técnicamente su propuesta metodológica de acuerdo con los objetivos pedagógicos, contenidos y características de las participantes.

4. CONCEPTOS SEGURIDAD DEL PACIENTE

SUBDIRECCION DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD

Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra. En la taxonomía es la probabilidad de que se produzca un incidente.

Riesgo Asistencial: Se refiere a la probabilidad de que un paciente sufra un daño o lesión como resultado de la atención sanitaria definida. Esto incluye cualquier tipo de daño o lesión que pueda ocurrir durante la atención médica, quirúrgica, de enfermería o cualquier otra forma de asistencia sanitaria. Este puede ser minimizado o eliminado mediante las medidas de seguridad y calidad adecuadas.

Riesgo Clínico: El riesgo clínico lo podemos definir como la probabilidad de que se produzca un resultado indeseable -o la ausencia de un resultado deseable a lo largo de la cadena de la atención en salud en torno a los pacientes, una visión global de la gestión de riesgos requiere que todos los profesionales se sientan implicados en la seguridad de la atención a la salud.

Riesgos Clínicos frecuentes: Las causas raíz más comúnmente implicadas en la aparición de eventos adversos son fallos en la comunicación, fallos en la organización, déficits de la continuidad asistencial, escasa estandarización de procedimientos, falta de entrenamiento o habilidades, insuficiente automatización de procesos y fallos en la evaluación del paciente, los diagnósticos seguros se han convertido en la bandera de protección a los pacientes desde la detección de riesgos, evitando que queden brechas en las cuales se materialicen las probables fallas.

Gestión del Riesgo Clínico: La Gestión del riesgo clínico es un proceso sistemático y continuo que busca identificar, evaluar, mitigar y monitorear los riesgos asociados con la

atención médica y sanitaria, con el objetivo de proteger la seguridad del paciente y minimizar los riesgos potenciales.

Respuesta al Riesgo Clínico: Los planes de respuesta ante los riesgos pueden ser: de erradicación, eliminando la actividad de riesgo y factores contributivos; de reducción, disminuyendo probabilidad de que ocurran y aumentando la capacidad de detectarlos; y de mitigación de su impacto por medio de rapidez de respuesta y seguimiento a líneas preventivas definidas.

AMFE: Modo Fallo y Efecto, es un método proactivo/reactivo, sistemático para evaluar procesos e identificar donde podrían fallar y evaluar el impacto de múltiples fallas, con el fin de identificar las partes del proceso de atención que deben ser modificadas para anticiparse a un error minimizando su impacto.

Riesgo Inherente: El riesgo inherente en salud es el nivel de riesgo que existe en la ejecución de un acto médico antes de tomar medidas de seguridad. Este riesgo puede deberse a las condiciones del paciente, el procedimiento, las técnicas o instrumentos utilizados, o las circunstancias externas.

Factores que generan riesgo inherente en salud: Condiciones del paciente, Naturaleza del procedimiento, Técnicas o instrumentos utilizados, Medio o circunstancias externas. Este último toma especial importancia en la atención Prehospitalaria.

Riesgo Residual: El riesgo residual en salud es el riesgo que persiste después de haber aplicado medidas de tratamiento para mitigarlo. Es una medida de la probabilidad de que ocurra un incidente y la gravedad de sus consecuencias.

Seguridad del Paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. En la taxonomía es la ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria

Barreras de Seguridad/Protectoras/Preventivas: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso. En taxonomía son acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar un daño, o la probabilidad de que se produzca un daño asociado a un incidente. Las barreras deben formularse en términos positivos, ser reales, estar implementadas y encontrarse en funcionamiento evidenciable.

Una característica esencial es que sean verificables y trazables; de lo contrario, no pueden considerarse como barreras de seguridad. Cada institución define e identifica sus propias barreras de acuerdo con su contexto, procesos y riesgos, siempre que cumplan con los criterios establecidos.

Indicio de atención insegura: Son situaciones o información que nos alerta acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Señales de peligro que nos llaman para no se materialice. Aún no ha pasado nada, deben neutralizarse de inmediato.

Evento Adverso Prevenible: Es aquel producto de la atención en salud que de manera involuntaria causa daño al paciente. Consecuencia que puede ir desde un daño leve a severo. En el ciclo de atención hay un error, una falla activa, es directa en la asistencialidad.

