



CLINICA
OFTALMOLÓGICA
PEÑARANDA
Su mejor punto de vista



NOG
NARIZ | OÍDOS | GARGANTA

**POLITICA DE SEGURIDAD
DEL PACIENTE
APLICA A TODAS LAS
SEDES**

INTRODUCCIÓN	La Clínica Oftalmológica Peñaranda reconoce la seguridad del paciente como un componente esencial de la calidad en la prestación de los servicios de salud y un compromiso permanente de todos los colaboradores, orientado a prevenir la ocurrencia de incidentes y eventos adversos mediante la identificación, gestión y control de los riesgos asociados a la atención. La institución implementa prácticas seguras fundamentadas en la Política de Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud y Protección Social, integradas al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, promoviendo una cultura de seguridad, el aprendizaje organizacional, el reporte no punitivo y el mejoramiento continuo, con el propósito de brindar una atención segura, humanizada y centrada en el usuario.
1. POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	La Clínica Oftalmológica Peñaranda se compromete a promover una cultura de seguridad del paciente mediante la identificación, gestión y control de los riesgos asociados a la atención en salud, fomentando el reporte oportuno y no punitivo de incidentes y eventos adversos, el análisis de sus causas y la implementación de acciones de mejora que prevengan su recurrencia. Así mismo, garantiza la implementación, seguimiento y evaluación de prácticas seguras basadas en la evidencia y en los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, orientadas a brindar una atención segura, humanizada, centrada en el paciente y su familia, fortaleciendo el mejoramiento continuo de la calidad y la gestión del riesgo institucional.
3. OBJETIVOS DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Objetivo General Fortalecer la cultura de seguridad del paciente mediante la implementación de prácticas seguras, la gestión de los riesgos asociados a la atención en salud y el seguimiento de indicadores que contribuyan al mejoramiento continuo de la calidad y la prevención de incidentes y eventos adversos. Objetivos específicos 1. Implementar y mantener las prácticas seguras institucionales en todos los servicios habilitados, garantizando su cumplimiento mediante el seguimiento periódico de indicadores. 2. Fortalecer la cultura de seguridad del paciente mediante la capacitación continua del talento humano y la promoción del reporte oportuno, voluntario y no punitivo de incidentes y eventos adversos.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia

3. Gestionar los incidentes, eventos adversos y riesgos identificados mediante el análisis de causas, la implementación de acciones de mejora y el seguimiento a su efectividad.
4. Promover la participación del paciente, su familia y los colaboradores en las estrategias institucionales de seguridad del paciente.
5. Evaluar periódicamente la efectividad de la Política de Seguridad del Paciente mediante el análisis de los indicadores institucionales y la implementación de acciones de mejoramiento continuo.

4. INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Clínica Oftalmológica Peñaranda establece los siguientes indicadores para evaluar el cumplimiento y la efectividad de la Política de Seguridad del Paciente. Los resultados obtenidos serán analizados periódicamente por el Equipo Líder de Seguridad del Paciente y servirán como insumo para la toma de decisiones y el mejoramiento continuo de los procesos asistenciales.

Objetivo de la política	Indicador	Fórmula	Meta	Frecuencia
Fortalecer la cultura de seguridad del paciente	Cumplimiento del plan de capacitación en seguridad del paciente	$\frac{\text{Capacitaciones ejecutadas} / \text{Capacitaciones programadas}}{\times 100}$	$\geq 95 \%$	Semestral
Promover el reporte oportuno de incidentes y eventos adversos	Porcentaje de incidentes y eventos adversos gestionados	$\frac{\text{Eventos analizados y gestionados} / \text{Eventos reportados}}{\times 100}$	100 %	Mensual
Implementar prácticas seguras institucionales	Cumplimiento de las prácticas seguras institucionales	$\frac{\text{Prácticas evaluadas con cumplimiento} / \text{Prácticas programadas para evaluación}}{\times 100}$	$\geq 95 \%$	Trimestral
Gestionar acciones de mejora derivadas de eventos adversos	Cumplimiento de acciones de mejora	$\frac{\text{Acciones implementadas} / \text{Acciones formuladas}}{\times 100}$	$\geq 90 \%$	Trimestral
Evaluar la efectividad de la política	Cumplimiento del seguimiento a los indicadores de seguridad del paciente	$\frac{\text{Indicadores analizados} / \text{Indicadores programados}}{\times 100}$	100 %	Trimestral
Evaluar los resultados de la atención segura	Tasa de mortalidad institucional	$\frac{\text{Número de pacientes fallecidos durante la atención en la}}{\times 100}$	0	Mensual

