



POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5 | Código: D1DG1453 - 001 |
| | POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | Versión: 04 Vigencia: 30/09/2024 |

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la definición del Ministerio de Salud y protección social, la Seguridad del Paciente se define como 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. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030 Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud, define la seguridad del paciente es: «Un marco de actividades organizadas que crea culturas, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en la atención de salud que disminuyen los riesgos de forma constante y sostenible, reducen la aparición de daños evitables, hacen que sea menos probable que se cometan errores y atenúan el impacto de los daños cuando se producen» (Organización Mundial de la Salud, 2022).

El reconocimiento de los riesgos inherentes a la prestación de servicios y la necesidad de consolidarse como una institución confiable para los usuarios han llevado a situar la Seguridad del Paciente como uno de los Objetivos Estratégicos del ESE Hospital San Vicente de Paúl. Este enfoque estratégico está alineado con la Misión y Visión de la institución (ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl, 2024), buscando así obtener los mejores resultados para la comunidad atendida.

Este documento reúne todas las estrategias organizacionales dirigidas a identificar, prevenir, detectar, analizar e intervenir en los riesgos relacionados con la seguridad institucional. Este enfoque no solo aborda la seguridad del paciente, sino que también convierte el tema en un programa integral, con un enfoque sistémico, continuo y centrado en promover una cultura de seguridad del paciente.

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5 | Código: D1DG1453 - 001 |
| | | Versión: 04 |
| | POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | Vigencia: 30/09/2024 |

1. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la seguridad del paciente como la ausencia de daño innecesario o potencial asociado con la atención en salud (OMS, 2024). Por esta razón, la falta de seguridad en la atención se considera un problema de salud pública global, ya que los errores médicos y otros efectos adversos contribuyen de manera significativa a la carga de enfermedad y mortalidad. Recordando la resolución WHA55.18 (2002), que instaba a los Estados Miembros a «prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a establecer y consolidar sistemas basados en la ciencia para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención en salud»; reconociendo que la seguridad del paciente es fundamental y constituye la base para proporcionar atención sanitaria de calidad; y valorando la inclusión de la promoción de la seguridad del paciente en el 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023, se subraya que la seguridad del paciente no puede garantizarse sin acceso a infraestructuras, tecnologías y dispositivos médicos seguros, sin su uso adecuado por parte de pacientes bien informados, y sin personal sanitario calificado y comprometido en un entorno seguro y propicio.

También se destaca la importancia de una educación y formación básica y continua de calidad para los profesionales de la salud, asegurando que posean las habilidades y competencias necesarias para sus funciones. Además, se reconoce que el acceso a medicamentos y otros productos esenciales que sean seguros, eficaces, asequibles y de calidad, así como su correcta administración y uso, también son cruciales para la seguridad del paciente. La higiene, fundamental para prevenir infecciones relacionadas con la atención sanitaria y reducir la resistencia a los antimicrobianos, es igualmente importante.

Garantizar la seguridad del paciente es una prioridad esencial para ofrecer servicios de salud de calidad, y es imperativo que todas las personas reciban servicios de salud seguros, reafirmando el principio de «ante todo, no hacer daño», se reconoce la necesidad de promover y mejorar la seguridad del paciente en todos los niveles y entornos del sistema sanitario, tanto en la salud física como mental. Para garantizar mejoras sostenibles y significativas en la seguridad de la atención médica, es crucial contar con políticas claras, un liderazgo organizacional sólido, datos que impulsen mejoras, profesionales de la salud debidamente capacitados y la participación activa de los pacientes en su propia atención (OMS, 2024)

2. SITUACIÓN DESEADA

La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl se compromete en garantizar un entorno de atención asistencial que sea seguro, eficiente, eficaz y confiable, mientras se maximiza la satisfacción del usuario. Mejora en la Calidad de la Atención: La implementación de la política debe conducir a una atención médica de mayor calidad, con procesos estandarizados y protocolos claros que minimicen errores y riesgos. Por ello la situación deseada es:

Reducción de Incidentes y Eventos Adversos: Se espera una disminución en la frecuencia y gravedad de incidentes adversos y errores médicos, gracias a medidas preventivas y a la identificación temprana de riesgos.

Mayor Cumplimiento Normativo: La política debería garantizar el cumplimiento de las normativas y estándares nacionales e internacionales relacionados con la seguridad del paciente.

Fortalecimiento del Liderazgo y la Cultura de Seguridad: La política promoverá un liderazgo eficaz y una cultura organizacional que priorice la seguridad del paciente, alentando a todos los niveles de la organización a tomar responsabilidad por la seguridad.

Capacitación Continua del Personal: Se anticipa una mejora en las competencias del personal de salud mediante programas de formación continua y evaluación de competencias, lo que contribuirá a una atención más segura.

