



1. INTRODUCCIÓN

La atención en salud involucra un proceso complejo donde interaccionan seres humanos con características diferentes en un entorno organizacional y una cultura específica. Factores en la atención como el trabajo en equipo, la comunicación efectiva y el aprendizaje colectivo, juegan un papel determinante para lograr el éxito. De esta manera, su presencia o ausencia puede aportar beneficios importantes al paciente o en contraste, también pueden generar riesgos que aumentan la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso al paciente en consecuencia de la prestación de los servicios de salud.

De acuerdo con la evidencia disponible a nivel mundial, los eventos adversos asociados a la atención clínica son factores de riesgo en la prestación del servicio, es por esto por lo que se promueve que la seguridad del paciente se presente como una prioridad dentro de las acciones en todas las instituciones de salud.

A raíz de estos estudios y en el ámbito de la investigación, ha surgido una serie de conceptos encaminados al entendimiento y comprensión del problema, al igual que su clasificación y relación con el error humano. Esto ha llevado a que los sistemas de salud en países en el mundo entero estén generando estrategias para hacer de la práctica médica una actividad más segura.

En este documento se describen conceptos, estrategias, indicadores y otras formas de contribuir al mejoramiento constante de la seguridad de los pacientes que hacen uso de los servicios de salud en las diferentes dependencias de la Universidad del Cauca, así como las maneras de articularse al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad establecido en Colombia.

2. JUSTIFICACIÓN

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (Decreto 1011 de 2006, Decreto 780 de 2016, Resolución 3100 de 2019), cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras.

En concordancia con lo descrito anteriormente la Universidad del Cauca a través de sus unidades prestadoras de servicios de salud, no es ajena al cumplimiento de la normatividad vigente y por eso busca establecer metodologías para garantizar una atención segura, con el propósito de disminuir los incidentes y eventos adversos.

3. OBJETIVO GENERAL

Establecer las acciones que sean necesarias para incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras de la atención en salud que mejoren la calidad de la



Gestión de Interacción Social
Servicios de Salud a la Comunidad
Programa de Seguridad del Paciente

Código: PM-IS-8.2.18-OD-1

Versión:1

Fecha Vigencia: 27-05-2026

Página 2 de 28

atención en los Servicios de salud habilitados de la Universidad del Cauca a través del Programa de Seguridad del Paciente.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Articular los prestadores de servicios de salud habilitados de la Universidad del Cauca en el mejoramiento de la calidad de la atención, para lograr resultados cuantificables.
- Promover la generación de un entorno seguro para los pacientes de los prestadores de servicios de salud de la Universidad del Cauca.
- Implementar la metodología para la gestión y análisis de eventos adversos.
- Educar a los pacientes y su núcleo familiar acerca de los factores que pueden incidir en la seguridad del paciente durante el proceso de atención en salud.
- Adaptar, difundir e implementar las buenas prácticas de atención en la Seguridad del Paciente con el fin de prevenir los incidentes y eventos adversos.

4. ALCANCE

Se inicia con la implementación del programa de seguridad del paciente, el cual es aplicable a todos los procesos y procedimientos de atención en salud ofertados por la institución y finaliza con el monitoreo y la evaluación de los indicadores.

5. DEFINICIONES CLAVES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

El siguiente gráfico muestra de manera pictórica el modelo conceptual en el cual se basa la terminología utilizada en este documento, que fue tomada de los lineamientos establecidos por el Ministerio de salud y la Protección en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud.

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. Conjunto de medidas que se ponen en práctica para eliminar o reducir al mínimo posible, los eventos adversos en la atención de salud.

ATENCIÓN EN SALUD: Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales, diagnóstico y rehabilitación que se prestan a la población.



INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: Un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: Una deficiencia en la realización de 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 de que un incidente o evento adverso ocurra.

INCIDENTE: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención en salud 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.

EVENTO ADVERSO: Daño no intencional causado al paciente como un resultado clínico no esperado durante la atención en salud y que puede estar o no asociado a error.

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 evento adverso donde se produce un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente en el estilo de vida o cuando se produce la muerte a consecuencia del evento adverso. En la División de Gestión de Salud Integral y Desarrollo Humano, se considera eventos centinela a los causados por:

- Lesión o daño al paciente por caídas
- Lesión o daño al paciente por errores en la prescripción y/o administración de los medicamentos
- Lesión o daño al paciente por error en el diagnóstico
- Complicaciones del estado de salud o muerte por falta de oportunidad en la continuidad y seguimiento a la atención en salud

DAÑO: Es el empeoramiento y/o cualquier efecto deletéreo que se origina en una parte corporal o en el funcionamiento de un órgano específico.



BARRERA DE LA 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 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.

6. CLASIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

1. SIN DAÑO – Incidentes:

TIPO A: Potencial: se presenta el error, pero es detectado antes que se materialice

TIPO B: error sin daño: hay un error, pero no hay lesión en la integridad del paciente.

2. CON DAÑO – Eventos adversos:

TIPO C: daño leve: como consecuencia del evento el paciente sufre lesión en su integridad, pero esta no necesita procedimientos o tratamientos adicionales.

TIPO D: daño moderado: el evento necesita de procedimientos y/o tratamientos adicionales.

TIPO EC: daño severo: el error causa una discapacidad transitoria o permanente o la muerte del paciente (centinela).

RONDAS DE SEGURIDAD

Consiste en una visita planificada del personal directivo relacionado con el área y con Seguridad del Paciente, para establecer una interacción directa con el personal y los pacientes, cuidando en todo momento guardar una actitud educativa.

Se puede hacer rondas de seguridad general o específica, por ejemplo, de medicamentos, siendo este un proceso crítico dentro del tema de seguridad del paciente o de todos los procesos.