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia

Objetivo de la política	Indicador	Fórmula	Meta	Frecuencia
-------------------------	-----------	---------	------	------------

institución / Total de
pacientes atendidos) ×
1.000

4. EQUIPO LIDER DE SEGURIDAD

La Clínica Oftalmológica Peñaranda cuenta con un **Equipo Líder de Seguridad del Paciente**, responsable de liderar la implementación, seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de la Política de Seguridad del Paciente.

Este equipo coordina las estrategias institucionales para la gestión del riesgo, promueve la cultura de seguridad, analiza los incidentes y eventos adversos, realiza seguimiento a los indicadores institucionales y propone acciones de mejora orientadas a fortalecer la seguridad en la atención.

El Equipo Líder estará conformado, como mínimo, por:

- Gerente.
- Coordinador Médico.
- Coordinador de Calidad o quien haga sus veces.
- Líder de Enfermería.
- Representante del servicio quirúrgico.
- Representantes de los procesos asistenciales, según corresponda.

Cuando la naturaleza del incidente, evento adverso o riesgo identificado lo requiera, podrán participar como invitados los responsables de los procesos involucrados y los referentes de programas institucionales relacionados, tales como Farmacovigilancia, Tecnovigilancia u otros que correspondan.

4.1 Responsabilidades de los actores de la Seguridad del Paciente

Gerencia

- Aprobar la Política de Seguridad del Paciente.
- Garantizar los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros necesarios para su implementación.
- Promover una cultura institucional de seguridad del paciente.
- Realizar seguimiento a los resultados e indicadores institucionales.
- Tomar decisiones orientadas al mejoramiento continuo.

Equipo Líder de Seguridad del Paciente

- Liderar la implementación y actualización de la Política de Seguridad del Paciente.
- Coordinar las estrategias institucionales para la gestión del riesgo.
- Analizar los incidentes, eventos adversos y eventos centinela.
- Priorizar riesgos y definir barreras de seguridad.
- Formular y realizar seguimiento a los planes de mejoramiento.
- Evaluar periódicamente los indicadores de seguridad del paciente.
- Promover la cultura del reporte voluntario, confidencial y no punitivo.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia

- Presentar los resultados y recomendaciones a la Alta Dirección.

Coordinador de Calidad o Referente de Seguridad del Paciente

- Coordinar la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.
- Consolidar y analizar los indicadores institucionales.
- Coordinar el reporte, análisis y seguimiento de incidentes y eventos adversos.
- Programar las reuniones del Equipo Líder de Seguridad del Paciente.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento.
- Elaborar y presentar informes periódicos a la Gerencia y a los comités institucionales.
- Coordinar las actividades de capacitación y fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente.

Líderes de proceso

- Implementar las prácticas seguras aplicables a su servicio.
- Supervisar el cumplimiento de protocolos y procedimientos institucionales.
- Identificar y gestionar riesgos asociados a los procesos bajo su responsabilidad.
- Promover el reporte oportuno de incidentes y eventos adversos.
- Ejecutar y hacer seguimiento a las acciones de mejoramiento.

Talento humano

- Cumplir los protocolos, procedimientos y prácticas seguras institucionales.
- Identificar y reportar oportunamente incidentes, eventos adversos y condiciones inseguras.
- Participar en las actividades de inducción, reinducción y capacitación.
- Contribuir al fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente.
- Participar en la implementación de las acciones de mejora cuando corresponda.