Participación de los Pacientes: Los pacientes estarán más involucrados en su propia atención, comprendiendo mejor los riesgos y cómo contribuir a su seguridad, lo que fortalecerá la relación entre pacientes y profesionales de la salud.

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5 | Código: D1DG1453 - 001 |
| | | Versión: 04 |
| | POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | Vigencia: 30/09/2024 |

Sistema de Monitoreo y Evaluación Efectivo: Se establecerán mecanismos de monitoreo y evaluación que permitan la recolección y análisis de datos relevantes para detectar áreas de mejora y ajustar prácticas y procedimientos de manera continua.

Transparencia y Comunicación Abierta: Se fomentará una mayor transparencia en la comunicación de errores y eventos adversos, facilitando la identificación de problemas y la implementación de soluciones efectivas.

Mejora en la Experiencia del Paciente: Con un enfoque centrado en la seguridad, se espera una experiencia del paciente más satisfactorio, con menos complicaciones y una atención más segura y eficiente.

En resumen, tras la formulación y aplicación de la política de seguridad del paciente, la expectativa es lograr una atención médica más segura, eficiente y centrada en el paciente, con un sistema robusto de prevención, monitoreo y mejora continua.

3. CONTEXTO DE LA POLÍTICA

3.1. MARCO LEGAL

| NORMA | ENTIDAD QUE LA EXPIDIÓ | ASUNTO |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Constitución Política de Colombia de 1991 art, 209 y 269 | Asamblea Nacional Constituyente | Política de control interno |
| Ley 9 de 1979 | Congreso de la República de Colombia. | Por la cual se dictan Medidas Sanitarias |
| Ley 10 de 1990 | Congreso de la República de Colombia. | Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. |
| Ley 100 de 1993 | Congreso de la República de Colombia. | Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones |
| Ley 715 de 2001 | Congreso de la República de Colombia. | Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros |
| Resolución 1446 de 8 mayo de 2006 | Ministerio de salud y la protección social | Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. |
| Ley 1164 de 2007 | Congreso de la República de Colombia. | Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. |
| Resolución No. 2181 de 2.008 | Ministerio de salud y la protección social | "Por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público, obligadas a cumplir con la Ley 872 de 2003, contenida en el Anexo Técnico que hace parte integral de la resolución en cuestión". |
| Ley 1122 de 2007 | Congreso de la República de Colombia. | Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5 | Código: D1DG1453 - 001 |
| | POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | Versión: 04 Vigencia: 30/09/2024 |

| | | |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ley 1438 de 2011 | Congreso de la República de Colombia. | Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. |
| Ley 1751 de 2015 | Congreso de la República de Colombia. | Ley Estatutaria de la Salud |
| Ley 1955 de 2019 | Congreso de la República de Colombia. | Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. "Pacto por Colombia, pacto por la equidad" |
| Decreto 780 de 2016 | Ministerio de Salud y Protección Social | Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social |
| Resolución 123 de 2.012 Estándares de acreditación den salud. | Ministerio de salud y la protección social | Estándares de acreditación en salud. |
| Resolución 3100 de 2.019 | Ministerio de salud y la protección social | Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. |
| Resolución 5095 de 2018 | Ministerio de Salud y Protección Social | Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1 |
| Resolución 0429 de 2016 | Ministerio de Salud y Protección Social | Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud |
| Resolución 0489 de 2019 | Ministerio de Salud y Protección Social | Por la cual se modifica la resolución 429 de 2016 |
| Resolución 2082 de 2014 | Ministerio de Salud y Protección Social | Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud |
| Resolución 3202 de 2016 | Ministerio de Salud y Protección Social | Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones |
| Resolución 3280 de 2018 | Ministerio de Salud y Protección Social | Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación |
| Resolución 276 de 2019 | Ministerio de Salud y Protección Social | Por la cual se modifica la Resolución 3280 de 2018 |
| Resolución No. 3539 del 31 de Diciembre del 2019. | Ministerio de Salud y Protección Social | Por la cual se adopta el instrumento para las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regimenes Contributivo y Subsidiado, reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución No. 256 de 2016. |
| Circular 012 de 2016 | Superintendencia Nacional de Salud | Por la cual se hacen las adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 047 de 2007 y se imparten las instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud y el sistema para la calidad. |
| Plan Nacional de Mejoramiento de la | Ministerio de Salud y Protección Social | Por medio del cual se establecen las directrices nacionales para el quinquenio, en materia calidad en salud. |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5 | Código: D1DG1453 - 001 |
| | POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | Versión: 04 Vigencia: 30/09/2024 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Calidad en Salud 2016-2021 | | |
| Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030 | Organización Mundial de la Salud | Por medio de la cual se dan las directrices globales |
| Res 0256 de 2016 | Ministerio de Salud y Protección Social | Por la cual se dictan las disposiciones con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores |

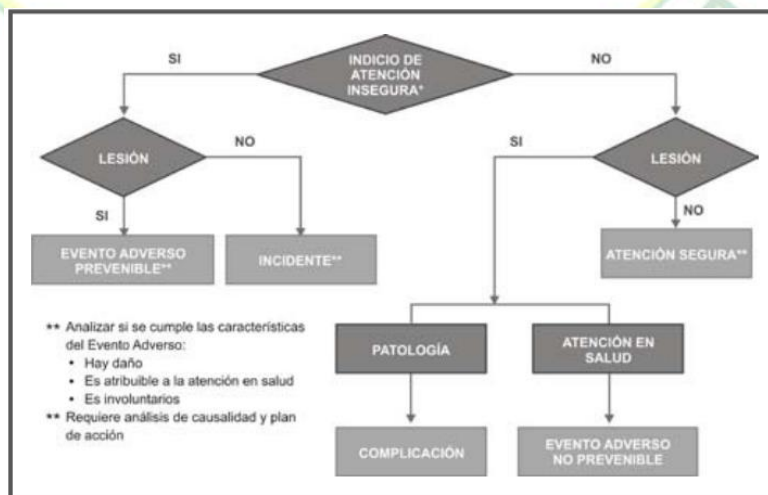
3.2. MARCO SITUACIONAL

La Política Institucional de Seguridad del Paciente de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul, parte del marco legal nacional dando sus primeros pasos en el año 2006 con la Resolución 1446 del 8 mayo de 2006 donde se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, allí se hace referencia a la medición de los eventos adversos institucionales y sus seguimientos, se publica el documento “LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008), y la institución realiza la adopción a mediante la Resolución 0363 del 24 de mayo de 2011 y de allí en adelante se realizan varias modificaciones debido a las directrices nacionales del ministerio de salud y la protección social, así pues, se han generado las siguientes Resoluciones institucionales dentro del marco del programa:

- Resolución 0363 del 24 de mayo de 2011
- Resolución 0471 del 04 de junio de 2013
- Resolución 0818 del 26 de agosto de 2014
- Resolución 1110 del 30 de octubre de 2014
- Resolución 0812 del 16 julio de 2015
- Resolución 1137 del 26 septiembre de 2015
- Resolución 0621 del 9 agosto de 2021

3.3. MARCO CONCEPTUAL

La Política de Seguridad del Paciente de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul se establece de acuerdo con la política nacional implementada por el Ministerio de salud y la protección social basada en la guía técnica “Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008). La intención de nuestra política se basa en el concepto del reconocimiento de los factores contributivos (Gráfica 1).



| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5 | Código: D1DG1453 - 001 |
| | POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | Versión: 04 Vigencia: 30/09/2024 |

Ilustración 1. Modelo conceptual Política de Seguridad del paciente.

La siguiente gráfica (Gráfica 2) indica el Modelo conceptual para la clasificación de las lesiones que pueden ser: eventos adversos, incidentes, Complicaciones inherentes a la patología o atención segura.

| | | | | |
|----------------------|--------|---|---|----------------------------|
| MODELO CONCEPTUAL | Lesión | | A | Evento adverso |
| | + | - | B | Incidente |
| Atención insegura | + | A | B | C Complicación (Patología) |
| | - | C | D | D Atención segura |

Gráfica 1. Clasificación de Indicios de atención Insegura-IAI

La seguridad es un principio inherente a la atención del paciente y un componente fundamental de la gestión de calidad institucional. Para mejorar la seguridad se requiere de un enfoque general, dado que afecta el funcionamiento de todo el sistema, para lo cual es indispensable pensar en forma global más que en lo individual o personal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2009), por ello la institución reconoce la necesidad de ampliar el enfoque lo cual permite una perspectiva amplia de las necesidades en torno a este tema.

4. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

SEGURIDAD: Ausencia de lesiones a causa de la atención sanitaria que se supone debe ser beneficiosa.

EFFECTIVIDAD: Provisión de servicios, basados en el conocimiento científico, a todos los que pueden beneficiarse de ellos, y evitar proveer servicios a aquellos que probablemente no se beneficiarán de ellos (evitar sub y sobre utilización respectivamente).

SERVICIO CENTRADO EN EL PACIENTE: Provisión de atención sanitaria que es respetuosa con y que responde a las preferencias individuales, necesidades y valores del paciente, asegurando que los valores del paciente guían todas las decisiones clínicas.