TECNOVIGILANCIA: sistema de vigilancia postmercado, constituido por el conjunto de instituciones, normas, mecanismos, procesos, recursos financieros, técnicos y de talento



Gestión de Interacción Social
Servicios de Salud a la Comunidad
Programa de Seguridad del Paciente

Código: PM-IS-8.2.18-OD-1

Versión:1

Fecha Vigencia: 27-05-2026

Página 5 de 28

humano que interactúan para la identificación, recolección, evaluación, gestión y divulgación de los eventos o incidentes adversos no descritos que presentan los dispositivos médicos durante su uso, la cuantificación del riesgo y la realización de medidas en salud pública, con el fin de mejorar la protección de la salud y la seguridad de los pacientes, usuarios y todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente con la utilización del dispositivo.

FARMACOVIGILANCIA: sistema que recoge, vigila, investiga y evalúa la información sobre los efectos de los medicamentos, productos biológicos, plantas medicinales y medicinas tradicionales, con el objetivo de identificar información de nuevas reacciones adversas, conocer su frecuencia y prevenir los daños en los pacientes (OMS). Actividad en Salud Pública que se encarga de la detección, evaluación, entendimiento y prevención de efectos adversos o de cualquier otro problema relacionado con medicamentos, que se dispensan con o sin fórmula (INVIMA).

REACTIVOVIGILANCIA: hace referencia a las actividades establecidas para la identificación, evaluación, análisis, seguimiento y divulgación oportuna de la información relacionada con los efectos indeseados relacionados con el uso de los reactivos de diagnóstico in vitro, así como la identificación de los factores de riesgo.

7. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

Los Servicios de salud habilitados por la Universidad del Cauca realizan, implementan y articulan de manera transversal, una **POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE** con el direccionamiento estratégico, misión, visión, políticas, objetivos estratégicos y programas, estableciendo en los prestadores, como prioridad, la seguridad de nuestros pacientes, al igual que se promueve un entorno no punitivo.

8. COMITÉ DE SEGURIDAD DE PACIENTE TRANSVERSAL.

Los Servicios de Salud habilitados por la Universidad del Cauca dispone de un comité de seguridad del paciente transversal, con el propósito de mantener un entorno seguro, a través de la implementación de estrategias enfocadas a minimizar el riesgo de la presentación de un evento adverso en un paciente, durante el proceso de atención en salud, maximizar la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran, reaccionar adecuadamente ante su ocurrencia y/o de mitigar sus consecuencias. Los miembros serán:

- El Profesional encargado de Calidad del Centro Universitario de Salud Alfonso López.
- El Profesional encargado de Calidad del Laboratorio de Inmunología y Biología Molecular
- El Profesional encargado de Calidad de la División de Salud Integral y Desarrollo Humano.
- El Profesional encargado del mantenimiento de la Tecnología Biomédica de la Universidad del Cauca.



Este comité, se reunirá de manera mensual para realizar el seguimiento a las actividades de Seguridad del Paciente en los servicios Habilitados de la Universidad del Cauca.

8.1 COMITÉS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE INTERNOS:

Cada Servicio habilitado contará con su Comité interno de Seguridad del Paciente, donde se tocarán los temas específicos de cada servicio y se retroalimentará lo trabajado en el comité Institucional.

Este comité se reunirá de manera mensual en cada servicio y con los integrantes determinados.

9. PROCESOS SEGUROS

9.1 PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS

LINEAMIENTO 1: ESTANDARIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN.

Estrategia 1.1

DISEÑAR Y AUDITAR PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN QUE GARANTICEN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Resultados esperados

- Procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido oportunamente con la prioridad que requiera su enfermedad o condición.
- Procedimientos que eviten las esperas prolongadas para la evaluación de los pacientes.
- Procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la condición clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados o falta de continuidad y seguimiento en su atención.

Estrategia 1.2

DESARROLLAR O ADOPTAR LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA:

Resultados esperados



Gestión de Interacción Social
Servicios de Salud a la Comunidad
Programa de Seguridad del Paciente

Código: PM-IS-8.2.18-OD-1

Versión:1

Fecha Vigencia: 27-05-2026

Página 7 de 28

- Para su diseño y desarrollo deben tenerse en cuenta no solo las patologías más frecuentes, sino un amplio número de patologías posibles, incluyendo enfermedades de interés en salud pública.
- Desarrollar procedimientos de adopción de guías clínicas de atención que garanticen que sean basadas en la evidencia
- Incluir las guías de procedimientos de enfermería, fonoaudiología, fisioterapia y de todas aquellas disciplinas que intervienen en la atención (protocolización de la guía) basadas en la evidencia científica.
- Verificar la adherencia del personal a las guías y protocolos implementados de manera semestral

Estrategia 1.3

ESTANDARIZAR COMPETENCIAS A LOS PROFESIONALES

Resultados esperados

- Recurso humano, suficiente y capacitado en el manejo de los procedimientos que se realizan en los diferentes servicios habilitados de la universidad del Cauca.

LINEAMIENTO 2: MONITORIZAR ASPECTOS CLAVES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Estrategia 1.1

RIESGOS IDENTIFICADOS

Teniendo en cuenta la importancia de la identificación de los riesgos más comunes que se pueden presentar durante la prestación de los servicios, es fundamental establecer los principales riesgos a detectar en los Servicios de Salud habilitados en la Universidad del Cauca para poder realizar acciones preventivas y establecer barreras de seguridad que mitiguen su efecto en el paciente, así como facilitar su identificación y reporte. Para tal fin se establecerá la matriz de riesgo de cada servicio, la cual quedará anexa al presente documento.

Para la evaluación inicial de riesgos se establece los riesgos comunes basados en las metas de seguridad de la OMS:

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecido.
2. Identificación de los pacientes.
3. Comunicación efectiva.
4. Realización de procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.



Gestión de Interacción Social
Servicios de Salud a la Comunidad
Programa de Seguridad del Paciente

Código: PM-IS-8.2.18-OD-1

Versión:1

Fecha Vigencia: 27-05-2026

Página 8 de 28

5. Usar una sola vez los dispositivos biomédicos.
6. Mejorar la higiene de manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención en salud.