Pacientes y familiares

- Participar activamente en su proceso de atención.
- Verificar su correcta identificación antes de procedimientos o tratamientos.
- Brindar información veraz y completa sobre su estado de salud.
- Informar oportunamente situaciones de riesgo o eventos relacionados con su atención.
- Cumplir las recomendaciones suministradas por el equipo de salud.

5. ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE

La Clínica Oftalmológica Peñaranda implementa la Política de Seguridad del Paciente mediante estrategias orientadas a fortalecer la cultura de seguridad, la gestión del riesgo, la prevención de incidentes y eventos adversos, el mejoramiento continuo y la participación activa del talento humano, los pacientes y sus familias.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Para el cumplimiento de la política institucional se desarrollan las siguientes estrategias:

5.1 Fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente

La institución promueve una cultura de seguridad basada en la identificación y gestión de los riesgos, el aprendizaje organizacional, el reporte oportuno de incidentes y eventos adversos, el trabajo en equipo y la mejora continua, fomentando un ambiente de confianza, respeto y responsabilidad compartida.

5.2 Gestión del riesgo para la seguridad del paciente

La gestión del riesgo se desarrolla de manera sistemática mediante la identificación, análisis, valoración, tratamiento, seguimiento y evaluación de los riesgos asociados a la atención en salud, con el propósito de prevenir la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.

Como parte de esta estrategia la institución realiza:

- Identificación de riesgos por procesos asistenciales.
- Implementación de barreras de seguridad.
- Seguimiento a riesgos priorizados.
- Evaluación de la efectividad de las acciones implementadas.

Así mismo realiza búsqueda activa de riesgos e incidentes mediante la identificación oportuna de

- Auditoría de historias clínicas.
- Rondas de seguridad.
- Observación directa.
- Revisión de registros clínicos.
- Seguimiento a indicadores.
- Revisión de PQRS relacionadas con la seguridad.
- Análisis de complicaciones clínicas.
- Vigilancia de eventos centinela.

5.3 Reporte y gestión de incidentes y eventos adversos

La Clínica promueve el reporte oportuno, voluntario y confidencial de incidentes y eventos adversos por parte del talento humano, con el propósito de identificar oportunidades de mejora y prevenir su recurrencia.

Todos los eventos reportados son objeto de:

- Clasificación.
- Análisis.
- Gestión.
- Investigación:
 - Identificar fallas activas y latentes.
 - Determinar factores contribuyentes.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia

- Establecer barreras de seguridad.
- Formular acciones de mejora.
- Evaluar la efectividad de las acciones implementadas.
- Implementación de acciones de mejora.
- Seguimiento de la efectividad de las acciones implementadas.

5.4 Implementación de prácticas seguras

La institución implementa las prácticas seguras definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, adaptadas a los servicios habilitados, con el fin de disminuir los riesgos durante la atención y fortalecer la seguridad del paciente. La adherencia a estas prácticas es objeto de seguimiento mediante auditorías, listas de verificación e indicadores institucionales.

5.5 Capacitación y fortalecimiento de competencias

La institución desarrolla actividades permanentes de inducción, reinducción y capacitación dirigidas al talento humano, con el propósito de fortalecer los conocimientos y competencias relacionadas con la seguridad del paciente, la gestión del riesgo y las prácticas seguras.

Estas actividades hacen parte del Plan Institucional de Capacitación y son objeto de seguimiento mediante los indicadores definidos en la presente política.

5.6 Participación del paciente y su familia

La Clínica promueve la participación activa del paciente, su familia y cuidadores en las acciones de seguridad del paciente, suministrando información clara y oportuna sobre su proceso de atención, fomentando la comunicación efectiva y promoviendo el ejercicio de sus derechos y deberes.