OPORTUNIDAD: Reduciendo las esperas y, a veces perjudiciales, retrasos tanto para los que reciben como para los que proveen la atención sanitaria. Eficiencia: Evitando el desperdicio de equipamiento, insumos, ideas y energía.

EQUIDAD: Provisión de servicios que no varían en calidad según características personales tales como género, etnia, localización geográfica y estatus socioeconómico.

PACIENTE: Toda persona que recibe atención sanitaria, incluidos aquellos que reciben atención diferente como vacunación o no se perciban así mismos como tales.

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.

ATENCIÓN EN SALUD: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5 | Código: D1DG1453 - 001 |
| | POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | Versión: 04 Vigencia: 30/09/2024 |

ATENCIÓN EN SALUD SEGURA: Es una atención en salud que se brinda minimizando los riesgos de ocurrencia de un evento adverso y a la cual se han incorporado las barreras de seguridad requeridas de acuerdo al proceso de atención.

ATENCIÓN INSEGURA: Es una atención en salud en la cual se presenta un acontecimiento o una circunstancia que incrementa el riesgo de ocurrencia de un 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 evento adverso.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

RIESGO: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra y pueda llegar a entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y afectar el logro de sus objetivos.

EVENTO ADVERSO: Son lesiones involuntarias, no intencionales que ocurren durante la atención en salud que pueden conducir a la muerte, incapacidad o al deterioro en las condiciones de salud del paciente. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

INCIDENTE: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

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.

BARRERA DE SEGURIDAD: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

GESTIÓN DEL RIESGO: Estudio de los eventos adversos derivados de la asistencia mediante su detección y análisis, con el objetivo final de diseñar estrategias para su prevención, generando una cultura de preocupación por la seguridad.

DAÑO: Implica el deterioro de la estructura o función del cuerpo, como también cualquier efecto deletéreo que se produzca a la salud de tipo fisiológico o psicológico.

ERROR ACTIVO: Son errores activos los que proceden el operador de primera línea y sus efectos se sienten de manera inmediata

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5 | Código: D1DG1453 - 001 |
| | | Versión: 04 |
| | POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | Vigencia: 30/09/2024 |

ERROR LATENTE: Incluyen diseño deficiente, instalación incorrecta, mantenimiento defectuoso, malas decisiones de gestión y estructura organizacional deficiente. Es decir, no dependen del operador.

5. MARCO GENERAL DE LA POLÍTICA

La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl se compromete en garantizar un entorno de atención asistencial que sea seguro, eficiente, eficaz y confiable, mientras se maximiza la satisfacción del usuario.

5.1. PROPÓSITOS

Garantizar los esfuerzos institucionales hacia una cultura de seguridad del paciente (justa, educativa y no punitiva), en entornos asistenciales seguros, eficientes y confiables, así como también reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos, fomentando entornos seguros de atención mediante la gestión del conocimiento, entrenamiento y motivación de los colaboradores, pacientes y familiares.

6.2. PRINCIPIOS.

- Enfoque de atención centrado en el usuario.
- Promoción de la cultura de seguridad.
- Integración con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.
- Multicausalidad de los modos de fallo.
- Participación de colaboradores, el paciente y su familia.

6.2. OBJETIVOS

6.2.1. GENERAL

Garantizar el despliegue de la Política institucional para lograr un entorno de atención asistencial que sea seguro, eficiente, eficaz y confiable, mientras se maximiza la satisfacción del usuario.

6.2.2. ESPECÍFICOS

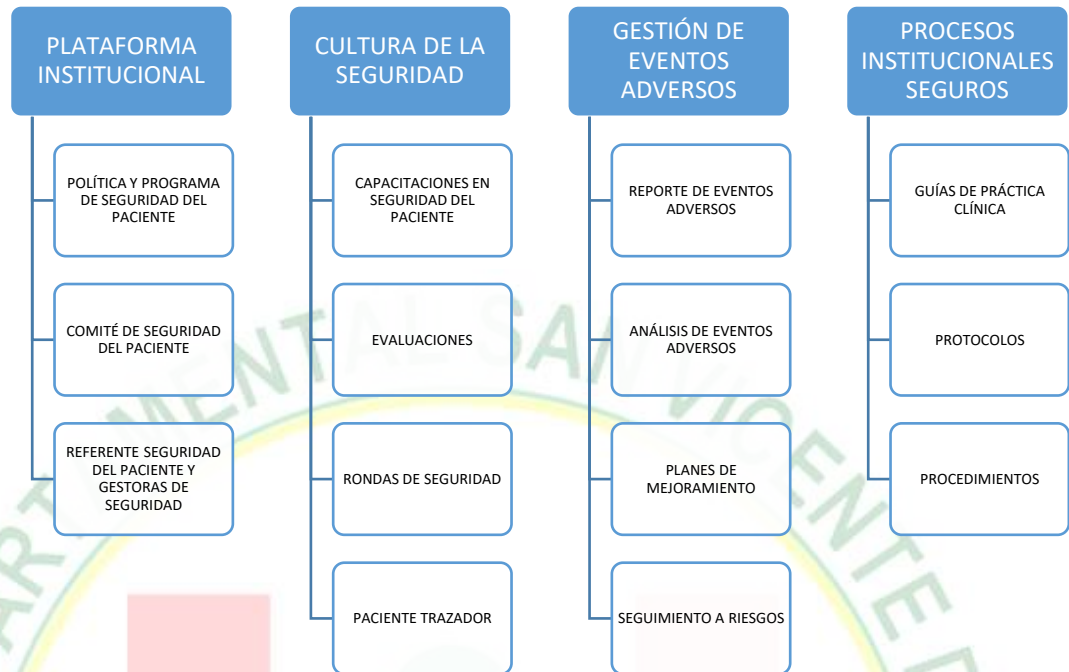
Establecer un ambiente seguro de atención para todos los usuarios, en línea con el marco internacional y nacional que permita el posicionamiento de la institución a nivel nacional.