Evitabilidad del Evento Adverso

Prevenible: Es aquel daño que pudo ser evitado con la adherencia a los protocolos (de aplicación estrictamente obligatoria), con el cumplimiento a las inducciones y reinducciones, formación académica estricta, práctica (experiencia) en la ejecución de labores que así lo requieren, etc.

No prevenible: Es aquel que se presenta a pesar de que se hace seguimiento estricto del “deber ser” asistencial, respeto por la literatura existente (probada), experticia requerida. Pero en el cual queda completamente claro el hecho que no es una complicación.

Evento adverso según impacto:

Leve: Evento adverso que causa daño, pero no compromete la funcionalidad, no requiere hospitalización o no prolonga la hospitalización en pacientes que están en internación. Este evento muchas veces no requiere tratamiento adicional como medicamentos u otro.

Moderado: Es aquel que genera hospitalización, o por el cual se aumenta, o hay cambio de servicio, hay un daño evidente que compromete la funcionalidad, en muchos casos de forma temporal, pasajera. Pero no hay riesgo a la vida, ni genera la posibilidad de discapacidad o incapacidad a largo plazo.

Grave: Aquí encontramos eventos que amenazan la vida, caídas graves, lado equivocado, miembro equivocado, paciente equivocado, afectación de la funcionalidad, generalmente requiere cambios de servicio a un mayor nivel de complejidad. Puede haber discapacidad temporal con gran afectación o permanente y en muchos casos la muerte. Este evento adverso puede ser considerado como Evento adverso centinela o Evento adverso trazador, acá se debe tener en cuenta la magnitud del impacto en el paciente y su entorno familiar.

Incidente: Suceso que ocurre con motivo de la atención en salud y en la cual hay también un error, una falla pero que no causa daño al paciente porque una barrera

protectora se interpone y logra un efecto de escudo. Su gestión es trabajar en riesgos asistenciales/Clínicos.

Complicaciones:

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. Estas se presentan en el curso de una enfermedad como parte de su historia natural o de su curso clínico.

También pueden surgir como dificultad en un acto quirúrgico, procedimiento o posterior a él, pero no se identifica un error. Las complicaciones son sucesos de seguridad por lo tanto los prestadores deben identificarlas y clasificarlas como tal, no es el profesional de conceptos de la Secretaría de Salud quien la clasifica.

En cuanto a complicación médica se define como: un término utilizado para describir problemas médicos adicionales que se desarrollan después de un procedimiento, tratamiento o enfermedad.

El problema de las complicaciones médicas es determinar si se puede predecir su aparición o qué tanto se puede prevenir su aparición y desarrollo.

Acción Insegura: Es aquella que se ejecuta con error en la atención en salud, es una Falla Activa causa directa del daño que se le produce al paciente en el evento adverso. Esta se puede presentar también en el incidente, pero en este caso no le causa daño al paciente (porque una barrera física o incluso del paciente pudo protegerle). Son fallas directas y deben definirse claramente cuando ha sucedido un evento adverso.

Ejemplos de acciones inseguras:

- No respetar técnica aséptica en una venoclisis
- Dejar solo un paciente con alto riesgo de caída
- Aplicar medicamento a paciente alérgico, sin verificación de antecedentes
- No inmovilizar adecuadamente a un paciente previo a iniciar el desplazamiento
- No identificar y gestionar riesgo clínico

Sistemas de registro intrainstitucional: Son sistemas formales que permiten a nivel de una institución seguir la ruta de los casos que afectan la seguridad del paciente, que comprende reporte, clasificación, análisis y gestión del evento adverso e incidentes. Estos deben estar separados y tener cada uno la importancia que requiere.

Sistema de registro Extrainstitucional: Son sistemas hechos por Instituciones gubernamentales o no para recibir información de las instituciones con el fin de consolidar datos y generar programas de apoyo o lineamientos que buscan fortalecer la cultura de seguridad del paciente y enlazar con el direccionamiento estratégico.

Gestión del evento adverso: Se considera que un evento adverso ha sido gestionado cuando tiene un plan de mejora ajustado al suceso que se presentó y se le ha hecho un seguimiento por lo menos. No es sinónimo de cierre de caso.

Cierre de caso: En seguridad del paciente se considera que el caso está cerrado cuando el seguimiento permite garantizar que el problema ha sido intervenido y las barreras levantadas tienen un efecto protector.