5.7 Seguimiento y mejoramiento continuo

La implementación de la Política de Seguridad del Paciente es objeto de seguimiento mediante:

- Evaluación periódica de los indicadores institucionales.
- Auditorías internas.
- Rondas de seguridad.
- Seguimiento a planes de mejoramiento.
- Revisión por el Equipo Líder de Seguridad del Paciente.
- Presentación de resultados a la Alta Dirección.

Los resultados obtenidos constituyen un insumo para la toma de decisiones y la implementación de acciones orientadas al mejoramiento continuo de la calidad y la seguridad de la atención.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia

5.8. Cultura justa y aprendizaje organizacional

La Clínica Oftalmológica Peñaranda promueve una cultura justa basada en el aprendizaje organizacional, donde el reporte de incidentes, eventos adversos y condiciones inseguras tiene un carácter preventivo y no punitivo. El análisis de los eventos busca identificar las causas del sistema y fortalecer las barreras de seguridad, evitando la asignación de culpabilidad cuando no exista dolo, negligencia o incumplimiento deliberado de las normas institucionales.

6. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLITICA

La Política de Seguridad del Paciente de la Clínica Oftalmológica Peñaranda se fundamenta en los siguientes principios:

- Atención centrada en el paciente y su familia.
- Cultura de seguridad.
- Gestión integral del riesgo.
- Mejoramiento continuo.
- Trabajo en equipo.
- Reporte oportuno, voluntario y no punitivo.
- Atención basada en la evidencia.
- Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

7. PRÁCTICAS SEGURAS INSTITUCIONALES

La Clínica Oftalmológica Peñaranda implementa las siguientes prácticas seguras, de conformidad con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y de acuerdo con los servicios habilitados por la institución. Cada práctica cuenta con protocolos, procedimientos y mecanismos de seguimiento que permiten evaluar su cumplimiento y efectividad.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia

Práctica segura	Objetivo	Indicador de seguimiento
Asegurar la correcta identificación del paciente.	Garantizar la correcta identificación del paciente mediante, como mínimo, dos identificadores antes de cualquier atención, procedimiento, administración de medicamentos o transfusión.	Adherencia al protocolo de identificación correcta del paciente (%). Ver FT1.
Gestionar y desarrollar una comunicación efectiva.	Fortalecer la comunicación entre los profesionales de la salud, el paciente y su familia para disminuir el riesgo de errores durante la atención.	Adherencia al protocolo de comunicación efectiva (%) Ver FT2
Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas a la atención en salud.	Implementar medidas de prevención y control de infecciones, incluyendo la higiene de manos y demás estrategias institucionales.	Adherencia al protocolo de higiene de manos (%) Ver FT3
Detectar, analizar y gestionar incidentes y eventos adversos.	Promover el reporte oportuno de incidentes y eventos adversos, realizar el análisis de sus causas e implementar acciones de mejora para prevenir su recurrencia y fortalecer la seguridad del paciente. Medir el porcentaje de eventos de seguridad del paciente reportados que fueron gestionados oportunamente mediante clasificación, análisis, definición de acciones y cierre, con el fin de fortalecer el aprendizaje institucional y prevenir la repetición de eventos adversos.	Proporción de pacientes con eventos adversos. ver IND-01 Gestión de eventos de seguridad del paciente Ver IND-12
Garantizar la funcionalidad del consentimiento informado.	Asegurar que el paciente o su representante reciba información suficiente para la toma de decisiones antes de cualquier procedimiento o tratamiento.	Historias clínicas con consentimiento informado completo (%). Ver FT4
Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.	Promover el uso seguro de medicamentos durante la prescripción, almacenamiento, preparación y administración.	Eventos Adversos Relacionados con Medicamentos (EADRM). Ver IND-13
Prevenir y reducir la frecuencia de caídas.	Identificar oportunamente a los pacientes con riesgo de caída e implementar las medidas preventivas correspondientes.	Porcentaje de adherencia protocolo de caídas (TCP). Tasa de caídas de pacientes (global) Ver IND-6