RIESGOS COMUNES

- Fallas en la formulación de medicamentos.
- Fallas en la identificación de pacientes.
- Comunicación deficiente en el equipo de atención.
- Realización de procedimiento errado.
- Presencia de infecciones asociadas a la atención en salud.
- Lesión producida durante los procedimientos
- Falta de insumos y materiales para la atención del paciente
- Seguimiento inadecuado a los protocolos o procedimientos de la IPSI
- Trato inadecuado del paciente(a)
- Violación a la privacidad de la información del paciente
- Violación a la intimidad del paciente.
- Falta de calibración y mantenimiento preventivo de equipos

RIESGOS ESPECÍFICOS

Los riesgos específicos se determinaron con base en los procedimientos realizados en los servicios y la probabilidad de ocurrencia de ellos; estos serán ajustados con base en la matriz de riesgo realizada por servicio una vez se inicie la prestación de servicios.

SERVICIO	RIESGOS IDENTIFICADOS	BARRERA DE SEGURIDAD
CONSULTA MÉDICA	Riesgo de caída de pacientes	Seguimiento al programa de prevención de caídas. Acompañamiento permanente por familiar.
	No disponibilidad de insumos.	Stock básico de insumos disponible en el servicio.
	Reacción adversa a medicamentos	Verificar formulación y posibles interacciones.
ODONTOLOGÍA	Reacción adversa a medicamentos	Verificar formulación completa por médico tratante.



Gestión de Interacción Social
Servicios de Salud a la Comunidad
Programa de Seguridad del Paciente

Código: PM-IS-8.2.18-OD-1

Versión:1

Fecha Vigencia: 27-05-2026

Página 9 de 28

	No disponibilidad de Insumos	Stock básico de insumos disponible en el servicio.
	Riesgo de caída	Seguimiento al programa de prevención de caídas. Acompañamiento permanente de familiar.
	Presencia de cuerpo extraño en vía aérea	Verificación de la boca continuamente durante la atención.
	Sangrado o infección secundario a procedimiento	Revisiones periódicas de Guías y protocolos. Verificación de antecedentes personales y familiares.
LABORATORIO	Riesgo de caídas.	Seguimiento al programa de prevención de caídas
	Identificación incorrecta de una muestra (nombre del paciente, código o número de identificación erróneo), lo que puede llevar a diagnósticos equivocados, tratamientos inapropiados, o pérdida de confianza en los resultados del laboratorio	Adherencia al manual de toma de muestras. Capacitación Socialización y actualización del manual de toma de muestra. Realizar auditorías internas para evaluar el cumplimiento de los protocolos y detectar errores recurrentes
	Riesgo de contaminación con fluidos	Mantener señaladas las áreas y buen manejo de residuos peligrosos. Adherencia al manual de bioseguridad del laboratorio.
	Infección asociada a la atención en salud	Adherencia al protocolo de higiene de manos. Cumplimiento de los protocolos establecidos .



Gestión de Interacción Social
Servicios de Salud a la Comunidad
Programa de Seguridad del Paciente

Código: PM-IS-8.2.18-OD-1

Versión:1

Fecha Vigencia: 27-05-2026

Página 10 de 28

	No disponibilidad de Insumos, reactivos y dispositivos médicos ni optimización de la cadena de abastecimiento y conservación	Stock básico de insumos disponible en el servicio. Cumplimiento de los procedimientos y registros establecidos. Uso racional y efectiva de los insumos
	No garantizar la calidad de los reportes de resultados de exámenes realizados en función del estado clínico del paciente	Dotación tecnológica adecuada para la atención del paciente. Sistema de información confiable que garantice la seguridad de la información, confidencialidad y accesibilidad Adherencia al programa de garantía de la calidad del laboratorio, procedimientos y registros establecidos. Capacitación del personal en el uso de la tecnología disponible y análisis de reportes de resultados de controles de calidad internos y externos.
	Manejo inadecuado de documentos e información sensible, como resultados de pacientes o registros internos, dejando accesos no restringidos o extraviando documentación	Adherencia a los procedimientos y registros establecidos. Adherencia a la política de confidencialidad Asignación de perfil de usuarios únicos para acceder a sistemas informáticos con monitoreo de actividades. Restricción de áreas sensibles solo a personal autorizado Realizar revisiones regulares para identificar brechas en los procedimientos y reforzar la seguridad.
FACTURACIÓN	Registro erróneo del paciente, nombre equivocado, número de cédula equivocado	Adherencia a paquetes instruccionales en la seguridad del paciente. Adherencia al protocolo de facturación, revisar adecuadamente el documento de identidad y verificar que coincidan los datos.
VACUNACIÓN	Error en el registro de paciente (Nombre, documento de	Adherencia al protocolo de vacunación, validar el documento de identidad y verificar que coincidan los datos.



Gestión de Interacción Social
Servicios de Salud a la Comunidad
Programa de Seguridad del Paciente

Código: PM-IS-8.2.18-OD-1

Versión:1

Fecha Vigencia: 27-05-2026

Página 11 de 28

	identidad erróneo) Infección asociada a la atención en salud Riesgo de caídas. Riesgo de Eventos Adversos posteriores a la vacunación	Adherencia al protocolo de higiene de manos. Cumplimiento de los protocolos establecidos en bioseguridad. Seguimiento al programa de prevención de caídas. Adherencia a los protocolos establecidos y realizar adecuada educación y vigilancia al paciente.
PROCEDIMIENTOS	Infección asociada a la atención en salud Riesgo de caídas. Riesgo de aplicación de medicamento (medicamento erróneo) Riesgo de contaminación con fluidos	Adherencia al protocolo de higiene de manos. Cumplimiento de los protocolos establecidos en bioseguridad. Seguimiento al programa de prevención de caídas Adherencia a la correcta clasificación de los medicamentos, semaforización y adecuada rotulación de medicamentos. Mantener señaladas las áreas y buen manejo de residuos peligrosos. Adherencia al manual de bioseguridad
FISIOTERAPIA	Riesgo de caídas Riesgo de daño o lesión en la piel del paciente	Seguimiento al programa de prevención de caídas. Adherencia a protocolos de uso de equipos biomédicos. Adherencia a proceso de limpieza y desinfección de equipos. No reuso de dispositivos médicos.