Cultura de Seguridad del Paciente: Definimos Cultura de Seguridad del Paciente como: “El conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, que determinan el grado de compromiso de las organizaciones para disminuir los riesgos y los daños”. Podría complementarse diciendo que el compromiso es evidente cuando se encuentra en funcionamiento el Documento de Gestión de Seguridad del Paciente.

Pero esto no es posible sin un verdadero sistema de registro formal, los reportes aislados y los esfuerzos desordenados no concluyen en una verdadera cultura, ni en un aprendizaje real.

Una Cultura positiva de Seguridad del Paciente se caracteriza por una comunicación basada en la confianza mutua entre las personas, la aceptación de que es importante y el apego a las medidas de prevención. La seguridad solo se logra si existe un compromiso en todos los niveles de la organización, partiendo del personal operativo hasta los directivos de alto rango. Repitiendo la importancia de reportar, clasificar y gestionar los eventos para aprender de ellos.

La Cultura positiva de Seguridad del Paciente aprende de las fallas en forma proactiva y hace un nuevo diseño de los procedimientos, como parte de las acciones de mejora, para que los errores no se repitan. Es decir, reemplaza la búsqueda de culpables por oportunidades de aprendizaje, prevención y mejora en la atención, logrando impacto en cada proceso intervenido, en donde se encuentran preparados para reconocer sus errores, informarlos y aprender de los mismos, en el marco de la cultura justa, no punitiva pero no fomenta la irresponsabilidad.

Documento de Gestión de Seguridad del Paciente: Este se asemeja al anterior Programa, es un Manual que nos permite conocer el grado de trabajo de cada institución en seguridad del paciente y debe contener Introducción, Antecedentes y

normatividad, Política de Seguridad del Paciente, Metodología de gestión de casos (eventos adversos e incidentes), capítulo sobre cultura de seguridad del paciente con plan de capacitaciones sobre seguridad del paciente y riesgos al personal institucional y sensibilizaciones a pacientes, familiares y/o grupo cercano que acude con el paciente, comité y el contenido a presentar, mesas de análisis de los casos y prácticas seguras.

Problemas de Gestión en la atención: (CMP, por sus siglas en inglés "Care Management Problems"): Se entienden como situaciones significativas que surgen durante el proceso de atención en salud y que pueden influir, aunque no necesariamente lo hagan en los resultados clínicos de un paciente específico. Se seleccionan como CMP aquellos eventos o fallos que hayan tenido un impacto relevante en la atención del paciente o que evidencien deficiencias estructurales, organizativas o de proceso dentro del sistema de atención en salud en general. También pueden definirse como problemas de los cuidados en salud y es un concepto más amplio para definir lo que encontramos a lo largo de la cadena de atención.

Búsqueda activa: Es la estrategia para la detección rastreo intencional de sucesos de seguridad del paciente que puedan estar ocurriendo o pudieran haberse presentado durante la atención en salud, enfocada, principalmente, al seguimiento en áreas donde existen altas posibilidades de riesgo para los pacientes. Esta incluye la revisión de historia clínica, auditorías de historia clínicas, búsqueda de infecciones asociadas a la atención en salud, análisis de mortalidades maternas perinatales, ronda de seguridad, etc.

Búsqueda pasiva: Es la estrategia por medio de la cual se hace referencia a la recepción de reportes de eventos e incidentes adversos que son identificados de manera espontánea y reportados de manera voluntaria.

Medidas correctivas: Las acciones correctivas deben ser inmediatas y orientadas a evidenciar la reducción del riesgo para el paciente (si se encuentra con vida), así como para otros pacientes y/o la familia, considerando la vulnerabilidad y el estado postraumático. Estas acciones deben estar dirigidas a disminuir el impacto en el paciente y a evitar que el evento se repita o progrese.

Medidas de riesgo: Identificación de los riesgos que se materializaron para llegar al evento adverso y otros relacionados con la situación que llevó a causar daño al paciente, si los hay y las acciones tomadas a partir de estos.

Lección aprendida: Pueden definirse como el conocimiento o entendimiento ganado por medio de la reflexión sobre una experiencia o proceso, o un conjunto de ellos. Esta experiencia o proceso puede ser positivo o negativo.

Buena práctica: Toda práctica que crea aplica o adapta nuevos conocimientos en la gestión institucional, generando beneficios a los ciudadanos o a la propia gestión interna de la entidad y que, por sus excelentes resultados, es considerada como modelo a seguir por otras entidades y es sostenible en el tiempo (Adaptada de: DAFP, 2019).