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia

		Tasa de caídas de pacientes – cirugía. Ver IND-7
		Tasa de caídas de pacientes – consulta externa. Ver IND-8
		Tasa de caídas de pacientes – hospitalización Ver IND-9
		Tasa de caídas de pacientes – apoyo diagnóstico Ver IND-10
Garantizar la atención segura de la gestante y del recién nacido.	Implementar prácticas seguras para la atención de la gestante y el recién nacido, cuando aplique según los servicios prestados.	Adherencia al protocolo de atención segura de la gestante y el recién nacido (%). Ver FT5
Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre, componentes y transfusión sanguínea.	Garantizar la seguridad en la solicitud, recepción, almacenamiento, identificación y administración de sangre y hemocomponentes.	Incidentes o reacciones adversas asociadas a la transfusión (%). Ver FT6
Prevenir úlceras por presión.	Identificar tempranamente el riesgo de lesiones por presión e implementar las medidas preventivas correspondientes.	Pacientes con valoración del riesgo de lesiones por presión (%). Ver FT7
		Tasa de complicaciones quirúrgicas (TCQ).
Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.	Garantizar el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y demás controles establecidos antes, durante y después del procedimiento quirúrgico.	Tasa de reingresos por complicaciones quirúrgicas en menos de 15 días
		Tasa de reingresos por complicaciones quirúrgicas en menos de 72 horas

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia

7. RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACION PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad es uno de los pilares del modelo de planeación estratégica institucional, por lo cual la alta gerencia desde la planeación anual se compromete con la asignación de recursos para el desarrollo de todas las actividades relacionadas con el enfoque, despliegue, implementación y verificación de políticas, programas y procesos relacionados con la Seguridad del Paciente. Por lo expuesto, la institución definió, los recursos indispensables para la implementación de la política de seguridad del paciente durante la actual vigencia.

9. HOMOLOGACION DE CONCEPTOS

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.

Acciones De Reducción Del Riesgo: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

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

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

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.

Cultura De Seguridad: El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente

Enfoque De Atención Centrado En El Usuario: Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia

Evento Adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

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

Evento Adverso No Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

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.

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.

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

Multicausalidad: El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

Sistema De Gestión Del Evento Adverso: Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia

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 en salud o de mitigar sus consecuencias.

REGISTROS RELACIONADOS

CÓDIGO	NOMBRE

DOCUMENTOS RELACIONADOS

CÓDIGO	NOMBRE
GC-O-01	Actividades para gestionar la seguridad de paciente

CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN	RAZÓN DEL CAMBIO
FEBRERO 2014	01	Versión original
DICIEMBRE 2014	02	Se incluyeron barreras de control
AGOSTO 2015	03	Se incluyen consideraciones del protocolo de Londres y la periodicidad de 1 vez cada dos años en la aplicación del estudio IBEAS, como modelo para detectar el aumento o disminución de eventos en la IPS.
OCTUBRE 2017	04	Se incluye la plataforma estratégica de la organización y se cambia a estructura de la política.
MAYO 2019	05	Actualización de la plataforma estratégica, se incluye en los integrantes del comité de seguridad del paciente el referente de Sede 2.
MAYO 2021	06	Se actualiza la política teniendo en cuenta las exigencias de la resolución 3100 de 2019. Se actualizan los cargos integrantes del comité de seguridad de paciente
ENERO 2024	07	Se actualiza los integrantes del comité de seguridad de paciente.
JULIO 2026	08	Actualización integral de la Política de Seguridad del Paciente de acuerdo con los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud y los estándares de habilitación vigentes. Se integró el contenido del Programa de Seguridad del Paciente en

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia

		un único documento institucional; se actualizaron la política, los objetivos, indicadores, equipo líder, responsabilidades, estrategias para la implementación, prácticas seguras institucionales, recursos, glosario, registros y documentos relacionados; además, se incorporaron fichas técnicas de indicadores y mecanismos para el seguimiento y mejoramiento continuo.
--	--	--