Garantizar los mecanismos de comunicación integral que permitan desarrollar la cultura institucional de seguridad del paciente y asegurar la máxima participación en iniciativas y campañas especiales de todo el personal.

Promover la cultura de la seguridad en los colaboradores, pacientes y familiares de forma permanente

6.3. METAS

Teniendo como metas el cumplimiento de la normatividad nacional vigente se proponen las siguientes:



6.3.1. Establecer la Plataforma institucional en torno a la Política de Seguridad del Paciente vigencia 2024

Metas:

- Conocimiento del 100% del personal a la Política de Seguridad del Paciente
- Realizar 12 Comité de Seguridad del Paciente al año
- Designar un referente y un equipo de gestoras de seguridad

6.3.2. Desarrollar la Cultura Institucional de Seguridad del Paciente vigencia 2024

Metas:

- Realizar 12 capacitaciones al año sobre los paquetes instruccionales de seguridad del paciente
- Realizar 12 evaluaciones pre y post capacitación con el fin de medir el conocimiento previo
- Realizar 2 Listas de chequeo semestrales obligatorias, según el lineamiento del Ministerio de salud y PS
- Realizar Rondas de seguridad diarias (Lunes a viernes) y reportar los hallazgos.
- Garantizar la aplicación de la herramienta institucional para la auditoría con la metodología de paciente trazador (1 trimestral)

6.3.3. Garantizar la Gestión de Eventos adversos en la institución

- Realizar 12 reportes al año de los indicadores de obligatorio cumplimiento de acuerdo con la Resolución 0256 de 2016
- Realizar 12 reuniones para el análisis de eventos adversos de acuerdo con el registro mensual.
- Garantizar la elaboración del 100% de planes de mejora para evitar eventos adversos ya identificados.
- Generar los Planes de mejora requeridos para las desviaciones de indicadores que se presenten.
- Realizar el seguimiento a los riesgos en el 100% de los servicios asistenciales institucionales.

6.3.4. Instituir procesos asistenciales seguros actualizados vigencia 2024

Metas:

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5 | Código: D1DG1453 - 001 |
| | | Versión: 04 |
| | POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | Vigencia: 30/09/2024 |

Realizar 12 mediciones mensuales a adherencia a GPC, de acuerdo con el perfil epidemiológico institucional y los lineamientos del Ministerio de obligatorio cumplimiento.

Garantizar 12 mediciones mensuales a las listas de chequeo obligatorias del Programa de Seguridad del Paciente, sobre procedimientos seguros

Consolidar las mediciones relacionadas con los procesos seguros establecidos en el manual de Prácticas seguras del Ministerio de Salud y Protección Social.

6.4. ESTRATEGIAS

6.4.1. Establecer la Plataforma institucional en torno a la Política de Seguridad del Paciente vigencia 2024:

- Actualizar la Política Institucional de seguridad del Paciente anual
- Realizar los doce (12) comités de seguridad del paciente con periodicidad mensual. (Operativa)
- Mantener actualizado y operativo el equipo funcional para la seguridad del paciente con un referente y cuatro gestoras de seguridad. (Operativa)
- Garantizar la designación de un líder del equipo de Seguridad del paciente