Estrategia 1.2

REPORTE, REGISTRO E INTERVENCIÓN DEL EVENTO ADVERSO ASOCIADO A LA ATENCIÓN

Resultados esperados

- Que la institución cuente con un sistema de reporte, registro e intervención del evento adverso asociado a la atención.
- Incentivar al personal para crear y fortalecer una cultura de reporte de eventos adversos.
- Realizar búsqueda activa de incidentes y eventos adversos mediante auditoría de historias clínicas, visitas de calidad y comités institucionales.

Estrategia 1.3

INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS.

Resultados esperados

- Personal capacitado para la investigación, análisis y reporte de eventos adversos.
- Contar con unos indicadores de Eventos Adversos, que propicien acciones correctivas.
- Que en la institución cuente con un sistema de reporte de Eventos Adversos funcionando adecuadamente.
- Que en la institución se reporten todos los Eventos Adversos, tanto de manera física como de manera digital.

Estrategia 1.4

MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LOS REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS

Resultados esperados

- Reportes de eventos adversos confiables y de calidad.
 - Análisis de la información recopilada.
 - Planes de Mejoramiento Continuo, basados en los reportes de incidentes y eventos adversos con su respectivo seguimiento.
-



Estrategia 1.5

SEGUIMIENTO A TRAVÉS DE LOS COMITÉS INSTITUCIONALES

Resultados esperados

- Conformación y la operativización de los comités institucionales
- Planes de trabajo de cada uno de los comités institucionales
- Planes de Mejoramiento Continuo, basados en el seguimiento de los planes de trabajo.

9.1.1 SISTEMA DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS Y APRENDIZAJE COLECTIVO

Para el sistema de reporte de los eventos adversos se capacitará al personal de acuerdo con el cronograma del plan Institucional de Capacitaciones en la manera adecuada de reportar los eventos adversos presentados en los Servicios de Salud habilitados en la Universidad del Cauca, creando una cultura del auto reporte. Para tal fin se dispondrá de los formatos de reporte de eventos adversos entre los formatos de uso común de los servicios y estarán ubicados en la oficina de la coordinación y en cada consultorio para tenerlos disponibles para el reporte, también se contará con el formato de manera digital en línea para ser diligenciado y reportado de manera inmediata.

Con los reportes presentados se realizará el análisis para la gestión oportuna.

9.1.1.1 REPORTE

El reporte de los eventos adversos se realizará de la siguiente manera:

- **Proceso para el reporte de eventos adversos:** para presentar el reporte los eventos adversos se presentará a través del formato de reporte, que se encontrará disponible en físico en las instalaciones de los Servicios de Salud, se entregará copia del formato con la papelería de la institución y por correo electrónico, también se contará con el formato de manera digital para su diligenciamiento en línea; se recomienda al personal realizar el reporte inmediatamente ocurra el evento o máximo en las siguientes 24 horas.

- **Qué se reporta:** se debe reportar los eventos adversos, incidentes, fallos en la atención, eventos centinela, y riesgos detectados en la atención.

- **A quien se le reporta:** se deberá reportar a los referentes de Seguridad del paciente de cada sede donde se encuentran habilitados los servicios de salud de la Universidad del Cauca, quienes citarán al comité de seguridad del paciente para el análisis y gestión oportuna del evento adverso.



Gestión de Interacción Social
Servicios de Salud a la Comunidad
Programa de Seguridad del Paciente

Código: PM-IS-8.2.18-OD-1

Versión:1

Fecha Vigencia: 27-05-2026

Página 14 de 28

- **Cómo se reporta:** una vez presentado el evento, este se reporta inmediatamente a los referentes después se deberá diligenciar el formato de eventos adversos completamente (plazo máximo de 24 horas).
 - **A través de qué medios:** el reporte se puede presentar personalmente por escrito, a través de correo electrónico o de manera digital.
 - **Cuando se reporta:** se debe realizar el reporte de indicio de atención insegura, falla de la atención en salud y/o riesgo inmediatamente sean detectados para prevenir la ocurrencia de un evento adverso, y se debe reportar evento adverso, incidente, complicación, violación de la seguridad de la atención en salud, evento centinela inmediatamente este ocurra.
 - **Como se asegura la confidencialidad del reporte:** el reporte será recepcionado únicamente por el referente de Seguridad del Paciente de cada sede donde se encuentren habilitados los servicios de salud de la Universidad del Cauca, quienes realizarán la gestión del evento adverso con el comité de seguridad del paciente y los trabajadores que hacen parte de la presentación del mismo; y serán las únicas personas con acceso al reporte, transmitiendo al resto de la Institución el aprendizaje de la gestión.
 - **Auto reporte o puede existir el reporte por otros:** Se permitirá las opciones de auto reporte y reporte por otros cuando los trabajadores compañeros detecten fallas en la atención o la no notificación de eventos adversos por alguno de sus compañeros, en el caso de reporte por otros se indagará al trabajador que no realiza la notificación.
 - **El proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó:** El modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, que se utilizará para el análisis de los eventos e incidentes es el referenciado en el Protocolo de Londres, el modelo organizacional de accidentes de James Reason, donde las decisiones que se toman en los niveles de la dirección y coordinación de la Institución se transmiten hacia abajo, a través de los canales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras de diversa índole. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión.
-



Figura 1. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos.

La retroalimentación se realizará con todos los trabajadores como un aprendizaje institucional donde se dará a conocer el plan de mejoramiento para dicho evento, con las responsabilidades y acciones a tomar.

