

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

"CUIDARTE BIEN ES NUESTRO COMPROMISO"

1. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un componente clave en la calidad y un derecho reconocido por múltiples organismos. El principio de “primum non nocere” “lo primero es no hacer daño” debe ser el comienzo de toda práctica asistencial. El creciente volumen de la actividad asistencial, la progresiva complejidad y especialización de los procesos y las nuevas técnicas sanitarias y asistenciales empleadas han contribuido a mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de la atención sanitaria, pero a la vez han favorecido la aparición y aumento de numerosos eventos adversos ligados a la hospitalización de los pacientes.

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata - Huila, trabaja con compromiso en el programa de seguridad del paciente mediante estrategias encaminadas hacia una atención segura, con el fin de prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud; en caso de presentarse dichas fallas resarcir el daño causado al paciente y establecer los respectivos planes de mejoramiento.

2. JUSTIFICACIÓN

La OMS define la seguridad del paciente como «la ausencia de daños prevenibles al paciente y la reducción del riesgo de daños innecesarios asociados a la atención sanitaria a un mínimo aceptable». En el contexto más amplio del sistema sanitario, se trata de «un marco de actividades organizadas que crea culturas, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en la atención sanitaria que reducen de forma constante y sostenible los riesgos, disminuyen la incidencia de daños evitables, reducen la probabilidad de errores y minimizan el impacto de los daños cuando estos se producen».(1)

Datos y cifras

- Alrededor de 1 de cada 10 pacientes resulta dañado cuando recibe atención de salud y, cada año, más de 3 millones de personas fallecen como consecuencia de ello. En los países de ingresos medianos y bajos, 4 de cada 100 personas mueren por este motivo. (2)
- Más de la mitad de estos daños (es decir, en uno de cada veinte pacientes) se pueden prevenir, y la mitad se debe a medicamentos. (3)

- Según algunos cálculos, 4 de cada 10 pacientes sufren daños durante la atención primaria y ambulatoria, el 80% de los cuales (entre el 23,6 y el 85%) se podrían prevenir. (5)
- Algunos eventos adversos habituales que pueden provocar daños prevenibles se deben a errores cometidos durante la identificación de pacientes, el diagnóstico o la prescripción de medicamentos, así como a caídas de pacientes, transfusiones de sangre sin analizar debidamente y riesgos que se podrían evitar durante procedimientos quirúrgicos. También pueden producirse eventos adversos como infecciones asociadas con la atención de salud, úlceras de decúbito y tromboembolismos venosos.
- Invertir en prevenir estos daños puede generar grandes ahorros económicos y, lo que es más importante, mejorar la evolución de los pacientes. (5) Por ejemplo, los beneficios de dicha inversión se han observado cuando se hace partícipes a los pacientes de la atención que reciben: se ha observado que, si esta medida se aplica correctamente, la frecuencia de los daños se reduce en un 15%. (5)

De acuerdo con lo anterior y partiendo de la importancia de implementar un programa encaminado al cumplimiento de la normatividad, disminuir costos relacionados con la ocurrencia de eventos adversos y una atención con seguridad y calidad al paciente, La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua, en el año 2019 con la participación del equipo de Calidad, formuló la primera Política de Seguridad del Paciente institucional la cual se ha modificado y actualizado, conservando su estructura inicial.

3. OBJETIVOS

GENERAL

La E.S.E Hospital San Antonio de Padua, implementa la cultura de seguridad como principio orientador, mediante la identificación de los riesgos asociados a la prestación de servicios de salud, a través del uso de las herramientas técnicas necesarias, con el objetivo de lograr una atención humanizada y segura del usuario y su familia.

ESPECIFICOS

- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud, mediante la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro.
- Promover la participación de los colaboradores en capacitaciones, iniciativas y campañas especiales como lo son los “Desafíos globales de Seguridad del Paciente y Día mundial de la Seguridad del Paciente” (1).
- Fomentar en nuestros usuarios y sus familias la cultura del auto cuidado y el control de los factores que inciden en la seguridad del paciente.
- Armonizar y articular los principios, objetivos, estrategias y programa de la seguridad del paciente con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

4. DECLARACIÓN DE LA POLITICA

“La ESE Hospital San Antonio de Padua La Plata. por medio de la política de seguridad del paciente se compromete a implementar prácticas institucionales seguras, fomentando una cultura organizacional no punitiva.