Experiencia exitosa: Experiencia con buenos resultados, que no necesariamente se ha convertido en práctica.

Abordaje segunda víctima: Los puntos más importantes de este abordaje incluyen un decálogo:

1. Identificar a la segunda víctima, lo cual a veces no es fácil dado que el profesional refiere encontrarse bien.
2. Actuar con empatía, sin culpabilizar.
3. Ofrecer ayuda de colegas.
4. Reorganizar su actividad asistencial.
5. Evitar el rechazo de compañeros y superiores.
6. Aumentar redes sociales de apoyo.
7. Ayudarle con baja laboral, si fuera necesario.
8. Valorar la necesidad de asistencia jurídica y emocional.
9. Aclarar lo sucedido y mantenerle informado de la investigación e incluso invitarle a participar.
10. Organizar su regreso a la actividad clínica

Factores contributivos Nuevo Protocolo de Londres 2024

En el documento orientador *Sistemas de Análisis de Eventos Adversos e Incidentes Clínicos: Nuevo Protocolo de Londres 2024*, se establece el uso del marco de factores contributivos como una herramienta clave para el análisis de los sucesos de seguridad. Este marco permite identificar de manera sistemática las categorías de origen (paciente, individuo, ambiente de trabajo, equipo de trabajo, sistema de información electrónica y tecnológica, tarea y tecnología, Administración (manejo) organizacional y factores culturales, contexto institucional) junto con sus respectivos

factores contributivos, facilitando una comprensión estructurada de las condiciones y circunstancias que influyeron en su ocurrencia.

La aplicación de este enfoque conduce a una exploración más reflexiva, integral y profunda de los problemas de seguridad revelados por el suceso, apoyando la identificación de causas subyacentes y oportunidades de mejora en los procesos asistenciales y organizacionales.

A continuación, se describen los factores contributivos y se enfatiza en algunos factores para su facilidad en la interpretación:

Paciente: situaciones del paciente o de su entorno como determinante para el riesgo que contribuye a desenlace negativo en el paciente.

- **Factores intrínsecos del paciente:** Son características o condiciones propias del individuo que influyen en su estado de salud y pueden contribuir a la ocurrencia de eventos adversos o incidentes. Comprenden, entre otros, la edad, el estado nutricional y funcional, las comorbilidades, los antecedentes gestacionales, los factores psicológicos, biológicos y genéticos, así como los diagnósticos de base, reingresos por el mismo motivo de consulta sin mejoría clínica con signos y síntomas no habituales de la patología. Estas condiciones preexistentes pueden aumentar la vulnerabilidad del paciente y favorecer la materialización de desenlaces negativos
- **Factores extrínsecos del paciente:** Son condiciones o situaciones externas al individuo que influyen en su salud y en los riesgos a los que se encuentra expuesto, relacionadas con el entorno, los hábitos y los procesos de atención y cuidado. Comprenden, entre otros, los factores socioeconómicos; los riesgos psicosociales (nivel educativo, actividad laboral, entre otros); obstáculos lingüísticos la realización incompleta o tardía de exámenes o imágenes diagnósticas por ingreso tardío a la consulta; la exposición a condiciones ambientales que predisponen a riesgos; y el uso de medicamentos, incluyendo interacciones, efectos secundarios, disponibilidad y educación para su correcta administración cuando así lo requieran el paciente y su familia, entre otras. Estas condiciones pueden aumentar la vulnerabilidad del paciente y favorecer la materialización de desenlaces negativos.

Individuo: Situaciones del 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 en relación con los conocimientos, habilidades y experiencia, salud física y mental, entre otros¹.

- **Actitud y motivación insuficiente:** Situaciones que hacen que el personal no sienta que pertenece verdaderamente a la institución. Que no es tenido en cuenta. Se recomienda la evaluación de la Felicidad en el trabajo² (IHI)
- **Conocimientos- herramientas y competencias:** La necesidad de tener un diseño claro para el fortalecimiento práctico de las competencias (conocimiento y habilidad para desplegarlo). Las competencias en salud son el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos que los profesionales de la salud deben poseer, para satisfacer las necesidades de atención de las personas, basándose en la calidad, seguridad y dominio técnico. Estas incluyen la capacidad técnica, habilidades específicas, el trabajo en equipo, la comunicación, la toma de decisiones basada en evidencia y el enfoque en la atención centrada en el paciente. Cuando hay falencia de lo anteriormente mencionado se convierte en un Factor contributivo.
- **Salud física y mental:** Influyen directamente en la concentración, capacidad de evitar errores y lesiones en el paciente. La salud mental en el individuo contribuye con situaciones como fatiga, estrés (situaciones derivadas de por ejemplo en abordaje de diagnóstico inesperados por el paciente, resultados negativos).
- **Valores profesionales y conducta:** Valores profesionales y conducta: Compromiso ético que se hace al tomar la responsabilidad de una atención en salud, esto debe reflejarse en las acciones, dar la importancia que tienen, por ejemplo, las entregas de turno donde se evidencie una verdadera preocupación por los pacientes. Cuando falla se convierte en un factor contributivo importante.