Adicionalmente de la gestión de eventos adversos se levantará un acta del comité de seguridad del paciente que dejará por escrito cual fue el plan de mejoramiento propuesto, que experiencia que deja la gestión del evento y como se prevendrá la repetición de este EA.

- **Cómo se estimula el reporte de los Eventos Adversos:** el reporte se estimulará a través de las capacitaciones continuas del personal trabajador en seguridad del paciente, de acuerdo a lo establecido en el plan de capacitaciones, adicionalmente se realiza un compromiso institucional de incentivar una cultura del auto reporte dando información constante a los trabajadores a cerca de la importancia del reporte oportuno en el mejoramiento de la calidad de los servicios prestados, adicionalmente se emplearán las "estrategias para profundizar la cultura institucional de Seguridad del paciente" dadas en los lineamientos para la seguridad del paciente del MPS, el cual se describe a continuación. El ambiente cultural al interior de las organizaciones debe favorecer:

1. La reflexión organizacional sobre los temas de seguridad, a través de información constante.
2. El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso.
3. La sanción o al menos la desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir las acciones de mejoramiento.



4. La información y análisis de lo ocurrido con el paciente cuando fuere pertinente.
5. El énfasis en los resultados que se obtienen antes de las acciones formales que se desarrollan.

9.1.1.2. PROTOCOLOS PARA EL MANEJO DEL PACIENTE

Para el manejo del paciente y su familia cuando ocurre un evento adverso. Se tendrá en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Educar al paciente e incentivarlo para preguntar acerca de su enfermedad, de su autocuidado y de los riesgos: transmitirle la idea de que la búsqueda de este es algo positivo y no negativo.
2. Promover la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos, a través de la educación en temas como lavado de manos, prevención de caídas, prevención de infecciones entre otros.

Cuando ocurre un evento adverso, el Manejo del paciente debe estar orientado hacia:

1. No negarle la ocurrencia del evento adverso; por el contrario, darle información y apoyarlo: definir qué se explica, quien lo hace, cómo y cuándo.
2. Hacer todo lo necesario para mitigar las consecuencias del evento adverso.
3. Resarcir al paciente que ha padecido un evento adverso, entendido este como el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente.
4. Explicarle que es lo que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso.
5. Mostrar que no se eluden las responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este.
6. Si la situación lo amerita: presentarle excusas al paciente y su familia por la ocurrencia del EA.

9.1.1.3 Procedimientos de referencia de paciente:

Para la referencia de los pacientes (si lo requiere), se guiará por lo establecido en el manual de referencia establecido en los Servicios de Salud Habilitados en la Universidad del Cauca.

9.1.2 EVALUAR LA FRECUENCIA CON LA CUAL OCURREN LOS EVENTOS ADVERSOS



Gestión de Interacción Social
Servicios de Salud a la Comunidad
Programa de Seguridad del Paciente

Código: PM-IS-8.2.18-OD-1

Versión:1

Fecha Vigencia: 27-05-2026

Página 17 de 28

Se tiene claro que la finalidad del reporte de eventos adversos es generar insumos para el análisis y la gestión. El conocimiento de la frecuencia y el perfil se desarrolla a través del seguimiento a los indicadores referenciados en el sistema de información para la calidad. Dentro de los Servicios se realizará el monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente siempre en cumplimiento del principio de eficiencia, de acuerdo con el perfil de la institución; se realizará la medición de los siguientes indicadores:

- Proporción de vigilancia de eventos adversos.

Medición de Indicadores de Impacto

1. Caídas

Numero de Caídas en la IPSI durante el semestres del año en curso	x 100
Número total de pacientes atendidos en el semestre del año en curso	

2. Infecciones

Numero de Infecciones presentadas cada 6 meses en la IPSI	x 100
Número total de pacientes atendidos en el semestre del año en curso	

3. Alergias:

Numero de Paciente que presentan reacciones alergicas cada 6 meses en la IPSI	x 100
Número total de pacientes atendidos en el semestre del año en curso	

9.1.3. METAS DE SEGURIDAD

1. Generar la cultura de reporte de evento adverso como mecanismo de mejora en los servicios prestados.
2. Fortalecer la gestión de los eventos adversos con sus componentes educativos y planes de mejoramiento para garantizar las correctas prácticas de seguridad del paciente.
3. Garantizar el cumplimiento de la Política de Seguridad del Paciente de los Servicios de Salud habilitados en la Universidad del Cauca.

9.2 PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS

LINEAMIENTO 1: UNA ATENCIÓN LIMPIA ES UNA ATENCIÓN SEGURA.

Estrategia 1.1:



FORTALECER LA PRÁCTICA DE LAVADO DE MANOS EN LA INSTITUCIÓN EN LOS CINCO MOMENTOS DETERMINADOS POR LA OMS

Resultados esperados

- Personal de salud de la institución, realiza eficientemente el lavado de manos.
- Educación continua a todo el personal que brinda atención en los servicios de salud con eje temático sobre lavado de manos.
- Disminución de eventos adversos asociados a la ausencia de lavado de manos
- Que la institución cuente con los insumos necesarios para el adecuado lavado de manos.

Estrategia 1.2:

APLICAR LAS TÉCNICAS DE ASEPSIA EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE REALICEN DURANTE LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Resultados esperados

- Que el personal del área de la salud aplique en forma correcta los principios de asepsia, durante la atención y cuidado del usuario(a).
- Programas de educación a todo el personal asistencial sobre principios de asepsia, limpieza y desinfección.
- Evaluar de manera semestral los protocolos de limpieza y desinfección de áreas, planta física y equipos.