Mediante la gestión proactiva del riesgo y el despliegue de prácticas seguras, buscamos prevenir y mitigar incidentes y eventos adversos, involucrando activamente a los colaboradores, usuarios y sus familias.

5. METAS, ESTRATEGIA y RESPONSABLES

META 1: Articulación de los principios, objetivos, estrategias y programa de la seguridad del paciente con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.			
Estrategia		Responsable(s)	Rol
POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Actualización de la política de Seguridad del Paciente que es el Marco Institucional para desarrollar el programa.	Líder de Seguridad del paciente	Líder del programa de seguridad del paciente

	Incorporar el concepto de Mejora Continua al Programa de Seguridad del Paciente, como enfoque para la mejora de procesos, basado en la revisión permanente.	Gerente, Subgerente, Líder de la Mejora continua, Referente seguridad del paciente.	Apoyo
	Mobilización y asignación de recursos adecuados para el desarrollo de las capacidades Institucionales de la Seguridad del Paciente en el personal de todos los servicios asistenciales.	Gerente, Subgerente, Subdirección administrativa	Apoyo
COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Realización periódica del Comité de Seguridad del Paciente, debidamente legalizado bajo el acto administrativo correspondiente a la Resolución 292 del 6 de junio 2019.	Líder de Seguridad del paciente y apoyo a seguridad	Apoyo
	Establecer de forma mensual el espacio de socialización de los Eventos Adversos y demás situaciones que ocasionen una falla en la seguridad de la atención y registrar en un acta mensual.	Líder de seguridad del paciente	Líder del programa de seguridad del paciente

REFERENTE DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Designación del profesional de la salud con experiencia en Calidad, Mejora continua, Gestión de riesgos y Seguridad del Paciente; que garantice la coordinación y el perfil del personal apoyo que va a realizar actividades propias del programa.	Gerente	Apoyo
---	--	---------	-------

META 2: Implementación de la Cultura Institucional de Seguridad del Paciente.

Estrategia		Responsable(s)	Rol
CAPACITACIÓN	Realización de Jornadas de educación en Seguridad del Paciente a todos los colaboradores de la institución, que permitan empoderar a las personas mediante diferentes estrategias.	Líder de Seguridad del paciente, Líder de la Mejora Continua	Líder del programa de seguridad del paciente
	Participar de las jornadas de Inducción y reinducción programadas por el área de Talento Humano.	Líder de Talento Humano	Apoyo

	Identificación de necesidades en información, comunicación y transferencia del conocimiento en Seguridad del Paciente.	Líder de seguridad del paciente	Líder del programa de seguridad del paciente
	Mejorar la experiencia de aprendizaje, a través de herramientas prácticas para la educación y el desarrollo de capacidades en Seguridad del Paciente.	Líder de seguridad del paciente	Líder del programa de seguridad del paciente
RONDAS DE SEGURIDAD	Realización de Rondas de seguridad diarias, que permitan identificar con anterioridad las necesidades de las áreas y unidades funcionales, para garantizar servicios seguros.	Líder y apoyo de seguridad del paciente	Líder del programa de seguridad del paciente
ARTICULACIÓN INTRA INSTITUCIONAL	Establecimiento de los involucrados en la ejecución de la Política de Seguridad del Paciente.	Líder de Seguridad del paciente, Líder de la Mejora Continua	
	Conmemoración institucional del Día Mundial de la Seguridad del Paciente, celebrado	Líder de seguridad del paciente	Participación de todos los colaboradores

anualmente el 17 de
septiembre

META 3: Gestión de Eventos Adversos-EA

Estrategia		Responsable(s)	Rol
REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS	Implementar el procedimiento de reporte, análisis y la retroalimentación de EA Institucional.	Líder de seguridad del paciente	Líder del programa de seguridad del paciente
	Actualización del Sistema de reporte institucional de incidentes y/o eventos adversos.	Líder de seguridad del paciente	Líder del programa de seguridad del paciente
	Desarrollo de capacidades del talento humano en metodologías de análisis de incidentes y/o eventos adversos.	Líder de seguridad del paciente	Líder del programa de seguridad del paciente
ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS	Estandarizar la metodología para el análisis de EA institucionales.	Líder de seguridad del paciente	
	Desarrollar la articulación interdisciplinar en el análisis de EA, con el fin de reconocer la multicausalidad de estos.	Líder de seguridad del paciente	