CONTROL DE REVISIONES

FECHA	VERSIÓN	RESPONSABLE
FEBRERO 2020	05	ING. PAOLA ROA BERNAL – ASESORA SOGCS
MAYO 2021	06	ING. PAOLA ROA – ASESOR EXTERNO DE CALIDAD
NOVIEMBRE 2022	06	ING. PAOLA ROA – ASESOR EXTERNO DE CALIDAD
Enero 2023	06	ING. PAOLA ROA – ASESOR EXTERNO DE CALIDAD
Enero 2024	07	ING. PAOLA ROA – ASESOR EXTERNO DE CALIDAD
Julio 2026	08	ING. PAOLA ROA – ASESOR EXTERNO DE CALIDAD

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia

Anexo. Fichas técnicas

FICHA TÉCNICA No. 1

Cumplimiento del plan de capacitación en seguridad del paciente

Campo	Descripción
Código	SP-IND-01
Nombre del indicador	Cumplimiento del plan de capacitación en seguridad del paciente
Proceso	Seguridad del Paciente
Objetivo	Medir el cumplimiento del plan institucional de capacitación en seguridad del paciente, garantizando el fortalecimiento de las competencias del talento humano.
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión	Seguridad del paciente
Fórmula	$(\text{Número de capacitaciones ejecutadas} / \text{Número de capacitaciones programadas}) \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Meta	$\geq 95 \%$
Frecuencia	Semestral
Fuente de información	Plan institucional de capacitación, cronograma, listas de asistencia y actas.
Responsable	Coordinador de Calidad
Interpretación	Un mayor porcentaje refleja un mejor cumplimiento del plan de capacitación institucional.

FICHA TÉCNICA No. 2

Porcentaje de incidentes y eventos adversos gestionados

Campo	Descripción
Código	SP-IND-02
Nombre del indicador	Porcentaje de incidentes y eventos adversos gestionados
Proceso	Seguridad del Paciente
Objetivo	Medir la oportunidad en el análisis y gestión de los incidentes y eventos adversos reportados.
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión	Gestión del riesgo

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia

Campo	Descripción
Fórmula	(Número de incidentes y eventos adversos analizados y gestionados / Número total de incidentes y eventos adversos reportados) × 100
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Meta	100 %
Frecuencia	Mensual
Fuente de información	Formatos de reporte, actas del Comité de Seguridad del Paciente y planes de mejora.
Responsable	Coordinador de Calidad
Interpretación	El 100 % indica que todos los eventos reportados fueron analizados y gestionados.

FICHA TÉCNICA No. 3

Cumplimiento de las prácticas seguras institucionales

Campo	Descripción
Código	SP-IND-03
Nombre del indicador	Cumplimiento de las prácticas seguras institucionales
Proceso	Seguridad del Paciente
Objetivo	Evaluar el grado de cumplimiento de las prácticas seguras definidas por la institución.
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión	Seguridad del paciente
Fórmula	(Número de prácticas seguras con cumplimiento / Número de prácticas seguras evaluadas) × 100
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Meta	≥ 95 %
Frecuencia	Trimestral
Fuente de información	Auditorías internas, listas de verificación, rondas de seguridad y seguimiento institucional.
Responsable	Coordinador de Calidad
Interpretación	Entre mayor sea el porcentaje, mayor será el nivel de implementación de las prácticas seguras institucionales.