Estrategia 1.3:

MANEJO ADECUADO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS

Resultados esperados

- Trabajadores de la salud que cumplen con la normatividad institucional sobre el manejo de desechos peligrosos en establecimientos de salud.
 - Capacitación a todo el personal, sobre el manejo de residuos hospitalarios.
 - Que la institución adquiera los insumos necesarios para la adecuada segregación de los residuos hospitalarios de acuerdo con lo establecido en el PGIRH.
 - Que la institución garantice la ruta externa para desecho de los residuos hospitalarios generados por la institución.
-



Estrategia 1.4:

PRÁCTICAS DE BIOSEGURIDAD

Resultados esperados

- Personal de salud cumpla con las normas de bioseguridad.
- Elaborar e implementar el Programa de Seguridad y Salud en el trabajo
- Educación continua para todo el personal que labora en la institución, sobre las normas de bioseguridad.

Estrategia 1.5:

EDUCACIÓN CONTINUA AL USUARIO, FAMILIA Y CUIDADORES

Resultados esperados

- Programas de educación dirigidos al usuario, familia y cuidadores, fortalecidos con temas de autocuidado, derechos, deberes y prevención de infecciones durante la atención en salud.

LINEAMIENTO 2: IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE PACIENTES

Estrategia 2.1

GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES

Resultado esperado

- Garantizar que todo paciente que ingrese a la División de Gestión de Salud Integral y Desarrollo Humano, se le diligencien obligatoriamente todos los datos de identificación (los nombres y apellidos completos del paciente (dos, si los tiene), el tipo de documento de identificación y el número, el sexo, la fecha de nacimiento, la edad, el lugar de residencia habitual y su número telefónico) y que le sean corroborados verbalmente a él o su familiar (Verificación Cruzada).
 - Garantizar que el paciente siempre va a ser identificado por su nombre y apellido, y su número de identificación.
-



- Garantizar que al ingreso del paciente División de Gestión de Salud Integral y Desarrollo Humano, se le identifique los riesgos que puede presentar durante su atención.

LINEAMIENTO 4 : PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE CAÍDAS

Estrategia 4.1:

PREVENIR EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON CAÍDAS

Resultados esperados

- Que el personal asistencial de la institución involucrado en el cuidado del paciente cumpla con los lineamientos de seguridad en el proceso de movilización e inmovilización de pacientes en los domicilios de los pacientes.
- Contar con un programa de educación continua teniendo como tema procedimientos de prevención de caídas dirigido al personal de salud y la familia del paciente.
- Identificar los pacientes que pueden tener riesgo de caídas y brindar acompañamiento permanente.

LINEAMIENTO 5: MEDICAMENTOS, VACUNAS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS SEGUROS.

Estrategia 5.1

OPTIMIZAR LA CADENA DE ABASTECIMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS Y LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS

Resultados esperados

- Contar con manuales de Procedimientos, actualizados y divulgados y dar cumplimiento a lo establecido en ellos.
 - Que se cuente con personal capacitado e involucrado en procedimientos de programación, adquisición, almacenamiento y distribución de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos necesarios para la prestación de servicio ofertados.
 - Contar con las condiciones de infraestructura y equipos necesarios (termo higrómetros) conforme a las buenas prácticas de almacenamiento para la conservación de los dispositivos médicos y medicamentos.
-



- Verificar de manera permanente la dotación de insumos y dispositivos en los servicios y realizar el control de las fechas de vencimiento.

Estrategia 5.2

ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN FORMA LIMPIA Y SEGURA

Resultados esperados

- Que en la institución se cumplan con los lineamientos de seguridad en el proceso de adquisición, distribución de medicamentos, soluciones parenterales y material médico quirúrgico, velando por la calidad, existencia y continuidad de estos insumos.
- Que el personal asistencial de la institución involucrado en el cuidado del paciente cumpla con los lineamientos de seguridad en el proceso de prescripción, revisión, despacho, preparación, registro y reporte de eventos adversos de la administración de los medicamentos aplicando los 5 correctos de administración medicamentos (protocolos para la administración segura de medicamentos).
- Conocer los medicamentos más frecuentes de uso en la institución (farmacodinamia y farmacocinética)
- Verificar periódicamente la adherencia a los protocolos de administración de medicamentos.
- Identificar los medicamentos de alto riesgo, y los que son similares en su presentación, pronunciación y escritura.

Estrategia 5.3

ASEGURAR LA CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS UTILIZADOS EN LA INSTITUCIÓN

Resultados esperados

- Contar con programas de vigilancia del uso de medicamentos y dispositivos médicos (programa de tecnovigilancia y farmacovigilancia).
 - Contar protocolos actualizados de revisión permanente de las especificaciones técnicas de cada artículo o medicamento utilizado en la atención al usuario.
-



Gestión de Interacción Social
Servicios de Salud a la Comunidad
Programa de Seguridad del Paciente

Código: PM-IS-8.2.18-OD-1

Versión:1

Fecha Vigencia: 27-05-2026

Página 22 de 28

- Verificar las alertas del INVIMA relacionadas con el uso de medicamentos y dispositivos médicos.

9.3 INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL QUE ATIENDE

LINEAMIENTO 1: GARANTIZAR LA FUNCIONALIDAD DEL PROCEDIMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estrategia 1.1

GARANTIZAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ENTENDIDO EN LOS PROCEDIMIENTOS QUE LO REQUIERAN

Resultado esperado

- Que el paciente dé su consentimiento antes de ingresar a los servicios de la División de Gestión de Salud Integral y Desarrollo Humano
- Diligenciamiento completo y oportuno del consentimiento informado.
- Garantizar que el consentimiento informado sea entendido

Estrategia 1.2

GARANTIZAR LA SEGURIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Resultado esperado

- Recurso humano, suficiente y capacitado en el manejo de la historia clínica
- Infraestructura y equipos que garanticen la seguridad, integridad y confidencialidad de la historia clínica y los registros asistenciales.
- Socialización y Adherencia al protocolo de manejo y conservación de la historia clínica.
- Realizar periódicamente auditoria de calidad de la historia clínica.
- Comité de historia clínica operativizado

LINEAMIENTO 2: COMUNICACIÓN EFECTIVA

Estrategia 2.1

FOMENTAR ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EFECTIVA



Resultado esperado

- Recurso humano, suficiente y capacitado en estrategias de comunicación efectiva
- Verificar la comprensión del personal asistencial las órdenes verbales y escritas
- Mejorar las relaciones entre el equipo asistencial a través de diferentes medios como audiovisuales, textos, audios.
- Definir la política de comunicación institucional
- Reporte oportuno de resultados de exámenes o cambios del estado de salud del paciente
- Oposición al uso de abreviaturas y acrónimos.
- Definir la comunicación de resultados críticos

10. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La cultura se define como un conjunto de conocimientos, costumbres y grado de desarrollo, a través del cual se expresa un grupo social en un momento determinado; es decir, la forma cómo un grupo de personas hace las cosas, y ésta puede cambiar según el espacio y el tiempo, por tanto, no es constante.