Ambiente y trabajo:

¹ Organización Mundial de la Salud, Marco de Competencias. Consultado en <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/13a452db-bc1e-42ca-b752-b60ad5e0b2f8/content>

² <https://www.ihl.org/es/library/white-papers/ihl-framework-improving-joy-work>

- **Niveles (grado de completitud) de dotación del personal y mezcla de habilidades:** Estos niveles se refieren al porcentaje de cumplimiento de los perfiles establecidos para el personal con las competencias y experiencia que se requiere por servicio, puede darse un porcentaje de cumplimiento según se encuentre en ese momento en la institución. Por ejemplo, Proceso de cirugía con 50% del personal con experiencia, conocimiento y habilidades específicas. El otro 50% se considera a riesgo como factor contributivo para la presencia de un evento adverso.

Equipo de trabajo:

- **Fallas en la supervisión y desmotivación en la búsqueda de ayuda:**
Cuando en un equipo repetidamente se encuentran situaciones punitivas acerca de la no falibilidad del ser humano: “no puedes equivocarte”, “debes saber todo” o frases como “se supone que eso lo debiste aprender en la carrera o en la formación académica” o “no hay excusa para que no sepan preparar esta dilución”, “todos debemos saber colocar un catéter central-periférico”. Cuando se presenta la necesidad de orientación sobre un tema específico las personas evaden esa búsqueda de ayuda por temor. Esto se convierte en factor contributivo y fuente de evento adverso.

- **Falta de conciencia de la situación y representación compartida**

Las situaciones de riesgo en los turnos o en los servicios deben ser asumidas por todo el equipo y no asignadas a una sola persona, pues esa carga de riesgo termina superándolos y se materializa.

Si no se comparte, tanto lo que se está viviendo, como lo que podría pasar (lo que podría fallar) se convierte en fuente de evento adverso.

Si tenemos un paciente con riesgos importantes, debe ser compartida la responsabilidad por todo el equipo de salud. Esta unión previene la materialización del o los riesgos.

- **Fallas en soporte mutuo:** La solidaridad dentro de un equipo laboral es importante y genera unión entre sus miembros. Apoyar al miembro del equipo que lo necesita, de lo contrario es un factor contributivo que lleva a acciones inseguras, problemas de gestión de la atención con carga de error.

▪ **Sistema de información electrónica y tecnológica:**

En este origen contributivo podemos encontrar 6 factores contributivos.

1. Problemas con hardware (incluyendo diseño y mantenimiento)
2. Problemas con software (incluyendo diseño y mantenimiento)
3. No disponibilidad de Contenido Clínico y Soporte para las decisiones
4. Fallas en Interfaz hombre-dispositivo (tiempos de respuesta lentos, fallos de pantalla, congelamientos, etc.)
5. Fallas en la Integración del flujo de trabajo (ineficiencias, frustración, duplicidad de datos, falta de colaboración y dificultades para escalar la información en los procesos, etc.)
6. Fallas en la Protección de datos (vulneraciones de datos, accesos no autorizados, etc.)

Y por supuesto otros que puedan detectarse al interior de la institución de salud.

• **Tarea y tecnología:**

1. Disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnosticas
2. Ayudas para toma de decisiones
3. Diseño de la tarea
4. Claridad de la estructura
5. No disponibilidad de los documentos actualizados a seguir
6. Falta de mantenimiento preventivo/correctivo oportuno
7. Daño ocasionado al equipo por personal no entrenado para manejarlo
8. Carencia de equipos - carencia de insumos-carencia de medicamentos
9. Otros , desarrollo propio de cada institución

Administración (manejo) organizacional y factores culturales:

Contexto institucional: Situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación de los problemas de la gestión de la atención. Ejemplo: restricciones de las aseguradoras, demora o ausencia de autorizaciones, entre otras.