6.4.2. Desarrollar la Cultura Institucional de Seguridad del Paciente vigencia 2024

- Desarrollar las capacitaciones en seguridad del paciente, según el Plan anual de capacitaciones
- Elaborar y garantizar la ejecución del Plan anual de capacitaciones para el Programa de Seguridad del Paciente en cada vigencia.
- Promover de manera permanente jornadas de gestión del conocimiento para los colaboradores, los pacientes y sus familias.
- Realizar el análisis al 100% de las mortalidades intrahospitalarias mayores a 48 horas institucionales. (Resultado)
- Realizar evaluaciones de conocimientos, percepción y prácticas a los colaboradores sobre el Programa de Seguridad del Paciente.
- Realizar las Rondas de seguridad con periodicidad semestral, cuatrimestral, mensual y diaria, según los formatos institucionales, de acuerdo con los procedimientos establecidos para la realización, según la programación anual.
- Ejecutar la metodología de paciente trazador.
- Realizar el reconocimiento a las personas o instituciones que apoyen iniciativas seguras en la institución.

6.4.3. Garantizar la Gestión de Eventos adversos en la institución

Verificar el funcionamiento operativo de los medios de reporte rapa Indicios de Atención Insegura.

- Identificar y caracterizar los eventos adversos institucionales.
- Convocar a los involucrados para el análisis de eventos adversos y planteamiento de planes de mejora institucionales.
- Retroalimentar a los involucrados internos y externos, sobre los registros de incidentes y observaciones de calidad presentados de forma mensual.
- Garantizar el seguimiento de riesgos asistenciales de acuerdo con la metodología AMFE, según las directrices institucionales.
- Realizar la gestión de los riesgos que requieran intervención, por la alta calificación, articulando las acciones con los involucrados.



- Plantear las acciones de mejora necesarias de acuerdo con las desviaciones a los indicadores que se presenten.
- Mantener la proporción de eventos adversos institucionales inferior a 1.88, de acuerdo con la línea base institucional.
- Gestionar la ejecución de los planes de mejora necesarios ante la desviación de los indicadores de seguridad.

6.4.4. Instituir procesos asistenciales seguros actualizados vigencia 2024

- Realizar la medición a las adherencias a las GPC, de acuerdo con el perfil epidemiológico institucional, como también a las que son de obligatorio cumplimiento.
- Realizar las mediciones a las adherencias a listas de chequeo para procedimientos institucionales
- Garantizar la supervisión de procedimientos seguros realizando las acciones de seguimiento correspondientes.
- Mantener en cero (0) el indicador de neumonías broncoaspirativas pediátricas de origen intrahospitalario. (Resultado)

6.5. LÍNEAS DE INTERVENCIÓN Y ACTIVIDADES

Hacer cronograma para la vigencia (Anexo 01)

| Estrategia | Responsable(s) | Fecha |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Educación no formal en seguridad del paciente. | Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Enero-diciembre |
| Educación formal en seguridad del paciente. | Gerente, subdirector Científico. | Enero-diciembre |
| Construcción y apropiación de herramientas prácticas didácticas para la educación y el desarrollo de capacidades en seguridad del paciente. | Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. Líderes de procesos y gestores de unidades funcionales. | Enero-diciembre |
| Consultoría, asesoría, asistencia técnica y acompañamiento externo en seguridad del paciente. | Gerente, subdirector Científico. | anual |
| Sistema de reporte institucional de incidentes y/o eventos adversos. | Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. Coordinación de Sistemas. | Enero-diciembre |
| Desarrollar metodologías de análisis de incidentes y/o eventos adversos | Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | anual |
| Implementación de rondas de seguridad | Gerente, subdirector Científico Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Enero-diciembre |
| Sistema de reporte extrainstitucional de incidentes y/o eventos adversos. | Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Enero-diciembre |
| Identificación de necesidades en información, comunicación y transferencia del conocimiento en seguridad del paciente. | Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Anual |
| Identificación de barreras y facilitadores en información, comunicación y transferencia del conocimiento en seguridad del paciente. | Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Enero-diciembre |
| Gestión de brechas: Construcción y apropiación de herramientas de en información, comunicación y transferencia del conocimiento en seguridad del paciente (Plan de medios). | Gerente, subdirector Científico Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. Coordinación de Sistemas. | Enero-diciembre |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5 | Código: D1DG1453 - 001 |
| | POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | Versión: 04 Vigencia: 30/09/2024 |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Promoción de experiencias exitosas y referenciación comparativa. | Gerente, subdirector Científico Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Anual |
| Determinar las cuestiones externas e internas pertinentes para política de seguridad del paciente | Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Enero-diciembre |
| Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas en seguridad del paciente | Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Enero-diciembre |
| Determinar el alcance de la seguridad del paciente en el sistema de gestión y modelo de atención institucional. | Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Enero-diciembre |
| Desarrollar e implementar procesos requeridos para dar respuesta al alcance de la política de seguridad del paciente en el Sistema de Gestión y el Modelo de Atención. | Gerente, subdirector Científico Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Enero-diciembre |

6.6. ABORDAJE DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Articulación con la Política Institucional de Gestión Integral de Riesgos, con ejecución de metodologías de identificación, análisis, evaluación, monitoreo y revisión de los riesgos relacionados con la seguridad del paciente.