FICHA TÉCNICA No. 4

Cumplimiento de acciones de mejora

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia

Campo	Descripción
Código	SP-IND-04
Nombre del indicador	Cumplimiento de acciones de mejora derivadas de incidentes y eventos adversos
Proceso	Seguridad del Paciente
Objetivo	Medir la implementación de las acciones de mejora formuladas como resultado del análisis de incidentes y eventos adversos.
Tipo de indicador	Resultado
Dimensión	Mejoramiento continuo
Fórmula	$(\text{Número de acciones de mejora implementadas} / \text{Número de acciones de mejora formuladas}) \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Meta	$\geq 90 \%$
Frecuencia	Trimestral
Fuente de información	Planes de mejoramiento, seguimiento a acciones correctivas y actas del comité.
Responsable	Coordinador de Calidad
Interpretación	Un mayor porcentaje evidencia una adecuada ejecución de las acciones de mejora institucionales.

FICHA TÉCNICA No. 5

Cumplimiento del seguimiento a los indicadores de seguridad del paciente

Campo	Descripción
Código	SP-IND-05
Nombre del indicador	Cumplimiento del seguimiento a los indicadores de seguridad del paciente
Proceso	Seguridad del Paciente
Objetivo	Verificar el cumplimiento del seguimiento, análisis y evaluación de los indicadores establecidos en la Política de Seguridad del Paciente.
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión	Evaluación y seguimiento
Fórmula	$(\text{Número de indicadores analizados} / \text{Número de indicadores programados}) \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Meta	100 %
Frecuencia	Trimestral

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia

Campo	Descripción
Fuente de información	Tablero de indicadores, informes de gestión y actas del Comité de Seguridad del Paciente.
Responsable	Coordinador de Calidad
Interpretación	El cumplimiento del 100 % demuestra que todos los indicadores definidos en la política fueron evaluados durante el periodo establecido.

FICHA TÉCNICA No. 6

Adherencia al protocolo de identificación correcta del paciente

Campo	Descripción
Código	SP-FT-01
Nombre del indicador	Adherencia al protocolo de identificación correcta del paciente
Proceso	Seguridad del Paciente
Objetivo	Evaluar el cumplimiento de la correcta identificación del paciente mediante el uso de mínimo dos identificadores antes de la atención.
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión	Seguridad del paciente
Fórmula	$(\text{Pacientes correctamente identificados} / \text{Pacientes observados}) \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Meta	$\geq 95 \%$
Frecuencia	Trimestral
Fuente de información	Auditorías de historias clínicas, rondas de seguridad y listas de verificación.
Responsable	Coordinador de Calidad
Interpretación	Un mayor porcentaje indica mayor adherencia al protocolo institucional de identificación del paciente.

FICHA TÉCNICA No. 7

Adherencia al protocolo de comunicación efectiva

Campo	Descripción
Código	SP-FT-02
Nombre del indicador	Adherencia al protocolo de comunicación efectiva
Proceso	Seguridad del Paciente
Objetivo	Evaluar el cumplimiento de las estrategias institucionales de comunicación efectiva durante la atención del paciente.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia

Campo	Descripción
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión	Seguridad del paciente
Fórmula	$(\text{Procesos evaluados con cumplimiento} / \text{Procesos observados}) \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Meta	$\geq 95 \%$
Frecuencia	Trimestral
Fuente de información	Auditorías, rondas de seguridad y listas de chequeo.
Responsable	Coordinador de Calidad
Interpretación	Un mayor porcentaje refleja una comunicación segura entre el personal asistencial y el paciente.

FICHA TÉCNICA No. 8

Adherencia al protocolo de higiene de manos

Campo	Descripción
Código	SP-FT-03
Nombre del indicador	Adherencia al protocolo de higiene de manos
Proceso	Seguridad del Paciente
Objetivo	Evaluar el cumplimiento de la higiene de manos de acuerdo con los cinco momentos establecidos por la OMS y el protocolo institucional.
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión	Seguridad del paciente
Fórmula	$(\text{Oportunidades con higiene de manos realizada} / \text{Oportunidades observadas}) \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Meta	$\geq 95 \%$
Frecuencia	Mensual
Fuente de información	Observación directa, listas de chequeo y rondas de seguridad.
Responsable	Coordinador de Calidad / Líder de IAAS
Interpretación	Un mayor porcentaje indica mejor adherencia al protocolo institucional de higiene de manos.