PLAN DE MEJORAMIENTO	Realizar socializaciones mensuales por el jefe del servicio donde se retroalimenten los análisis y los planes de mejora instaurados.	Líder de seguridad del paciente	Jefe del Servicio
PROCEDIMIENTO DE REPORTE, ANÁLISIS Y RETROALIMENTACION	Realizar socializaciones mensuales en la unidad o el servicio involucrado para que se retroalimenten los análisis de las posibles fallas presentadas y los planes de mejora correspondientes; promoviendo una cultura justa y no punitiva.	Líder de seguridad del paciente	

6. ALCANCE

La política aplica a todos los colaboradores de la Institución, para establecer una cultura de Seguridad del Paciente como compromiso esencial para garantizar una atención segura, humanizada y de calidad.

Esta cultura debe ser justa, educativa y no punitiva, lo que implica fomentar un entorno en el que los profesionales de la salud se sientan respaldados para reportar sucesos de seguridad, aprender de ellos y aplicar mejoras continuas sin temor a represalias.

7. PROPÓSITO

Formular estrategias y herramientas basadas en la evidencia, para identificar acciones que afecten la seguridad del paciente y así fortalecer la cultura de la seguridad, los procesos de atención seguros y la gestión del riesgo para un enfoque integral de la Política.

El Hospital Departamental San Antonio de Padua, crea la política de seguridad del paciente, iniciando con la capacitación a todos sus colaboradores, retroalimentando y evaluando periódicamente, hasta lograr su implementación y de esta forma dar continuidad al programa. Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Se adapta como lema del programa:

"CUIDARTE BIEN ES NUESTRO COMPROMISO"

8. PRINCIPIOS

Los principios transversales que orientan todas las acciones a implementar en la Política de Seguridad del Paciente son:

- Promoción de la Cultura de Seguridad.
- El enfoque de atención centrado en las necesidades del usuario y su familia, y la mejora continua de la calidad en salud.
- El reconocimiento de la multicausalidad de las fallas.
- Enfoque no punitivo: Crear un ambiente donde los colaboradores puedan reportar sucesos de seguridad sintemor a represalias, con el fin de aprender y mejorar.

9. VALORES

- Humanización como fundamento esencial del Sistema de Salud.
- Comunicación efectiva, asegurar un intercambio de información claro y preciso entre el personal de salud, con el paciente y su familia.
- Responsabilidad, asumir la obligación de proporcionar una atención adecuada.
- Solidaridad, apoyar al paciente y trabajar en equipo para su bienestar.

10. MARCO LEGAL DE LA POLÍTICA

Ley 100 de 1993	Sistema de Seguridad Social Integral.	Establece los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, orientando la prestación de servicios hacia una atención integral, eficiente, oportuna y de calidad. Asimismo, resalta la necesidad de evaluar sistemáticamente los servicios que ofrecen las instituciones prestadoras de salud, como requisito fundamental para garantizar el bienestar de los usuarios.
Decreto 4445 1996	Ministerio de Salud	Dictó normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.
Resolución 0741 de 1997 (marzo 14)	Ministerio de Salud	Imparte instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud; define que las Instituciones deberán establecer y desarrollar los procesos administrativos necesarios de vigilancia y seguridad para la protección de los usuarios.
Resolución WHA72.6 Mayo 28 de 1999	Organización Mundial de la Salud (OMS)	Establecimiento de un Día Mundial de la Seguridad del Paciente, que se celebrará anualmente el 17 de septiembre