6.7. DEFINICIÓN DE ROLES Y RESPONSABILIDADES

| Estrategia | Responsable(s) | Rol |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Educación no formal en seguridad del paciente. | Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Capacitador |
| Educación formal en seguridad del paciente. | Gerente, subdirector Científico. | Facilitador |
| Construcción y apropiación de herramientas prácticas didácticas para la educación y el desarrollo de capacidades en seguridad del paciente. | Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. Líderes de procesos y gestores de unidades funcionales. | Facilitador |
| Consultoría, asesoría, asistencia técnica y acompañamiento externo en seguridad del paciente. | Gerente, subdirector Científico. | Facilitador |
| Sistema de reporte institucional de incidentes y/o eventos adversos. | Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. Coordinación de Sistemas. | Capacitador Facilitador |
| Desarrollar metodologías de análisis de incidentes y/o eventos adversos | Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Capacitador |
| Implementación de rondas de seguridad | Gerente, subdirector Científico Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Capacitador Facilitador |
| Sistema de reporte extrainstitucional de incidentes y/o eventos adversos. | Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Capacitador |
| Identificación de necesidades en información, comunicación y transferencia del conocimiento en seguridad del paciente. | Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Capacitador |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5 | Código: D1DG1453 - 001 |
| | | Versión: 04 |
| | POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | Vigencia: 30/09/2024 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Identificación de barreras y facilitadores en información, comunicación y transferencia del conocimiento en seguridad del paciente. | Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Capacitador |
| Gestión de brechas: Construcción y apropiación de herramientas de en información, comunicación y transferencia del conocimiento en seguridad del paciente (Plan de medios). | Gerente, subdirector Científico Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. Coordinación de Sistemas. | Capacitador Facilitador |
| Promoción de experiencias exitosas y referenciación comparativa. | Gerente, subdirector Científico Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Capacitador Facilitador |
| Determinar las cuestiones externas e internas pertinentes para política de seguridad del paciente | Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Capacitador |
| Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas en seguridad del paciente | Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Capacitador |
| Determinar el alcance de la seguridad del paciente en el sistema de gestión y modelo de atención institucional. | Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Capacitador |
| Desarrollar e implementar procesos requeridos para dar respuesta al alcance de la política de seguridad del paciente en el Sistema de Gestión y el Modelo de Atención. | Gerente, subdirector Científico Líder de Política Institucional de Seguridad del Paciente. | Capacitador Facilitador |

6.8. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

| | Resumen narrativo de los objetivos | Indicadores (estructura, proceso, resultado e impacto) | Medios de verificación | Supuestos (riesgos) |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fin | Fomentar una cultura de seguridad institucional acompañada del despliegue e implementación de herramientas prácticas efectivas para la prevención y/o disminución de incidentes y eventos adversos. | IMPACTO * Numero capacitaciones Realizadas/ Total programadas (12) * Numero de rondas de seguridad realizadas/ número de rondas de seguridad programadas * Informes mensuales realizados / informes mensuales presentados. (12) | *Actas capacitación * Informes registros rondas de seguridad * E-calidad / SISAR | Continuidad de los programas implementados. Disponibilidad de recursos y desarrollo tecnológico. |
| Propósito | Disminuir la tasa de eventos adversos institucionales | RESULTADO Tasa de eventos adversos institucionales: Numero de EA presentados mensual/Total de pacientes atendidos mensual | *Informes registros rondas de seguridad *E-calidad/SISAR | Subregistro de la información |



| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Componentes | Educación no formal en seguridad del paciente. | PRODUCTO Porcentaje de personal capacitado: Personal capacitado PSP / Total de personal programado para capacitación PSP *100 Porcentaje de personal que aprueba el test de conocimientos: Personal capacitado que aprueba PSP el test de conocimientos / Total de personal programado para capacitación PSP *100 Proporción de eventos adversos gestionados: Numero de eventos adversos detectados y gestionados / Numero de eventos detectados | Actas de capacitación Informe de evaluación de conocimientos Informe de evaluación de calidad Indicadores seguridad del paciente | |
| | Educación formal en seguridad del paciente. | | | |
| | Construcción y apropiación de herramientas prácticas didácticas para la educación y el desarrollo de capacidades en seguridad del paciente. | | | |
| | Consultoría, asesoría, asistencia técnica y acompañamiento externo en seguridad del paciente. | | | |
| | Mantener el Sistema de reporte institucional de incidentes y/o eventos adversos. | | | |
| | Desarrollar metodologías de análisis de incidentes y/o eventos adversos | | | |
| | Implementación de rondas de seguridad | | | |
| | Promover el Sistema de reporte extrainstitucional de incidentes y/o eventos adversos. | | | |
| Identificar las necesidades en información, comunicación y transferencia del conocimiento en seguridad del paciente. | | | | |
| Identificar las barreras y facilitadores en información, comunicación y transferencia del conocimiento en seguridad del paciente. | | | | |
| Gestión de brechas: Construcción y apropiación de herramientas de en información, comunicación y transferencia del conocimiento en seguridad del paciente (Plan de medios). | | | | |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5 | Código: D1DG1453 - 001 |
| | POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | Versión: 04 Vigencia: 30/09/2024 |

| | | | | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|
| Actividades | Desarrollar e implementar procesos requeridos para dar respuesta al alcance de la política de seguridad del paciente en el Sistema de Gestión y el Modelo de Atención. | | | |
| | Capacitación de multiplicadores de la Política de Seguridad del Paciente Conformación del equipo de gestores(as) de seguridad del paciente. Capacitación de verificadores de las condiciones de habilitación y de los estándares de acreditación con enfoque de gestión del riesgo y seguridad del paciente. Promover la investigación institucional en seguridad del paciente. Diseño, ejecución y seguimiento de los estudios relevantes en seguridad del paciente. Desarrollo de acciones educativas dirigidas al paciente, su familia y los demás actores interesados. Movilización y asignación de recursos adecuados para el desarrollo de las capacidades de la seguridad del paciente en el personal de todos los servicios. Incorporar el concepto de mejora continua al Programa de seguridad del paciente. | PROCESO *Proporción cobertura de capacitación de multiplicadores: *Número de multiplicadores capacitados/ Total de multiplicadores identificados *Número de historias clínicas auditadas adherentes/Número Total de historias clínicas auditadas | | No contar con los recursos financieros necesarios |

6.9. INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA

Fichas técnicas de los indicadores definidas según el Sistema de Información para la Calidad institucional (elaborar indicadores)

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5 | Código: D1DG1453 - 001 |
| | POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | Versión: 04 Vigencia: 30/09/2024 |

CONTROL DE CAMBIOS

El control de cambios describe las modificaciones realizadas al presente documento y define la nueva versión que se genera por cambios de fondo requeridos, es un documento controlado. El original se encuentra a cargo del responsable en gestión de ingeniería de procesos – área de calidad, su impresión es considerada copia no Controlada

| FECHA | CAMBIO | NUEVA VERSIÓN | ELABORÓ | APROBÓ |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 21/05/2021 | Actualización de la Política institucional de Seguridad del Paciente para la vigencia siguiente. Aplicación de nuevas plantillas institucionales | 02 | María Margarita Pérez Cabrera Referente Programa Seguridad del Paciente | Jorge Humberto González Bahamon Gerente |
| 29/08/2023 | Se actualizo contenido | 03 | María Margarita Pérez Cabrera Referente Programa Seguridad del Paciente | Jorge Humberto González Bahamon Gerente |
| 30/09/2024 | Se actualizo contenido | 04 | María Margarita Pérez Cabrera Referente Programa Seguridad del Paciente | Carlos Daniel Mazabel Córdoba Gerente |

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Actualizado por: MARÍA MARGARITA PÉREZ CABRERA | Revisado por: PABLO LEON PUENTES QUESADA | Aprobado por: CARLOS DANIEL MAZABEL CÓRDOBA |
| Cargo: REFERENTE PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE | Cargo: SUBDIRECTOR CIENTIFICO | Cargo: GERENTE |
| Adopción Resolución Institucional N° 0848 del 04 de octubre de 2024: por medio de la cual se actualiza la política de seguridad del paciente para la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl | | |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5 | Código: D1DG1453 - 001 |
| | POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | Versión: 04 Vigencia: 30/09/2024 |

BIBLIOGRÁFICAS

- Donaldson, L. (2005). *www.paho.org/hq/?/lang=es*. Obtenido de https://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero21_last.htm
- Med clin. (2004). Los eventos adversos en la atención hospitalaria, una revisión crítica. Barcelona, España.
- Ministerio de Salud y Protección social. (Noviembre de 2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá DC, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá DC, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (12 de 2009). La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Paquetes instruccionales. Bogotá DC, Colombia.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). *Estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica (IBEAS)*. Obtenido de https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (Octubre de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/patientsafety/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (06 de octubre de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/topics/patient_safety/es/
- Organización Mundial de la salud. . (2015). *www.oms.org*. Obtenido de https://www.who.int/topics/patient_safety/es/
- Paúl, E. S. (s.f.). Plataforma estratégica institucional. Garzón, Huila, Colombia.