La cultura de seguridad tiene tres componentes fundamentales, sobre los cuales se debe trabajar al interior de la División de Gestión de Salud Integral y Desarrollo Humano, para lograrla. Estos componentes son:

SEGURIDAD PSICOLÓGICA:

El término hace referencia a la convicción que tiene el colaborador de un servicio de que no será castigado o humillado por exponer sus ideas, hacer preguntas, manifestar sus preocupaciones sobre la seguridad de la atención e incluso cometer errores. Una estrategia recomendada es tratar de desjerarquizar la práctica médica, lograr grupos de trabajo llenos de camaradería y apoyo mutuo donde cada profesional de la salud valora el aporte al equipo del otro.

La seguridad psicológica es un elemento clave para reducir la probabilidad de que un paciente sufra daño durante la atención porque se alerta sobre el probable error antes de que suceda.

LIDERAZGO EFECTIVO.

Se refiere a que en cada servicio el líder o los líderes de este creen un ambiente de trabajo que favorezca la seguridad psicológica para que así todas las se sientan tranquilas expresando sus preocupaciones de seguridad.



Gestión de Interacción Social
Servicios de Salud a la Comunidad
Programa de Seguridad del Paciente

Código: PM-IS-8.2.18-OD-1

Versión:1

Fecha Vigencia: 27-05-2026

Página 24 de 28

El liderazgo efectivo requiere humildad. El líder efectivo es aquel que se hace accesible a sus colaboradores, comparte información con ellos, los invita a contribuir con su experticia y preocupaciones y evidencia en su comportamiento preocupación por la falla, en el sentido de que, si un colaborador cree que existe un problema, el problema es real hasta que se demuestre lo contrario.

TRANSPARENCIA.

Hace referencia a que la organización hace visible a sus colaboradores los eventos adversos presentados. Se basa en el concepto de que una organización transparente investiga los errores y comparte los hallazgos internamente para que otros aprendan y eviten cometer errores similares. Significa también que, en la reunión de análisis, todos los participantes hablan con sinceridad sobre lo ocurrido.

10.1. FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

EDUCACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

La educación continua en todos los aspectos relacionados con la seguridad del paciente es fundamental en la creación de cultura. Entre las actividades educativas que se desarrollaran en la División de Gestión de Salud Integral y Desarrollo Humano, están:

LAS SESIONES BREVES DE SEGURIDAD

Son espacios en los que se comparte información relacionada con la seguridad del paciente en el día a día de la institución para contribuir a la reducción del riesgo de situaciones adversas por fallas activas durante la prestación del servicio, crear cultura de seguridad y mejorar la calidad de los servicios en salud.

Las sesiones breves de calidad se constituyen en una herramienta que ha probado ser útil para generar conciencia acerca de los asuntos de la seguridad del paciente, al ser espacios que fomentan el intercambio de información sin temor a represalias y para integrar información teórica respecto de las buenas prácticas de seguridad en el día a día de la entidad.

Las sesiones breves de calidad estarán a cargo de los líderes de los servicios y se llevarán a cabo de manera semanal en el puesto de trabajo. Consistirá en una reunión breve de 10 a 15 minutos donde se socializará un tema específico de la seguridad del paciente ejemplo: lavado de manos, correcto para la prescripción de los medicamentos.

CÁPSULAS DE SEGURIDAD:

Folletos. Son documentos ilustrados que se entregan a los colaboradores y a los servicios institucionales sobre la seguridad de los pacientes. Recuerda al lector sobre las prácticas seguras, los tips de seguridad, y los actos inseguros.



10.2 VISITAS DE CALIDAD (RONDAS DE SEGURIDAD)

Consiste en una visita planificada para establecer una interacción directa con el personal y los pacientes, cuidando en todo momento guardar una actitud educativa.

Se puede hacer visitas de calidad general o específica, por ejemplo, de lavado de manos, siendo este un proceso crítico dentro del tema de seguridad del paciente o de todos los procesos.

Las visitas de calidad se enmarcan en fortalecer la implementación de la cultura de seguridad mediante las auditorías y la identificación de oportunidades de mejora, haciendo la búsqueda activa de incidentes o eventos adversos que puedan afectar la seguridad del paciente.

Entre las auditorías a realizar tenemos la metodología paciente trazador, sistema trazador y auditoría al cumplimiento de los procesos prioritarios de los diferentes servicios habilitados.

10.2.1 OBJETIVOS

Objetivo general de las Visitas de calidad (Rondas de Seguridad) es fortalecer la cultura de seguridad del paciente

- Identificar la ocurrencia de prácticas inseguras en la prestación del servicio, específicamente en el proceso de limpieza y desinfección de áreas y de equipos, manejo de residuos hospitalarios, administración de medicamentos y todos los procesos de atención asistenciales.
- Educar en el sitio de trabajo al personal en cuanto a prácticas seguras en realización de los procesos y procedimientos de cada servicio.
- Tomar contacto con los pacientes y su familia para identificar aspectos relacionados con su seguridad.
- Crear compromisos para mejorar la seguridad del paciente.