FICHA TÉCNICA No. 9

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia

Historias clínicas con consentimiento informado completo

Campo	Descripción
Código	SP-FT-04
Nombre del indicador	Historias clínicas con consentimiento informado completo
Proceso	Seguridad del Paciente
Objetivo	Evaluar el cumplimiento del diligenciamiento del consentimiento informado antes de procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión	Seguridad del paciente
Fórmula	(Historias clínicas con consentimiento informado completo / Historias clínicas auditadas que requieren consentimiento) × 100
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Meta	≥ 95 %
Frecuencia	Trimestral
Fuente de información	Auditoría de historias clínicas.
Responsable	Coordinador de Calidad
Interpretación	Un mayor porcentaje refleja el adecuado cumplimiento del proceso de consentimiento informado.

FICHA TÉCNICA No. 10

Adherencia al protocolo de atención segura de la gestante y el recién nacido

Campo	Descripción
Código	SP-FT-05
Nombre del indicador	Adherencia al protocolo de atención segura de la gestante y el recién nacido
Proceso	Seguridad del Paciente
Objetivo	Evaluar el cumplimiento del protocolo institucional para la atención segura de la gestante y del recién nacido.
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión	Seguridad del paciente
Fórmula	(Atenciones con cumplimiento del protocolo / Total de atenciones evaluadas) × 100
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Meta	≥ 95 %
Frecuencia	Trimestral

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia

Campo	Descripción
Fuente de información	Auditoría de historias clínicas y listas de chequeo.
Responsable	Coordinador Médico / Coordinador de Calidad
Interpretación	Un mayor porcentaje refleja una adecuada implementación del protocolo institucional.

FICHA TÉCNICA No. 11

Incidentes o reacciones adversas asociadas a la transfusión

Campo	Descripción
Código	SP-FT-06
Nombre del indicador	Incidentes o reacciones adversas asociadas a la transfusión
Proceso	Seguridad del Paciente
Objetivo	Medir la ocurrencia de incidentes o reacciones adversas asociadas al proceso transfusional.
Tipo de indicador	Resultado
Dimensión	Seguridad del paciente
Fórmula	$\left(\frac{\text{Número de reacciones adversas transfusionales}}{\text{Número total de transfusiones realizadas}} \right) \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Meta	0 %
Frecuencia	Mensual
Fuente de información	Registros del servicio transfusional, historias clínicas y hemovigilancia.
Responsable	Coordinador Médico / Coordinador de Calidad
Interpretación	Entre menor sea el porcentaje, mayor será la seguridad del proceso transfusional.

FICHA TÉCNICA No. 12

Pacientes con valoración del riesgo de lesiones por presión

Campo	Descripción
Código	SP-FT-07
Nombre del indicador	Pacientes con valoración del riesgo de lesiones por presión
Proceso	Seguridad del Paciente
Objetivo	Evaluar el cumplimiento de la valoración del riesgo de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia

Campo	Descripción
Tipo de indicador	Proceso
Dimensión	Seguridad del paciente
Fórmula	(Pacientes valorados / Pacientes hospitalizados auditados) × 100
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Meta	≥ 95 %
Frecuencia	Mensual
Fuente de información	Historias clínicas y auditorías de enfermería.
Responsable	Líder de Enfermería
Interpretación	Un mayor porcentaje refleja una adecuada valoración del riesgo de lesiones por presión.

Estas fichas quedan **uniformes** con las SP-IND-01 a SP-IND-05 que ya elaboraste en el documento y conservan la misma presentación y nivel de detalle.

Mi recomendación es que, después de estas, trabajemos los **IND-06 al IND-13** (caídas, complicaciones quirúrgicas, reingresos, eventos por medicamentos, etc.) con el mismo formato para que el anexo quede completo y todos los indicadores referenciados en la política tengan su ficha técnica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Coordinadora de Calidad	Asesora SOGC	Gerencia