5. Bibliografía:

- Organización Mundial de la Salud. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1360307/retrieve>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). WHO patient safety curriculum guide: Multi-professional. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1235792/retrieve>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Technical Series on Safer Primary Care. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safer-primary-care>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Medication Safety in Polypharmacy. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1235792/retrieve>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaration of Alma Ata. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83, 457–502. [URL]
- OECD. (2020). Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies. París, Francia: OECD. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>
- Rao, M., & Pilot, E. (2014). The missing link – the role of primary care in global health. *Global Health Action*, 7, 23693. [URL]
- Rawaf, S., Allen, L. N., Stigler, F. L., Kringos, D., Quezada Yamamoto, H., & Van Weel, C. (2020). Global Forum on Universal Health Coverage and Primary Health Care: Lessons on the COVID-19 pandemic. *European Journal of General Practice*, 26, 129–133. [URL]
- Singh, H., Schiff, G. D., Graber, M. L., Onakpoya, I., & Thompson, M. J. (2017). The global burden of diagnostic errors in primary care. *BMJ Quality & Safety*, 26, 484–494. [URL]
- Hernan, A. L., Giles, S. J., Carson-Stevens, A., Morgan, M., Lewis, P., & Hind, J. et al. (2021). Nature and type of patient-reported safety incidents in primary care: Cross-sectional survey of patients from Australia and England. *BMJ Open*, 11, e042551. [URL]
- Desborough, J., Dykgraaf, S. H., Phillips, C., Wright, M., Maddox, R., & Davis, S. et al. (2021). Lessons for the global primary care response to COVID-19: A rapid review of evidence from past epidemics. *Family Practice*. [URL]

- Parte del contenido técnico y de apoyo conceptual de este documento fue elaborado con la colaboración de ChatGPT (modelo GPT-5 de OpenAI), utilizado como herramienta de asistencia en redacción, organización de información y referencia bibliográfica con revisión y validación humana.
- Joint Commission International. (2024). Sentinel Event Policy and Procedures. 8th Edition Standards for Hospitals. The Joint Commission. (2024). Sentinel Event Data Summary and Sentinel Event Policy. Chicago, IL, USA.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2022). Lineamientos para la implementación del Programa de Seguridad del Paciente. Bogotá, D.C.
- The Joint Commission. (2024). Tracer Methodology: Understanding How We Evaluate Care Systems. Chicago, IL: The Joint Commission. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/knowledge-library/tracer-methodology/>
- The Joint Commission International (JCI). (2024). International Accreditation Standards for Hospitals, 8th Edition. Oakbrook Terrace, IL: JCI.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2019). Guía de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud. Bogotá, D.C. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Marco para la Seguridad del Paciente: World Patient Safety Day Compendium. Ginebra: OMS.
- The Joint Commission. (2024). National Patient Safety Goals for Home Care. Chicago, IL: The Joint Commission. <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safetygoals/home-care>
- Ministerio de salud y Protección social. (2019) Resolución 002616 de 2019. (23 de diciembre). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2626-de-2019.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Política de atención integral en salud: “Un sistema de salud al servicio de la gente”. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- ICONTEC: NTC -ISO 9001 Sistemas de gestión de la calidad. 24 de agosto de 2024. <https://acreditacionensalud.org.co/seguridad-del-paciente/>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018) Gestión del riesgo en salud desde una perspectiva de aseguramiento. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-perspectiva-desde-aseguramiento.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Gestión integral del riesgo en salud. Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto del Modelo Integral

de Atención en Salud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/Perspectiva-aseguramiento-comite-ampliado.pdf>

- Organización mundial de la salud, seguridad del paciente 11 septiembre del 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Revista de Calidad Asistencial, Seven steps to patient safety. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-seven-steps-to-patient-safety-13073195>
- Estrategia Seguridad del Paciente SNS 2015-2020 Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) Incidentes de seguridad notificados en 2022. <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/sistemasInformacionNotificacion/incidentesEASNS/docs/SINASP2022.pdf>
- Ley 1616 del 21 de enero 2013 Artículo 3 Salud Mental. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia 2019. Resolución 3100 de 2019.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia 2015. Paquetes Instruccionales, Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente, 2015.



SECRETARÍA DE
SALUD

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co



CO-SC-CER155793



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.