Ley 715 / 2001	Competencias de la Nación y entes territoriales en el Sector Salud	Que en el artículo 42 numeral 5 de la ley 715 de 2001, sistemas de evaluación y control de gestión técnica.
Resolución WHA55.18 Mayo 18 de 2002	Organización Mundial de la Salud (OMS)	Reconociendo la necesidad de promover la seguridad del paciente como uno de los principios fundamentales de los sistemas de salud
Ley 872 de 2003	Sistema de Gestión de Calidad	Crea el sistema de Gestión de la calidad.
El Decreto 1011 de 2006	Ministerio de Salud y protección Social	Define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención de Salud, el cual se enfoca en la mejora continua de los resultados en salud, considerando criterios como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.
Resolución 2003 de 2014	Sistema Único de Habilitación	Establece las condiciones de habilitación como la capacidad técnico-Administrativa, suficiencia Patrimonial y Financiera, capacidad Tecnológica y Científica.
El Decreto 780 de 2016	Ministerio de Salud y protección Social	Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, recopila y articula las disposiciones aplicables al funcionamiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, consolidando un enfoque centrado en el usuario y en la mejora continua de los procesos asistenciales.

Resolución 256 de 2016	Ministerio de Salud y protección Social	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
Resolución 5095 de 2018	Ministerio de Salud y protección social	<p>Sistema Único de acreditación: Establece las condiciones básicas que permitan soportar la excelencia y que se denominan requisitos de puerta de entrada, los cuales son definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social; dentro de los estándares del proceso de atención al cliente asistencial: Estándar 5. Código (AsSP1) La organización tiene formulada, implementada y evaluada la política de seguridad del paciente y garantiza su despliegue en toda la organización.</p> <p>Estándar 6. Código (AsSP2) La política de seguridad de paciente se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes.</p> <p>Estándar 7. Código (AsSP3) La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en la</p>

		seguridad del paciente en la atención en salud, procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.
Resolución 3100 de 2019	Ministerio de Salud y protección social	Sistema Único de Habilitación: Establece las condiciones de habilitación como la capacidad técnico-Administrativa, suficiencia Patrimonial y Financiera, capacidad Tecnológica y Científica.
Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030	Organización Mundial de la Salud (OMS)	Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud.

11. DEFINICIONES

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.

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.

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.

EVENTO CENTINELA

Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.

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.

VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

BARRERA DE SEGURIDAD

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

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO

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

ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO

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

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD

Proceso sistemático y permanente para evaluar la calidad observada de la atención y compararla con la calidad esperada, buscando optimizar procesos y resultados para mejorar la seguridad, eficiencia y satisfacción del paciente.

12. EVALUACIÓN

MECANISMOS DE SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS, Y EVALUACIÓN.

Seguimiento: Evaluaciones de adherencia a paquetes instruccionales adoptados por la institución del Ministerio de Salud.

Medición: Listas de chequeo, reporte de eventos adversos, protocolo de Londres (gestión del evento adverso). Verificación e inspección de adherencia a la cultura de seguridad en rondas de seguridad del paciente.

Análisis: De acuerdo con los resultados de las rondas de seguridad, de las evaluaciones de adherencia a los paquetes instruccionales y del reporte de eventos adversos, se puede realizar un estudio y seguimiento a la cultura de seguridad del paciente.

Evaluación: Adherencia a la cultura de seguridad del paciente en todos los procesos y procedimientos institucionales, eficiencia y eficacia de la política de seguridad del paciente.

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

Para hacer seguimiento a los objetivos establecidos es adecuado implementar como indicadores los exigidos por la normatividad vigente:

12.1 RESOLUCIÓN 256 DE 2016.

INDICADORES PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD

CÓDIGO	INDICADOR
P.2.6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización
P.2.7	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias
P.2.8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa
P.2.9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica
P.2.10	Proporción de eventos adversos relacionados con administración de medicamento en hospitalización
P.2.11	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias
P.2.12	Tasa de ulcera por presión

b.

REGISTRO	DESCRIPCIÓN	REPORTE
Tipo 5	Registro de detalle de Eventos Adversos	Obligatorio para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

b.5 REGISTRO 5-REGISTRO DE DETALLE DE EVENTOS ADVERSOS

No.	Nombre del Campo
4	Número total de caídas en el servicio de hospitalización
5	Número total de caídas en el servicio de urgencias
6	Número total de caídas en el servicio de consulta externa
7	Número total de caídas en los servicio de apoyo diagnóstico
8	Número total de caídas que se clasificaron como evento adverso
9	Número total de caídas que se clasidicaron como incidente
10	Número total eventos adversos relacionados con a administración de medicamentos en el servicio de hospitalización
11	Número total eventos adversos relacionados con a administración de medicamentos en el servicio de urgencias
12	Número total de pacientes que desarrollan úlceras por presión durante el período de hospitalización que se clasificaron como evento adverso.

Periodicidad: Mensual

Evidencia: Fichas técnicas entregadas a Líder de Indicadores y EAPBS.

12.2 INDICADORES INSTITUCIONALES

1. ADHERENCIA DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Número de colaboradores que aprobaron el post test de la politica sp
Número de colaboradores a los que se les socializo la politica sp

2. MEDIR LA GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO

$$\frac{\text{Número total de eventos adversos clasificados}}{\text{Número total de sucesos de seguridad reportados y analizados}}$$

3. PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD:

$$\frac{\text{Número de rondas de seguridad realizadas y registradas correctamente periodo evaluado}}{\text{Número total de rondas de seguridad programadas}}$$

4. PROPORCIÓN EVALUACIÓN ADHERENCIA HIGIENE DE MANOS

$$\frac{\text{Número total de colaboradores en servicio con correcta adherencia a la tecnica de lavado de manos}}{\text{Número total de colaboradores en servicio}}$$

Periodicidad Mensual

Evidencia: Ficha técnica e Informe de adherencias.

14. BENEFICIOS

La política de seguridad del paciente genera beneficios como la prevención y reducción de eventos adversos (caídas, errores de medicación, infecciones), el aumento de la calidad de la atención, una mayor satisfacción del paciente y la promoción de un entorno hospitalario seguro. También facilita la participación del usuario y su familia en el cuidado, lo que mejora los resultados de salud y el cumplimiento del tratamiento.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.V | Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030
- 2.Slawomirski L, Klazinga N. The economics of patient safety: from analysis to action. París: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos; 2020 (<http://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>), consultado el 6 de septiembre de 2023.
- 3.Panagioti M, Khan K, Keers RN, Abuzour A, Phipps D, Kontopantelis E et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2019;366:l4185. doi:10.1136/bmj.l4185.
- 4.Hodkinson A, Tyler N, Ashcroft DM, Keers RN, Khan K, Phipps D et al. Preventable medication harm across health care settings: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2020;18(1):1–3.
- 5.Slawomirski L, Auraen A, Klazinga N. The economics of patient safety in primary and ambulatory care: flying blind. *OECD Health Working Papers No. 106*. París: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos; 2018 (<https://doi.org/10.1787/baf425ad-en>), consultado el 6 de septiembre de 2023.

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. (12 de 2009). La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la Seguridad del Paciente. Paquetes instruccionales. Bogotá DC, Colombia.

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. (2020). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. Ginebra. ISBN: 978-92-4-003270-5

16. CONTRO DE VERSIONES

VERSIÓN	FECHA	COMENTARIO
01	01/07/2019	Implementación de la Política en la ESE HDSAP Bajo Resolución 135 de 14 Marzo 2019.
02	27/01/2021	Actualización segunda versión
03	12/03/2021	Actualización tercera versión Res. 203 de 10 agosto 2021
04	07/01/2025	Actualización cuarta versión alineada a la plataforma estrategica y mapa de procesos institucional
05	10/02/2026	Actualización quinta version

17. APROBACIÓN

Actualizado por: Nombre: LILIANA PALACIO ZAPATA Cargo: Lider programa Seguridad del Paciente Firma:	Fecha: 03/02/2026
Revisado por: Nombre: BLANCA NUBIA RODRIGUEZ SAENZ Cargo: Asesora de Calidad Firma:	Fecha: 06/02/2026
Revisado por: Nombre: DIEGO FERNANCO MOMPOTES Cargo: Apoyo Profesional Planeación Agremiado Firma:	Fecha: 09/02/2026
Aprobado por: Nombre: JOSÉ ANTONIO MUÑOZ PAZ Cargo: Gerente Firma:	Fecha: 10/02/2026