10.1.3. PORQUE DEBEN HACERSE

- Demostrar compromiso con la seguridad.
 - Fomentar el cambio de cultura frente a la seguridad.
 - Identificar oportunidades de mejoramiento de la seguridad.
 - Establecer líneas de comunicación acerca de seguridad entre líderes, colaboradores y ejecutivos.
 - Comprobar mejoramientos de la seguridad del paciente.
-



10.1.4. METODOLOGÍA

- Conversación con el paciente.
- Conversaciones individuales con el personal asistencial.
- Observación directa
- Revisión de Historias Clínicas
- Entrevistar tanto personal de salud como pacientes
- Utilización de formato de verificación
- Consignar las observaciones en acta y levantar plan de mejoramiento si es necesario.

10.1.5. FRECUENCIA

- Realizar 1 ronda de seguridad cada 2 meses y el seguimiento a esa ronda se realizará al mes siguiente
- Horario estricto
- Duración: dos horas

10.1.6. QUIENES PARTICIPARÁN

- Referente del Programa de Seguridad del Paciente acompañada de personal experto en seguridad del paciente, quien interactúa con el personal y los pacientes.

10.1.7. MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Con el fin de medir el grado de cultura de seguridad del paciente para promover prácticas que mejoren la calidad de la atención en salud en la División de Gestión de Salud Integral y Desarrollo Humano, se utilizará la encuesta de medición de clima de seguridad del paciente, herramienta que permite generar acciones que faciliten fomentar la cultura de seguridad institucional recomendada por el Ministerio de Salud y de Protección Social.

La aplicación de la encuesta se realizará una vez por semestre.

11. RESPONSABLES

En los servicios de salud habilitados de la universidad del cauca todos los colaboradores serán responsables de la implementación del programa de seguridad del paciente, pero en aras de la gestión y socialización en la institución se conformará el comité de seguridad del paciente con los líderes de los servicios asistenciales y colaboradores de apoyo administrativo.

En el comité de seguridad se nombrará la persona designada como referente institucional para la seguridad del paciente.



11.1 PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA.

Los servicios de salud habilitados de la Universidad del Cauca disponen de un programa de tecnovigilancia estructurado de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Protección Social, cuyo objetivo principal es mejorar la protección de la salud y la seguridad de los pacientes, mediante la reducción y control del riesgo que se produzca o se repita un incidente adverso asociado al uso de los dispositivos médicos.

Para el análisis se adoptará la herramienta el protocolo de Londres, el cual se fundamenta en la exposición del caso, la revisión de la historia clínica, el análisis con base en los mejores reportes existentes con el asesoramiento de pares (Según el caso) y con el único fin de evitar la reincidencia del evento adverso. Una vez tomadas las acciones correctivas se entregarán al comité decisorio, para su evaluación y seguimiento. Esto quedará reportado en el formato establecido para ello.

Las reuniones se realizarán de conformidad con el acto administrativo número 1 de la conformación de los comités.

De cada sesión se levantará un acta, cuyo resumen recibirán los integrantes en forma previa a la siguiente reunión, cumplirá las funciones de Secretario Técnico el referente de la seguridad del paciente, quien elaborará las actas y presentará el orden del día en los comités y también será delegado por la misma instancia el referente de seguridad del paciente, mediante oficio.

11.2 SEGURIDAD EN EL LABORATORIO CLÍNICO.

Se dispone de un procedimiento para la toma y recepción de muestras el cual especifica las actividades y puntos de control para la identificación del paciente durante la recepción y toma de muestras, allí tanto el trabajador de facturación verifica los datos de identificación del paciente y realiza la factura de los exámenes ordenados, el trabajador del laboratorio verifica los datos de identificación del paciente y que los exámenes facturados sean exactamente los solicitados, cada uno de los pacientes es registrado en el libro de atención diaria del laboratorio allí se consigna un consecutivo, nombres y apellidos, número de documento, edad, teléfono y EPS, las muestras son marcadas antes de que el paciente abandone el servicio con el número del consecutivo y los exámenes a realizar.

Antes del análisis de las muestras se imprime a través del software modulo pacientes las hojas de trabajo las cuales deben contener exactamente la misma información registrada en el cuaderno de atención diaria, en caso de alguna inconsistencia esta es resuelta antes de generar cualquier resultado.

Durante el reporte de los resultados el bacteriólogo verifica nuevamente los datos de identificación del paciente en el software, registra y graba los resultados obtenidos según el procedimiento de reporte y entrega de resultados.

11.3 GARANTIZAR LA FUNCIONALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



Gestión de Interacción Social
Servicios de Salud a la Comunidad
Programa de Seguridad del Paciente

Código: PM-IS-8.2.18-OD-1

Versión:1

Fecha Vigencia: 27-05-2026

Página 28 de 28

Se cuenta con un instructivo para la elaboración de los consentimientos informados y se tienen identificados los procedimientos a los cuales se les debe realizar el consentimiento informado.

El equipo operativo del comité de calidad tiene la responsabilidad de evaluar la adherencia del dinamizador al diligenciamiento del consentimiento informado acorde a lo definido en el instructivo y a su registro en la historia clínica.

11.4. DOCUMENTO DE REFERENCIA

Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del comunero en la atención en salud”.
Ministerio de la Protección Social.

REGISTRO DE MODIFICACIONES:

FECHA	VERSIÓN: No	CÓDIGO	MODIFICACIONES
27/05/2026	01	PM-IS-8.2-18-OD1	Creación del documento a solicitud de la dependencia.

10. ANEXOS:

Formato de reporte de eventos adversos

ELABORACIÓN	REVISIÓN
Nombre: Marla Luz Rebolledo Barrios Emilce Maritza Sánchez Beltrán Pilar Andrea Miranda Rodríguez Karol Yiseth Jurado Narváez	Nombre:
Cargo: Profesional Universitario	Responsable Área de Gestión
Fecha:	Cargo:
	Fecha:
REVISIÓN	APROBACIÓN
Nombre:	
Responsable Calidad y Acreditación	
Cargo:	Rector
Fecha:	Fecha: