

**Manual de
estándares**

**Galardón
Nacional Hospital
Seguro, ACHC,**

**para piloto de Entidades
Domiciliarias**

2026-2028



Contenido

1. Introducción al contexto domiciliario	3
2. Objetivos del manual	4
3. Metodología de Evaluación – Piloto para Entidades Domiciliarias.....	4
4. Descripción de Áreas Temáticas	5
5. Descripción de estándares	6
5.1 Fundamentos estructurales de la seguridad de la atención domiciliaria (A)	6
5.2 Liderazgo, alineación y cultura de la seguridad en la atención domiciliaria (B)	12
5.3 Procesos clínicos seguros en el domicilio (C).....	16
5.4 Mejoramiento de la seguridad en la atención domiciliaria (D).....	28
5.5 Gestión de la seguridad para el cliente interno en la atención domiciliaria (E)	33
6. Referencias	37

Presentación

Nos complace presentar el Manual de Estándares de Referencia – Piloto para Entidades Domiciliarias, elaborado en el marco de la VIII versión del Galardón Nacional Hospital Seguro de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC).

Este documento responde al creciente protagonismo de la atención en salud en el hogar, modalidad que se ha consolidado como una alternativa segura, cercana y humanizada para los usuarios y sus familias. Con este piloto, la ACHC busca reconocer y acompañar a las instituciones que prestan servicios domiciliarios, fortaleciendo sus capacidades y aportando al desarrollo de un modelo de seguridad adaptado a sus particularidades.

La inclusión de esta modalidad se orienta a explorar, validar y ajustar estándares que garanticen la seguridad del paciente en el entorno domiciliario, reconociendo que los riesgos, procesos y dinámicas de cuidado difieren de los escenarios hospitalarios y ambulatorios.

De manera especial, este piloto no busca la competencia por el Galardón en igualdad de condiciones con las demás categorías, sino promover el aprendizaje colaborativo, la innovación y la generación de evidencia sobre prácticas seguras en este entorno. Las instituciones participantes recibirán un reconocimiento especial a la innovación y colaboración, como un sello que visibiliza su aporte a la construcción de un sistema de salud más seguro en todos los niveles de atención.

La ACHC invita a las entidades domiciliarias a vivir este proceso no solo como una evaluación, sino como una oportunidad estratégica para reflexionar sobre sus prácticas, consolidar su cultura de seguridad y contribuir activamente al diseño del futuro modelo de seguridad del paciente en la atención domiciliaria en Colombia.

JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA

Director General ACHC

1. Introducción al contexto domiciliario

La atención domiciliaria en salud ha adquirido una importancia creciente en Colombia, respondiendo a necesidades de pacientes con condiciones crónicas, cuidados paliativos, procesos postquirúrgicos y rehabilitación, entre otros. Esta modalidad acerca los servicios de salud al entorno cotidiano de los usuarios, aportando comodidad, continuidad en el cuidado y reducción de riesgos asociados a estancias prolongadas en instituciones.

Sin embargo, también plantea retos específicos en materia de seguridad del paciente, derivados de factores como la variabilidad de los entornos domiciliarios, las limitaciones de infraestructura, la gestión de equipos y medicamentos en el hogar, y la necesidad de un rol más activo de la familia y cuidadores en el proceso asistencial.

El Piloto para Entidades Domiciliarias de la VIII versión del Galardón Nacional Hospital Seguro, ACHC, busca:

- Validar estándares diseñados específicamente para este nivel de atención.
- Identificar buenas prácticas, barreras y oportunidades de mejora en la seguridad del paciente en el entorno domiciliario.
- Promover la construcción de un modelo nacional de seguridad en la atención domiciliaria, alineado con las buenas prácticas y las regulaciones colombianas.
- Reconocer y visibilizar a las instituciones que apuestan por la seguridad como eje central de su modelo de atención domiciliaria.

La metodología de este piloto incluye una evaluación de una día con un enfoque cualitativo, en la que los evaluadores, además de verificar el cumplimiento de los estándares, recogerán insumos sobre su pertinencia, aplicabilidad y oportunidades de ajuste.

En este sentido, las entidades participantes se convierten en aliados estratégicos en la construcción del futuro de la seguridad en la atención domiciliaria, aportando evidencia y experiencias que enriquecerán el manual y fortalecerán la cultura de seguridad del paciente en Colombia.

2. Objetivos del manual

El Manual de Estándares de Referencia – Piloto para Entidades Domiciliarias tiene como objetivos:

1. Definir criterios claros y verificables que permitan evaluar la seguridad del paciente en la atención domiciliaria, considerando sus particularidades frente a otros niveles de prestación.
2. Promover una cultura de seguridad centrada en el hogar, donde los profesionales de salud, pacientes, familias y cuidadores sean actores corresponsables en el proceso asistencial.
3. Fortalecer las capacidades institucionales para identificar, prevenir y mitigar riesgos en la atención extramural, incluyendo aspectos clínicos, logísticos, tecnológicos y ambientales.
4. Fomentar la innovación y la mejora continua, reconociendo las buenas prácticas que contribuyen a elevar los estándares de seguridad en el contexto domiciliario.
5. Recolectar evidencia cualitativa y cuantitativa que permita validar la pertinencia de los estándares y realizar los ajustes necesarios para una versión futura consolidada.

3. Metodología de Evaluación – Piloto para Entidades Domiciliarias.

En esta primera versión piloto, la evaluación de las entidades domiciliarias tendrá un enfoque cualitativo, en coherencia con lo establecido en las bases del Galardón. Esto significa que los evaluadores no asignarán puntajes comparativos ni se establecerán posiciones frente a otras categorías. El énfasis estará en identificar buenas prácticas, reconocer innovaciones y documentar oportunidades de mejora para fortalecer la seguridad en el entorno domiciliario.

No obstante, de manera exploratoria, se pondrá a prueba una estructura de ponderación referencial que permita analizar la pertinencia de asignar puntajes en futuras versiones. En todo caso, los resultados de este piloto se expresarán en un informe narrativo de hallazgos y un sello de reconocimiento, sin implicaciones competitivas frente a las demás categorías del Galardón.

4. Descripción de Áreas Temáticas

Las áreas temáticas del piloto para entidades domiciliarias mantienen coherencia con la estructura general del Galardón Nacional Hospital Seguro, pero han sido adaptadas a los contextos, riesgos y particularidades de este ámbito de atención. Cada área temática reúne estándares que orientan a las entidades en la construcción de prácticas seguras, sostenibles y centradas en el paciente, priorizando la coordinación del cuidado en el hogar, la protección de usuarios, familias y equipos de salud, y la integración de la seguridad en los procesos clínicos y administrativos. Estas áreas temáticas constituyen el marco de referencia para evaluar la calidad y seguridad en los servicios domiciliarios, garantizando pertinencia y aplicabilidad en este entorno de atención.

En el contexto domiciliario, la seguridad del paciente se enfrenta a retos particulares derivados de la prestación de servicios en un entorno no institucionalizado, donde influyen factores propios del hogar, de la familia y de la comunidad. Por esta razón, las áreas temáticas del piloto han sido adaptadas para asegurar pertinencia y aplicabilidad a este escenario:

A. Fundamentos estructurales de la seguridad de la atención domiciliaria: Garantizan que la seguridad se integre como estrategia organizacional en entidades domiciliarias, incluyendo planes, políticas y recursos que aseguren continuidad y solidez de la atención en el hogar.

B. Liderazgo, alineación y cultura de la seguridad en la atención domiciliaria: Relevante en lo domiciliario por la dispersión de equipos, donde la cercanía del liderazgo, la comunicación y la promoción de una cultura justa fortalecen la confianza de pacientes, familias y colaboradores.

C. Procesos clínicos seguros en el domicilio: Incluye prácticas críticas como identificación de pacientes, uso seguro de medicamentos, control de infecciones y coordinación entre múltiples actores (profesionales, cuidadores y familias), adaptadas a la atención en casa.

D. Mejoramiento de la seguridad en la atención domiciliaria: Reconoce la importancia de contar con sistemas de reporte, análisis y aprendizaje frente a incidentes y eventos en un entorno con menor supervisión directa, donde cada desviación se convierte en oportunidad de mejora.

E. Gestión de la seguridad para el cliente interno en la atención domiciliaria: En el domicilio, los profesionales enfrentan riesgos específicos (traslados, exposición biológica, violencia en el hogar, carga emocional). Por ello, se promueve tanto la salud física como el bienestar mental en el trabajo.

Estas áreas temáticas reflejan un abordaje integral, que conecta la seguridad del paciente con la sostenibilidad organizacional, el bienestar del equipo y el cuidado seguro en el hogar.

5. Descripción de estándares

5.1 Fundamentos estructurales de la seguridad de la atención domiciliaria (A)

La atención domiciliaria constituye un escenario de cuidado con características singulares, que exige a las instituciones contar con estructuras sólidas para garantizar seguridad, continuidad y calidad en un entorno extramural. A diferencia de un ambiente intrahospitalario, el domicilio se caracteriza por mayor variabilidad en los espacios, recursos limitados, interacción con el entorno familiar y comunitario, y riesgos específicos derivados de la infraestructura, las condiciones de higiene y la participación de cuidadores no profesionales.

Los fundamentos estructurales representan la base organizacional desde la cual se articulan políticas, gobernanza clínica, gestión de riesgos y desarrollo de talento humano enfocados en la seguridad del paciente en casa. Incluyen no solo la incorporación de la atención domiciliaria en la estrategia institucional, sino también la definición de un modelo de atención claro, el fortalecimiento de sistemas de información y la creación de instancias de participación y mejora continua.

Estos fundamentos buscan:

- Integrar la atención domiciliaria a la visión y misión institucional, con políticas y planes de seguridad específicos.
- Consolidar un modelo de atención y gobernanza clínica extramural, que asegure la coordinación y trazabilidad de los procesos, apoyado en datos e indicadores.
- Establecer comités y grupos interdisciplinarios que analicen riesgos y promuevan cultura de seguridad considerando las particularidades del hogar.
- Desarrollar las competencias del talento humano, con énfasis en habilidades técnicas, comunicación efectiva con pacientes y familias, y autocuidado de los equipos móviles.

En síntesis, los fundamentos estructurales aseguran que la institución no traslade simplemente sus procesos hospitalarios al domicilio, sino que los adapte, fortalezca y contextualice, de modo que la seguridad sea un eje transversal en cada visita domiciliaria,

involucrando activamente tanto al equipo de salud como a los usuarios y sus familias en la corresponsabilidad del cuidado.

Estándar (A.1.). Dirección, marco institucional y plan de seguridad domiciliaria.

La organización dispone de un plan institucional de seguridad del paciente que integra la atención domiciliaria, con políticas, recursos y compromisos claros desde la alta dirección.

Propósito: La inclusión de la atención domiciliaria en las políticas institucionales y en los planes de seguridad resulta esencial para garantizar que esta modalidad no se vea como un servicio aislado, sino como parte integral de la estrategia organizacional. Sin este respaldo desde la dirección, se corre el riesgo de que los equipos de atención domiciliaria trabajen con criterios dispares y con recursos insuficientes para enfrentar los retos propios del entorno domiciliario.

Criterios:

A.1.1	La institución dispone de políticas y lineamientos propios para la atención domiciliaria, en los que se establecen de manera clara los principios, responsabilidades y procesos necesarios para garantizar la seguridad del paciente en el hogar, asegurando su coherencia con la normativa nacional vigente y con las mejores prácticas en materia de seguridad.
A.1.2	Las metas de seguridad de la atención domiciliaria están integradas en el plan estratégico institucional, reflejando objetivos medibles y alcanzables que orientan las acciones de mejora continua y permiten evaluar de manera sistemática los resultados obtenidos en esta modalidad.
A.1.3	La alta dirección comunica de forma activa y permanente su compromiso con la seguridad en la atención domiciliaria, asegurando que los equipos de atención domiciliaria comprendan la relevancia de su labor, cuenten con respaldo organizacional y que las familias reconozcan a la seguridad como un valor central en el proceso de cuidado.
A.1.4	La institución asegura que la atención domiciliaria se preste bajo principios de equidad y no discriminación, evitando rechazos por razones socioeconómicas, ubicación geográfica o características del hogar, y definiendo criterios clínicos y de seguridad transparentes para la inclusión.

Estándar (A.2.). Modelo de atención, gobernanza clínica y datos para la seguridad en domicilio.

La institución cuenta con un modelo de atención domiciliaria definido, con gobernanza clínica clara, procesos basados en evidencia y sistemas de información que soportan decisiones seguras.

Propósito: Contar con un modelo de atención claramente definido y con una gobernanza clínica estructurada permite reducir la variabilidad que caracteriza al cuidado en el hogar. Además, disponer de datos e indicadores específicos proporciona la evidencia necesaria para tomar decisiones seguras, planificar recursos y anticipar riesgos, elementos que en un entorno extramural suelen ser menos predecibles que en la atención hospitalaria.

Criterios:

A.2.1	La institución cuenta con un modelo de atención domiciliaria claramente definido y formalizado en documentos institucionales, en el cual se describen los roles y responsabilidades de cada actor involucrado (equipo de salud, familia, cuidadores y la propia organización), así como los procesos estandarizados para la planificación, ejecución y seguimiento de la atención en el hogar. Este modelo asegura coherencia, continuidad y coordinación en todos los niveles del servicio.
A.2.2	La organización dispone de plataformas y herramientas de información que permiten el registro oportuno, seguro y completo de la atención domiciliaria, garantizando su interoperabilidad con la historia clínica institucional y, cuando es posible, con otros niveles de atención. Esto facilita el acceso ágil a datos relevantes, evita duplicidades y mejora la toma de decisiones clínicas en tiempo real.
A.2.3	Se utilizan indicadores diseñados para monitorear los riesgos y resultados propios del cuidado en el hogar, tales como adherencia a protocolos de seguridad, manejo adecuado de insumos, incidentes relacionados con infraestructura del domicilio y satisfacción del paciente y su familia. Estos indicadores permiten medir avances, identificar brechas y priorizar acciones de mejora.
A.2.4	La institución ha establecido canales y prácticas sistemáticas para recoger información de equipos de atención domiciliaria, pacientes y familias acerca de la seguridad de la atención domiciliaria. Los resultados de esta retroalimentación se analizan periódicamente en espacios institucionales (comités, grupos de mejora) y se traducen en acciones correctivas y preventivas que fortalecen de manera continua la calidad y la seguridad del servicio.

Estándar (A.3.). Comités y grupos de trabajo para la seguridad en atención domiciliaria

La institución dispone de comités o grupos interdisciplinarios que revisan periódicamente la seguridad en la atención domiciliaria y promueven cultura de aprendizaje.

Propósito: La creación de instancias de análisis y seguimiento que incluyan la perspectiva de la atención domiciliaria es fundamental para que los riesgos y eventos adversos de esta modalidad no queden invisibilizados. Estos espacios aseguran un aprendizaje institucional continuo y permiten diseñar mejoras con la participación de los equipos de atención domiciliaria y, en algunos casos, de los propios usuarios, fortaleciendo la cultura de seguridad.

Criterios:

A.3.1	La institución asegura que los temas, riesgos y resultados relacionados con la atención domiciliaria hagan parte de la agenda del comité de seguridad del paciente. Esto garantiza que las decisiones, planes de acción y estrategias de mejora se incorporen de forma sistemática la perspectiva extramural.
A.3.2	Se implementan mecanismos para identificar, reportar, analizar y dar seguimiento a los eventos adversos e incidentes ocurridos en la atención domiciliaria, considerando tanto los factores clínicos como los propios del entorno del hogar. Los resultados de este seguimiento alimentan los planes de prevención y mejora de la institución.
A.3.3	Los comités y grupos de trabajo para la seguridad incluyen la voz de quienes realizan directamente la atención en domicilio (médicos, enfermeras, auxiliares, terapeutas), así como la de los pacientes y/o sus familias cuando corresponda. Esto fortalece la cultura de seguridad con una visión más inclusiva, práctica y centrada en la experiencia real del cuidado en casa.

Estándar (A.4.). Talento humano y competencias para la seguridad en atención domiciliaria

El personal que presta servicios domiciliarios está formado en competencias técnicas, de comunicación y de gestión de riesgos específicas para el contexto extramural.

Propósito: El desempeño seguro en el hogar depende en gran medida de la preparación del personal que brinda la atención. Formar y evaluar a los equipos en competencias técnicas, comunicación con familias y autocuidado es indispensable, dado que trabajan en entornos diversos, con recursos limitados y con una corresponsabilidad directa de cuidadores no profesionales. La inversión en su desarrollo se traduce en mayor seguridad para los pacientes y sostenibilidad del servicio.

Criterios:

A.4.1	La institución garantiza que todo el personal que se incorpora a la modalidad domiciliaria reciba una inducción inicial y formación periódica en aspectos clave de seguridad del paciente, riesgos propios del hogar y protocolos aplicables a la atención extramural.
A.4.2	El talento humano que presta servicios en domicilio desarrolla habilidades técnicas actualizadas y competencias de comunicación efectiva, que faciliten la interacción segura y respetuosa con pacientes, familias y cuidadores no profesionales.
A.4.3	Los equipos de atención domiciliaria son formados en prácticas de autocuidado, prevención de riesgos laborales y seguridad vial, así como en el transporte, almacenamiento y disposición adecuada de insumos, equipos médicos y medicamentos utilizados en la atención domiciliaria.
A.4.4	La institución aplica procesos de seguimiento y evaluación del desempeño del talento humano, con retroalimentación sistemática sobre el cumplimiento de protocolos de seguridad en domicilio, promoviendo la mejora continua y el desarrollo profesional.

5.2 Liderazgo, alineación y cultura de la seguridad en la atención domiciliaria (B)

La seguridad en la atención domiciliaria trasciende la existencia de políticas y protocolos. Requiere de un liderazgo institucional visible y comprometido, de una coherencia organizacional que integre esta modalidad en la estrategia institucional y de una cultura de seguridad sólida que oriente la labor diaria de los equipos de atención domiciliaria y la corresponsabilidad de las familias en el cuidado.

A diferencia del entorno hospitalario, donde la supervisión es continua y los equipos trabajan en un mismo espacio físico, la atención en el domicilio se caracteriza por una dispersión geográfica considerable, por una mayor autonomía y toma de decisiones en campo por parte del personal, y por la participación activa de cuidadores no profesionales en la ejecución de las indicaciones. Esta combinación hace que los riesgos sean más diversos y que la seguridad dependa en gran medida de la confianza, la comunicación y el respaldo organizacional.

El liderazgo tiene la responsabilidad de garantizar respaldo tangible al personal de atención domiciliaria, mediante recursos, lineamientos claros y acompañamiento continuo. La cultura institucional debe promover un entorno de confianza que incentive el reporte de riesgos e incidentes sin temor a represalias, y que valore el aprendizaje como una oportunidad de mejora. Finalmente, el alineamiento organizacional es fundamental para asegurar que la atención domiciliaria reciba el mismo nivel de prioridad y visibilidad que la atención intramural, evitando que sea percibida como un servicio secundario.

En este sentido, el Área Temática B busca asegurar que las instituciones:

- Visibilicen y fortalezcan el liderazgo orientado a la seguridad en la modalidad domiciliaria.
- Integren el domicilio a la gobernanza clínica y organizacional, con espacios de representación y voz en los comités de seguridad.
- Fomenten una cultura de seguridad positiva que involucre tanto a personal domiciliario como a pacientes y familias.
- Consoliden un aprendizaje organizacional continuo, en el que los riesgos y experiencias del campo se conviertan en mejoras sostenibles para la institución.

Así, el liderazgo, la alineación y la cultura de la seguridad se convierten en la base que permite que la atención domiciliaria sea segura, confiable y valorada, al mismo nivel que cualquier otra modalidad de atención dentro del sistema de salud.

Estándar (B.1.). Liderazgo visible y compromiso directivo con la seguridad en la atención domiciliaria.

La alta dirección demuestra un compromiso activo, visible y sostenido con la seguridad de la atención domiciliaria, inspirando confianza en los equipos de atención domiciliaria y en las familias, y asegurando que esta modalidad reciba el mismo respaldo y relevancia que la atención hospitalaria.

Propósito: En el contexto domiciliario, donde los equipos trabajan con autonomía en entornos diversos y con participación de cuidadores no profesionales, el liderazgo debe estar presente como respaldo tangible y como mensaje cultural fuerte. La seguridad no puede depender solo de protocolos, sino de la certeza que tienen los equipos de que la organización los acompaña y prioriza su labor.

Criterios:

B.1.1	La alta dirección participa en espacios de seguimiento, reuniones o visitas de acompañamiento a los equipos domiciliarios, mostrando interés real por los riesgos y retos de la atención en el hogar. Esta presencia fortalece la confianza y motiva al personal.
B.1.2	El liderazgo comunica de manera sistemática, en diferentes canales y escenarios, que la seguridad en el domicilio es una prioridad estratégica de la institución, equiparándola a la modalidad hospitalaria.
B.1.3	Los líderes institucionales generan espacios de reconocimiento a buenas prácticas en seguridad en domicilio, y aseguran que los equipos de atención domiciliaria cuenten con soporte oportuno cuando enfrentan situaciones de riesgo o emergencia en campo.
B.1.4	Las decisiones estratégicas y operativas de la dirección incluyen la perspectiva de la atención domiciliaria (inversión en transporte seguro, dotación de equipos portátiles, apoyo psicosocial a cuidadores y profesionales), demostrando coherencia entre el discurso y la acción.

Estándar (B.2.). Alineación institucional y gobernanza para la seguridad en el domicilio.

La atención domiciliaria está plenamente integrada a la estructura de gobernanza clínica y de seguridad de la institución, con roles definidos, participación en los órganos de decisión y mecanismos de coordinación que aseguren coherencia entre el nivel directivo, operativo y comunitario.

Propósito: La atención domiciliaria suele operar en paralelo al ámbito hospitalario, con riesgo de quedar aislada o desconectada de las estructuras institucionales de seguridad. Esta desconexión puede llevar a procesos fragmentados, aprendizajes no compartidos y brechas de responsabilidad. La alineación institucional garantiza que lo que ocurre en el domicilio se entienda como parte del todo, que los equipos de atención domiciliaria tengan representación en la gobernanza y que los riesgos y hallazgos extramurales se traduzcan en decisiones estratégicas para toda la organización.

Criterios:

B.2.1	El comité de seguridad del paciente, la junta directiva u otros cuerpos de decisión revisan periódicamente los riesgos y resultados de la atención domiciliaria, asegurando que esta modalidad tenga voz en las decisiones de alto nivel.
B.2.2	Existen designaciones formales para liderar y coordinar la seguridad en el domicilio, con responsabilidades diferenciadas entre quienes diseñan políticas, quienes supervisan la implementación y quienes proveen cuidado directo.
B.2.3	La institución mantiene mecanismos fluidos de comunicación entre la dirección, los comités y los equipos de campo, de modo que las alertas, decisiones y planes se transmitan de forma clara y oportuna en ambos sentidos.
B.2.4	Se asegura que los procesos de gobernanza reconozcan la continuidad del cuidado, integrando el componente domiciliario a las decisiones de seguridad clínica del hospital, evitando que ambos funcionen como “silos” desconectados.

Estándar (B.3.). Cultura de seguridad en equipos de atención domiciliaria y familias.

La institución promueve una cultura de seguridad sólida y compartida en la atención domiciliaria, que favorezca la confianza, el reporte transparente de incidentes, el aprendizaje sin culpa y la corresponsabilidad entre profesionales, pacientes y familias.

Propósito: En el contexto domiciliario, los equipos de atención domiciliaria trabajan con alta autonomía y con menor supervisión directa, mientras que las familias y cuidadores no profesionales participan activamente en los cuidados. Sin una cultura de seguridad clara, los errores pueden quedar ocultos, los riesgos pueden ser subestimados y la comunicación puede fallar. Una cultura positiva asegura que tanto los profesionales como las familias comprendan que la seguridad es un valor central, que se puede hablar abiertamente de riesgos y que cada experiencia es una oportunidad de mejora.

Criterios:

B.3.1	La institución mide, al menos una vez al año, la percepción y prácticas relacionadas con la cultura de seguridad en el personal domiciliario, utilizando instrumentos adaptados al contexto extramural.
B.3.2	Se fomenta y facilita el reporte de incidentes y situaciones de riesgo en domicilio bajo un enfoque de aprendizaje, asegurando que no existan sanciones o estigmas hacia quienes reportan.
B.3.3	Se desarrollan actividades regulares para fortalecer la conciencia en seguridad de los equipos de atención domiciliaria y de las familias, destacando la importancia de roles compartidos y prácticas seguras básicas en el hogar (ej. higiene de manos, manejo de medicamentos).
B.3.4	La organización identifica y reconoce públicamente las experiencias positivas de seguridad generadas por profesionales o familias, reforzando la motivación y consolidando aprendizajes.

5.3 Procesos clínicos seguros en el domicilio (C).

La seguridad en la atención domiciliaria no se limita a trasladar protocolos hospitalarios al hogar. Requiere de un modelo asistencial adaptado, de procesos clínicos claramente definidos y de prácticas seguras que respondan a la variabilidad propia de cada contexto. En el entorno hospitalario, los cuidados se realizan en espacios estandarizados y con supervisión continua; en cambio, en el domicilio las condiciones de infraestructura, la disponibilidad de insumos y la capacidad del cuidador son dispares, lo que obliga a las instituciones a anticipar riesgos, ajustar procedimientos y reforzar la corresponsabilidad con la familia.

La atención en casa implica, además, una mayor autonomía en la toma de decisiones por parte de los equipos de atención domiciliaria, quienes trabajan de manera dispersa y muchas veces con soporte remoto. Esta situación aumenta la exposición a errores asociados con la falta de información, la discontinuidad del cuidado o la improvisación de soluciones en entornos no controlados. Por ello, la seguridad depende de contar con procesos clínicos claros, con herramientas de seguimiento estandarizadas y con prácticas preventivas que reduzcan la probabilidad de eventos adversos.

La institución tiene la responsabilidad de asegurar un ingreso ordenado al servicio, una valoración integral del paciente, del hogar y del cuidador, así como la planificación de un cuidado seguro y realista. Igualmente, debe garantizar la continuidad clínica mediante reevaluaciones periódicas, la articulación efectiva con la red de servicios de salud para responder a necesidades de mayor complejidad, y la implementación de prácticas de seguridad ajustadas al contexto del hogar, tales como la identificación correcta del paciente, la prevención de caídas, el manejo seguro de medicamentos y la preparación de planes de emergencia para cuidadores y familias.

Adicionalmente, se reconocen dos ámbitos críticos que requieren un abordaje específico: la gestión segura de medicamentos en el domicilio, que contempla el control de medicamentos de alto riesgo, el almacenamiento seguro y la educación para la autoadministración, y la existencia de un programa formal de prevención y control de infecciones (IPC), que asegure medidas de higiene, vigilancia, capacitación y respuesta a riesgos infecciosos propios del entorno domiciliario.

En este sentido, el Área Temática C busca asegurar que las instituciones:

- Organicen procesos de admisión y valoración integral en el domicilio como base para un plan de cuidado seguro.

- Garanticen la continuidad clínica y la reevaluación periódica para anticipar riesgos y ajustar planes de cuidado.
- Fortalezcan la coordinación y articulación con la red de servicios de salud, asegurando transiciones seguras y trazables.
- Implementen prácticas de seguridad adaptadas al hogar, que prevengan riesgos frecuentes y empoderen al cuidador como aliado en el cuidado seguro.
- Desarrollen procesos para la gestión segura de medicamentos, con énfasis en fármacos de alto riesgo, almacenamiento, protección, autoadministración y disposición segura de sobrantes.
- Implementen un programa de prevención y control de infecciones en domicilio, con medidas adaptadas al hogar, educación a personal y cuidadores, y vigilancia activa de infecciones asociadas a la atención.

De esta manera, los procesos clínicos seguros en el domicilio se convierten en el núcleo operativo de la seguridad del paciente, reducen la variabilidad de la atención, previenen complicaciones y consolidan un modelo de cuidado confiable y de calidad también en el entorno extramural.

Estándar (C.1.). Admisión y valoración integral en el domicilio.

La institución garantiza que todo paciente que ingresa al programa de atención domiciliaria pase por un proceso de admisión ordenado y una valoración integral, que considere no solo la condición clínica, sino también el entorno físico, la disponibilidad de insumos y la capacidad del cuidador, con el fin de elaborar un plan de cuidado seguro y realista.

Propósito: En el hospital, la admisión de un paciente ocurre en un entorno estandarizado, con infraestructura disponible y personal supervisado. En el domicilio, por el contrario, los riesgos están condicionados por la variabilidad del hogar y por la participación de cuidadores no profesionales. Sin un proceso de admisión y valoración integral, el plan de cuidado puede ser inadecuado, difícil de cumplir o inseguro. Este proceso inicial es crítico para prevenir eventos adversos, anticipar barreras y fortalecer la corresponsabilidad con las familias desde el primer contacto.

Criterios:

C.1.1	La institución cuenta con criterios de inclusión y exclusión claramente documentados para la atención domiciliaria, incluyendo condiciones clínicas elegibles, estabilidad del paciente y viabilidad del hogar como entorno de cuidado.
C.1.2	Se realiza una evaluación estandarizada de la condición clínica, necesidades de tratamiento, capacidad funcional y nivel de dependencia del paciente.
C.1.3	El proceso incluye la revisión de factores del entorno domiciliario (iluminación, ventilación, accesibilidad, higiene, riesgos eléctricos, presencia de mascotas u obstáculos) que puedan afectar la seguridad.
C.1.4	Se analiza la disponibilidad, competencias y capacidad del cuidador para participar en el plan de cuidado, identificando necesidades de educación y apoyo.
C.1.5	Con base en la valoración, se elabora un plan que incluye metas clínicas y de seguridad, frecuencia de visitas, roles compartidos entre equipo de salud y familia, e instrucciones claras de autocuidado y señales de alarma.
C.1.6	En el proceso de admisión, la institución garantiza la obtención y registro del consentimiento informado para la atención domiciliaria, asegurando que el paciente y su familia comprendan los alcances, beneficios y riesgos de esta modalidad de cuidado.

Estándar (C.2.). Continuidad del cuidado y reevaluación periódica.

La institución asegura la continuidad del cuidado en el domicilio mediante un seguimiento planificado, reevaluaciones clínicas, funcionales, ambientales y del cuidador en momentos definidos, y la actualización del plan de cuidado de acuerdo con los cambios detectados, garantizando trazabilidad y comunicación entre todos los actores.

Propósito: En el domicilio, los riesgos evolucionan con rapidez: un paciente puede descompensarse, el cuidador fatigarse o el entorno cambiar de manera significativa. A diferencia del ámbito hospitalario, donde la supervisión es continua, en el hogar los equipos de atención domiciliaria solo están presentes durante intervalos limitados. Por ello, la seguridad depende de contar con procesos de seguimiento y reevaluación periódica que permitan detectar de forma temprana cambios clínicos o riesgos en el hogar, evitando complicaciones, rehospitalizaciones o eventos adversos graves.

Criterios:

C.2.1	Cada paciente cuenta con un calendario de visitas y contactos (presenciales o remotos) definidos según su condición clínica, nivel de riesgo y necesidades de apoyo, con tiempos máximos establecidos para cada tipo de caso.
C.2.2	En todas las visitas se aplica una revisión estandarizada que incluye: estado clínico, adherencia al tratamiento, cambios en el entorno del hogar, y nivel de sobrecarga o capacidad del cuidador principal.
C.2.3	Los hallazgos de cada reevaluación se documentan en la historia clínica y generan ajustes inmediatos al plan de cuidado, los cuales son comunicados oportunamente al paciente, a la familia y al equipo multidisciplinario.
C.2.4	Se garantiza que todos los profesionales que intervienen en el cuidado (médicos, enfermería, fisioterapia, trabajo social, etc.) tengan acceso a la información actualizada, evitando duplicidades o contradicciones en las indicaciones.
C.2.5	La institución dispone de herramientas para que el cuidador o el propio paciente notifiquen cambios súbitos (síntomas, complicaciones, fallas de insumos), y asegura una respuesta oportuna, con protocolos claros de acción inmediata.
C.2.6	La institución dispone de un sistema estructurado de registro clínico para la atención domiciliaria, que asegura trazabilidad de los planes de cuidado y accesibilidad para el equipo multidisciplinario, promoviendo progresivamente la digitalización de la información para fortalecer la continuidad y la seguridad del paciente.
C.2.7	La institución asegura que las comunicaciones clínicas realizadas por medios digitales o telefónicos se documenten en la historia clínica, protegiendo la confidencialidad y garantizando la trazabilidad de las indicaciones.

Estándar (C.2.). Continuidad del cuidado y reevaluación periódica.

La institución asegura la continuidad del cuidado en el domicilio mediante un seguimiento planificado, reevaluaciones clínicas, funcionales, ambientales y del cuidador en momentos definidos, y la actualización del plan de cuidado de acuerdo con los cambios detectados, garantizando trazabilidad y comunicación entre todos los actores.

C.2.8	La institución dispone de planes de contingencia para garantizar la continuidad clínica del paciente en caso de fallas de insumos o equipos críticos (ej. oxígeno, bombas de infusión, medicamentos esenciales), asegurando mecanismos de respaldo y sustitución oportuna.
-------	--

Estándar (C.3.). Coordinación y articulación con la red de servicios de salud.

La institución asegura que la atención domiciliaria esté plenamente articulada con la red de servicios de salud, mediante protocolos de referencia y contrarreferencia claros, mecanismos de comunicación efectivos y responsabilidades definidas en cada transición de cuidado, garantizando seguridad y continuidad clínica en todo momento.

Propósito: El cuidado domiciliar es un eslabón dentro de la red asistencial. Cuando un paciente requiere hospitalización, interconsulta o traslado a otro nivel, la seguridad puede verse comprometida si no existen procesos articulados y trazables. La falta de coordinación genera duplicación de indicaciones, retrasos en la atención de emergencias, pérdida de información crítica y aumento de riesgos para el paciente. Una articulación estructurada asegura que las transiciones entre domicilio, hospital y otros servicios ocurran de manera segura, fluida y con información completa.

Criterios:

C.3.1	La institución cuenta con documentos y flujos que definen criterios clínicos para derivar pacientes, tiempos máximos de respuesta y la información mínima requerida en cada transición de cuidado.
C.3.2	Existen canales formales y accesibles de contacto (líneas telefónicas, telemedicina, aplicaciones seguras) que permiten coordinar de manera ágil la atención entre los equipos domiciliarios y los servicios hospitalarios o especializados.
C.3.3	Cada referencia o contrarreferencia incluye un resumen clínico estandarizado, documentado y confirmado por el servicio receptor, asegurando que la información no se pierda ni se fragmente.
C.3.4	Se establece de manera clara quién es responsable de la decisión de traslado, de la entrega del paciente, de la recepción y del seguimiento posterior, evitando vacíos de responsabilidad que afecten la seguridad.
C.3.5	La institución dispone de mecanismos estructurados para gestionar referencias y contrarreferencias en la atención domiciliaria, que aseguran oportunidad, confidencialidad y seguridad en el manejo de la información clínica, promoviendo el uso de herramientas digitales y la interoperabilidad con la red de servicios cuando sea posible.

Estándar (C.4.). Prácticas de seguridad adaptadas al hogar.

La institución implementa prácticas de seguridad específicas para el contexto domiciliario, orientadas a la prevención de riesgos frecuentes en el hogar y a la corresponsabilidad activa de cuidadores y familias, asegurando que los procesos clínicos se desarrollen con estándares equivalentes a los del ámbito hospitalario, pero ajustados a las condiciones particulares de cada domicilio.

Propósito: El entorno domiciliario introduce riesgos particulares que difieren de los del hospital: caídas por condiciones de infraestructura, fallas en la identificación del paciente, improvisación en el uso de equipos eléctricos, ausencia de planes de emergencia claros o disposición inadecuada de residuos. Estos factores requieren prácticas simples, estandarizadas y sostenibles, que involucren al cuidador como aliado central del cuidado seguro. Con ello se previenen eventos adversos frecuentes, se fortalece la confianza de la familia y se asegura la continuidad de la calidad en el hogar.

Criterios:

C.4.1	En cada visita domiciliaria se utilizan al menos dos identificadores confiables (ejemplo: nombre completo y fecha de nacimiento) antes de realizar cualquier procedimiento o administrar medicamentos.
C.4.2	Se evalúan las condiciones físicas de la vivienda (iluminación, accesos, escaleras, tapetes, barandas) y se entregan recomendaciones prácticas a la familia para adecuar el espacio de manera segura.
C.4.3	El paciente y su cuidador cuentan con un plan escrito y explicado sobre qué hacer en caso de complicaciones, con teléfonos de contacto, criterios de alarma y pasos para traslado seguro a un servicio de urgencias.
C.4.4	Se utilizan herramientas estructuradas (ej. SBAR adaptado) para la comunicación entre profesionales y con cuidadores, evitando omisiones y asegurando información clara y comprensible.
C.4.5	Se verifica la instalación eléctrica, ubicación segura de equipos médicos portátiles, ventilación adecuada para oxígeno y disponibilidad de planes de respaldo ante fallas de energía.
C.4.6	Se capacita al cuidador principal en prácticas básicas de seguridad (higiene de manos, identificación de señales de alarma, uso correcto de dispositivos) y se verifica su comprensión mediante técnicas como teach-back.
C.4.7	La institución entrega insumos adecuados (recipientes para cortopunzantes, bolsas rojas) y educa a cuidadores en separación, almacenamiento temporal y entrega segura de residuos contaminados.

Estándar (C.4.). Prácticas de seguridad adaptadas al hogar.

La institución implementa prácticas de seguridad específicas para el contexto domiciliario, orientadas a la prevención de riesgos frecuentes en el hogar y a la corresponsabilidad activa de cuidadores y familias, asegurando que los procesos clínicos se desarrollen con estándares equivalentes a los del ámbito hospitalario, pero ajustados a las condiciones particulares de cada domicilio.

C.4.8	Existen protocolos para la recolección, transporte y disposición final de residuos hospitalarios y medicamentos vencidos, minimizando riesgos para la familia, el personal y el entorno ambiental.
-------	--

Estándar (C.5.). Gestión segura de medicamentos en el domicilio.

La institución garantiza procesos estructurados para la gestión segura de medicamentos en el domicilio, incluyendo la identificación de medicamentos de alto riesgo, su almacenamiento y protección, la educación sobre autoadministración cuando sea aplicable, y la disposición final segura de medicamentos sobrantes o vencidos, asegurando la protección del paciente, la familia y el personal de salud.

Propósito: El manejo de medicamentos en el hogar es uno de los puntos más vulnerables de la atención domiciliaria. En el domicilio los medicamentos están expuestos a riesgos de errores de administración, confusiones por parte de los cuidadores, almacenamiento inadecuado, pérdidas, robos o desvío de sustancias controladas. Además, el paciente o su familia pueden estar a cargo de la autoadministración, lo que incrementa la probabilidad de incidentes si no cuentan con educación y acompañamiento adecuados.

Contar con un proceso estructurado asegura la trazabilidad, estabilidad y seguridad de los medicamentos y dispositivos terapéuticos en el hogar, y protege tanto al paciente como al entorno frente a riesgos de intoxicaciones, eventos adversos o uso indebido

Criterios:

C.5.1	Cuando la institución maneja medicamentos de alto riesgo en el domicilio (ej. narcóticos en cuidados paliativos, anticoagulantes, insulinas o antibióticos intravenosos), dispone de protocolos específicos para su almacenamiento, preparación, administración y disposición segura.
C.5.2	Cuando corresponda, la institución establece protocolos específicos para la preparación y administración segura de medicamentos de alto riesgo en el domicilio, asegurando condiciones de seguridad para el paciente, la familia y el personal de salud.
C.5.3	La institución define lineamientos para el transporte y almacenamiento seguro de medicamentos e insumos críticos en el domicilio, asegurando estabilidad, integridad y protección frente a acceso no autorizado.
C.5.4	Siempre que sea factible, los medicamentos se dispensan en presentaciones “listas para administrar” o en dosis unitarias, reduciendo la manipulación y el riesgo de error en el hogar.
C.5.5	Existen protocolos para la recolección y eliminación segura de medicamentos sobrantes, vencidos o controlados, evitando riesgos de intoxicaciones, abuso o impacto ambiental.
C.5.6	Se implementan registros formales para documentar la entrega, uso y devolución de medicamentos críticos, con el fin de garantizar transparencia, trazabilidad y responsabilidad institucional.

Estándar (C.5.). Gestión segura de medicamentos en el domicilio.

La institución garantiza procesos estructurados para la gestión segura de medicamentos en el domicilio, incluyendo la identificación de medicamentos de alto riesgo, su almacenamiento y protección, la educación sobre autoadministración cuando sea aplicable, y la disposición final segura de medicamentos sobrantes o vencidos, asegurando la protección del paciente, la familia y el personal de salud.

C.5.7	El equipo de atención domiciliaria revisa en cada visita que los medicamentos estén disponibles, en condiciones adecuadas y bajo custodia segura, y notifica cualquier desviación al nivel institucional.
C.4.8	Cuando el paciente o su familia participan en la administración de medicamentos, el equipo los instruye de manera clara sobre dosis, horarios, efectos secundarios, interacciones y almacenamiento seguro.
C.4.9	El equipo de atención domiciliaria verifica la comprensión de pacientes y cuidadores mediante métodos como el teach-back (repetir o demostrar lo aprendido) y realiza seguimiento periódico para asegurar adherencia y seguridad.
C.4.10	El equipo entrega recomendaciones prácticas para prevenir el acceso inadecuado o accidental a medicamentos (ej. niños, visitantes, personas ajenas), reforzando la responsabilidad compartida de la familia en la custodia.

Estándar (C.6.). Programa de prevención y control de infecciones en el domicilio.

La institución cuenta con un programa formal de prevención y control de infecciones (IPC) adaptado a la atención domiciliaria, que contempla la evaluación de riesgos, la implementación de medidas preventivas, la educación continua y la vigilancia de infecciones asociadas a la atención. El programa se ejecuta mediante protocolos institucionales y la acción directa del equipo domiciliario en el hogar, garantizando la seguridad de pacientes, cuidadores y personal de salud.

Propósito: El hogar es un entorno no controlado, con variabilidad en la higiene, el acceso a agua potable, la ventilación, la presencia de mascotas y la capacidad de los cuidadores. Estas condiciones aumentan la probabilidad de infecciones asociadas al cuidado en domicilio, especialmente cuando se manejan dispositivos invasivos (catéteres, sondas, oxígeno), heridas quirúrgicas o terapias intravenosas. En el domicilio la prevención depende tanto de una estructura institucional clara como de la capacidad del equipo domiciliario para aplicar y enseñar prácticas seguras.

Criterios:

C.6.1	La institución realiza una evaluación proactiva del riesgo de infección, considerando la población atendida, los servicios de alto riesgo (ej. terapias IV, cuidados de heridas) y datos comunitarios de salud pública.
C.6.2	Existe una persona calificada o un equipo responsable de supervisar el programa de prevención y control de infecciones en el servicio domiciliario, con funciones claras de coordinación, capacitación y vigilancia.
C.6.3	La institución establece lineamientos documentados para higiene de manos, uso de equipos de protección personal, limpieza y desinfección de equipos reutilizables, esterilización, manejo seguro de residuos y prevención de infecciones asociadas a dispositivos.
C.6.4	Se asegura la capacitación periódica del personal en políticas y procedimientos de prevención y control de infecciones, con evaluación de competencias.
C.6.5	La institución lleva registros de infecciones asociadas a la atención domiciliaria, analiza tendencias y utiliza la información para implementar mejoras en el programa.
C.6.6	El equipo de atención domiciliaria aplica de manera consistente la higiene de manos, el uso correcto de equipos de protección personal y los protocolos de limpieza de insumos y equipos portátiles durante cada visita.
C.6.7	El equipo instruye a los cuidadores sobre prácticas básicas de prevención de infecciones (lavado de manos, cuidado de heridas, manipulación de dispositivos, higiene del entorno) y verifica la comprensión mediante demostraciones o teach-back.

Estándar (C.6.). Programa de prevención y control de infecciones en el domicilio.

La institución cuenta con un programa formal de prevención y control de infecciones (IPC) adaptado a la atención domiciliaria, que contempla la evaluación de riesgos, la implementación de medidas preventivas, la educación continua y la vigilancia de infecciones asociadas a la atención. El programa se ejecuta mediante protocolos institucionales y la acción directa del equipo domiciliario en el hogar, garantizando la seguridad de pacientes, cuidadores y personal de salud.

C.6.8	El equipo asegura que los residuos infecciosos y cortopunzantes se manejen según protocolos, entregando insumos apropiados y reforzando con la familia su correcta disposición.
C.6.9	El equipo evalúa signos de infección en cada visita (ej. en heridas, catéteres, vías respiratorias) y reporta de inmediato al sistema institucional para activar protocolos de respuesta.
C.6.10	El equipo domiciliario recoge información sobre barreras o dificultades en el hogar para aplicar las prácticas de prevención y control de infecciones, y retroalimenta a la institución para ajustes del programa.

5.4 Mejoramiento de la seguridad en la atención domiciliaria (D)

La seguridad en la atención domiciliaria no se garantiza únicamente con políticas, liderazgo y procesos clínicos definidos. Requiere también de una capacidad institucional para aprender de manera sistemática de la práctica diaria y transformar ese aprendizaje en mejoras sostenibles. En el domicilio, los equipos trabajan de forma más autónoma, en entornos variables y dispersos, lo que genera un mayor riesgo de que los incidentes o buenas prácticas queden aislados y no se conviertan en conocimiento organizacional.

A diferencia del enfoque hospitalario, donde la supervisión es inmediata y los datos suelen estar disponibles en tiempo real, en el hogar la información sobre riesgos, eventos adversos y resultados de seguridad debe recogerse de manera activa y organizada. Por ello, resulta fundamental que las instituciones cuenten con mecanismos de medición confiables, sistemas de análisis adaptados al contexto extramural y procesos de retroalimentación efectivos, que permitan no solo reaccionar a los problemas, sino anticiparse a ellos y fortalecer la resiliencia de los equipos de atención domiciliaria y de los cuidadores.

Este ámbito enfatiza también la importancia de la gestión del conocimiento: convertir la experiencia del cuidado en casa en evidencia práctica que se difunde, se comparte y se utiliza para capacitar a los equipos, educar a pacientes y familias, y mejorar los resultados de seguridad. Al mismo tiempo, fomenta la innovación y la mejora continua, integrando aprendizajes del domicilio en la estrategia global de calidad y seguridad de la institución.

En este sentido, el Área Temática D busca asegurar que las instituciones:

- Implementen sistemas de medición y monitoreo específicos para la seguridad en el domicilio.
- Consoliden procesos de aprendizaje organizacional, en los que los hallazgos del campo se transformen en planes de mejora.
- Fortalezcan la gestión del conocimiento y la capacitación, asegurando que equipos móviles, pacientes y cuidadores reciban retroalimentación clara y práctica.
- Promuevan la innovación y la resiliencia, integrando la experiencia del domicilio en la mejora de los modelos de cuidado y en la estrategia institucional de seguridad.

De este modo, el mejoramiento de la seguridad en la atención domiciliaria se convierte en un motor de sostenibilidad y evolución permanente, que permite a las organizaciones adaptarse a los cambios del entorno y consolidar servicios más confiables, seguros y centrados en las necesidades de pacientes y familias.

Estándar (D.1.). Medición y monitoreo de la seguridad en el domicilio.

La institución dispone de un sistema de medición y monitoreo específico para la atención domiciliaria, que recopila, analiza y utiliza datos relacionados con la seguridad del paciente, los eventos adversos y las condiciones de riesgo propias del hogar, con el fin de orientar decisiones y acciones de mejora.

Propósito: En el entorno domiciliario, los riesgos no siempre son visibles y los incidentes pueden pasar inadvertidos si no existen mecanismos sistemáticos de medición. A diferencia del hospital, donde los indicadores de seguridad suelen estar consolidados en tiempo real, en el domicilio la dispersión geográfica y la autonomía de los equipos de atención domiciliaria hacen que la información se fragmente. Por ello, contar con un sistema de monitoreo adaptado al contexto extramural es esencial para identificar patrones, anticipar riesgos y tomar decisiones informadas que fortalezcan la seguridad en el hogar.

Criterios:

D.1.1	La institución selecciona y utiliza indicadores ajustados al contexto del hogar (ej. eventos adversos relacionados con medicamentos en domicilio, caídas en el hogar, complicaciones de dispositivos médicos, tiempos de respuesta a emergencias).
D.1.2	Existe un mecanismo sencillo, accesible y no punitivo para que los equipos de atención domiciliaria y los cuidadores notifiquen incidentes o situaciones de riesgo en el domicilio.
D.1.3	Los datos de seguridad se consolidan en informes periódicos (mensuales o trimestrales) y se analizan para identificar tendencias, áreas críticas y oportunidades de mejora.
D.1.4	Los hallazgos se comunican al personal domiciliario, a la dirección institucional y, cuando es pertinente, a los cuidadores y familias, en un lenguaje claro que facilite la acción.
D.1.5	Los resultados de la medición no se limitan a informes estáticos, sino que alimentan directamente planes de acción y proyectos de mejora continua orientados al domicilio.

Estándar (D.2.). Aprendizaje organizacional a partir de incidentes y experiencias en el domicilio.

La institución cuenta con procesos estructurados para analizar los incidentes, eventos adversos y experiencias positivas que ocurren en la atención domiciliaria, transformándolos en conocimiento práctico y en acciones de mejora que fortalezcan la seguridad del paciente y la resiliencia de los equipos.

Propósito: En el domicilio, los equipos de atención domiciliaria enfrentan situaciones imprevistas, resuelven problemas de manera autónoma y conviven con riesgos específicos del hogar. Sin un proceso sistemático de aprendizaje, esas experiencias —ya sean fallas o buenas prácticas— se pierden en la rutina diaria y no generan un cambio organizacional. El aprendizaje organizacional permite que cada incidente se convierta en una oportunidad para mejorar, que cada buena práctica se multiplique y que la seguridad en el domicilio evolucione a partir de la experiencia real de los equipos y las familias.

Criterios:

D.2.1	La institución aplica metodologías estructuradas (ej. análisis de causa raíz, revisión de caso, protocolo de Londres) adaptadas al contexto extramural para comprender qué ocurrió, por qué ocurrió y cómo prevenir su repetición.
D.2.2	Se realizan reuniones periódicas donde los equipos de campo comparten experiencias, discuten casos críticos y proponen mejoras, en un ambiente de confianza y aprendizaje sin culpa.
D.2.3	Además de incidentes, se recopilan y difunden innovaciones y estrategias efectivas aplicadas en el domicilio, de modo que se reconozca y multiplique lo que funciona bien.
D.2.4	En casos donde la familia participa directamente en la práctica de seguridad, se ofrece retroalimentación educativa para reforzar conductas seguras y corregir riesgos detectados.
D.2.5	Todo proceso de análisis se documenta y se asegura trazabilidad: del evento → análisis → decisión → acción de mejora → seguimiento de resultados.

Estándar (D.3.). Gestión del conocimiento y capacitación para la seguridad en el domicilio.

La institución dispone de estrategias de gestión del conocimiento y programas de capacitación específicos para fortalecer la seguridad en la atención domiciliaria, asegurando que tanto los equipos de atención domiciliaria como los pacientes y cuidadores cuenten con la información, las habilidades y las herramientas necesarias para prevenir riesgos y responder ante situaciones críticas.

Propósito: El hogar es un entorno altamente variable y, a diferencia del hospital, depende en gran medida del conocimiento y la preparación de quienes están presentes en el momento del cuidado: el equipo domiciliario y los cuidadores. Sin capacitación estructurada ni una gestión efectiva del conocimiento, las prácticas seguras no se sostienen en el tiempo y las familias pueden sentirse desbordadas o incapaces de cumplir indicaciones críticas. La gestión del conocimiento garantiza que la experiencia acumulada en campo se convierta en saber institucional, y que ese saber se traduzca en entrenamiento práctico y accesible para profesionales, pacientes y cuidadores.

Criterios:

D.3.1	Incluyen actualización en protocolos de seguridad adaptados al domicilio, comunicación efectiva con familias, autocuidado del personal y manejo de emergencias en entornos extramurales.
D.3.2	La institución provee materiales simples y accesibles (guías, cartillas, videos) y realiza entrenamientos prácticos (ej. higiene de manos, administración de medicamentos, uso de oxígeno, señales de alarma).
D.3.3	Se aplican métodos de verificación (ej. técnica de retorno demostrativo o teach-back) para asegurar que los cuidadores y pacientes comprendieron las prácticas de seguridad enseñadas.
D.3.4	La institución recopila, organiza y difunde las lecciones aprendidas y las buenas prácticas en domicilio, de forma que sirvan como insumos para capacitación continua y actualización de protocolos.
D.3.5	Los programas y materiales consideran diversidad cultural, nivel educativo, idioma y accesibilidad, para garantizar que la información llegue de manera clara y útil a cada familia y cuidador.

Estándar (D.4.). Innovación y mejora continua en la seguridad domiciliaria.

La institución fomenta la innovación y aplica ciclos de mejora continua en la atención domiciliaria, integrando las experiencias del campo, las evidencias científicas y las propuestas de los equipos móviles, pacientes y cuidadores, para fortalecer de manera progresiva la seguridad del paciente en el hogar.

Propósito: En el domicilio, la variabilidad de entornos y la autonomía de los equipos generan tanto retos como oportunidades de innovación. Muchas de las soluciones prácticas nacen de la experiencia diaria en campo y, si no se sistematizan, se pierden sin beneficiar al resto de la organización. Además, los riesgos extramurales evolucionan (nuevos dispositivos médicos portátiles, modalidades de telemonitoreo, cambios en el perfil de los pacientes) y requieren estrategias dinámicas, no estáticas. Promover la innovación y la mejora continua asegura que la seguridad domiciliaria sea un proceso vivo, capaz de adaptarse y evolucionar para responder a nuevas necesidades.

Criterios:

D.4.1	Se utilizan metodologías de mejora continua (ej. PDSA, Lean Healthcare) para probar, ajustar e implementar cambios que aumenten la seguridad en el domicilio.
D.4.2	La institución habilita espacios donde los equipos de atención domiciliaria y cuidadores puedan proponer ideas, compartir soluciones prácticas y participar en el diseño de mejoras en seguridad domiciliaria.
D.4.3	Se promueven innovaciones tecnológicas adaptadas al entorno domiciliario (ej. teleconsultas, apps de registro, alarmas digitales) que fortalezcan la comunicación, el seguimiento y la prevención de riesgos.
D.4.4	Las innovaciones y soluciones exitosas detectadas en campo se documentan, se evalúan y se incorporan a protocolos institucionales, asegurando su sostenibilidad y replicación.
D.4.5	Cada cambio implementado se mide en términos de seguridad, satisfacción de pacientes y cuidadores, y eficiencia en los procesos, para garantizar que las innovaciones realmente agreguen valor.

5.5 Gestión de la seguridad para el cliente interno en la atención domiciliaria (E)

La seguridad en la atención domiciliaria está directamente relacionada con la seguridad y el bienestar del talento humano que brinda los servicios en el hogar. En este contexto, los equipos de atención domiciliaria enfrentan riesgos adicionales que no se presentan en el hospital: desplazamientos constantes, exposición a entornos desconocidos, variabilidad en las condiciones del hogar y una mayor autonomía para tomar decisiones clínicas en campo.

A diferencia protección física y emocional de su personal, dotándolo de los recursos, la formación y el acompañamiento necesarios para prestar un servicio seguro y sostenible.

Por ello, resulta indispensable que la organización asegure condiciones básicas de bioseguridad, transporte y soporte logístico adecuado, así como programas de bienestar y apoyo psicosocial, que permitan a los equipos domiciliarios desempeñar su labor con confianza y sin riesgos innecesarios. Un talento humano protegido, respaldado y motivado constituye la mejor garantía para que la atención en el hogar se brinde con los más altos estándares de calidad y seguridad.

En este sentido, el Área Temática E busca asegurar que las instituciones:

- Provean medidas de bioseguridad y protección personal adaptadas a los riesgos del domicilio.
- Ofrezcan transporte seguro y soporte logístico confiable para el trabajo en campo.
- Promuevan el bienestar y el apoyo psicosocial del personal, reduciendo el impacto del desgaste físico y emocional.

De esta manera, la gestión de la seguridad para el cliente interno en la atención domiciliaria se convierte en un pilar indispensable, pues reconoce que cuidar a quienes cuidan es la base para garantizar la seguridad del paciente en el hogar.

Estándar (E.1). Bioseguridad y protección personal en el domicilio.

La institución garantiza que los equipos de atención domiciliaria cuenten con insumos adecuados, protocolos claros y capacitación periódica en bioseguridad, para protegerse a sí mismos y a los pacientes frente a los riesgos de exposición en el hogar.

Propósito: En el domicilio, el personal de salud se expone a fluidos biológicos, residuos infecciosos y condiciones de higiene muy variables. A diferencia del entorno hospitalario, donde hay áreas limpias, rutas de residuos y disponibilidad inmediata de apoyo, en el hogar estas medidas son limitadas o inexistentes. Sin protocolos claros ni dotación suficiente, los trabajadores quedan vulnerables y aumenta el riesgo de transmisión cruzada hacia pacientes, familias y otros domicilios. Garantizar bioseguridad es, por tanto, una medida de protección dual: cuida al personal y al mismo tiempo protege la seguridad del paciente en el hogar.

Criterios:

E.1.1	La institución provee al personal en campo de EPP adecuados (guantes, mascarillas, bata desechable, gafas o careta, cuando corresponde), en cantidad suficiente y con reposición garantizada.
E.1.2	Existen lineamientos claros sobre el uso correcto de los EPP, el retiro seguro y la disposición adecuada de los residuos infecciosos generados durante la visita, incluso en hogares sin condiciones óptimas.
E.1.3	El personal recibe entrenamientos frecuentes sobre prácticas de higiene de manos, desinfección de superficies, manejo de insumos y residuos, y prevención de infecciones asociadas a dispositivos médicos en entornos no hospitalarios.
E.1.4	La institución implementa mecanismos de seguimiento (auditorías, listas de verificación, retroalimentación en campo) para asegurar la correcta aplicación de las medidas de bioseguridad.

Estándar (E.2). Seguridad en el transporte y soporte logístico.

La institución garantiza condiciones seguras de transporte, comunicación y logística para los equipos domiciliarios, de manera que puedan desplazarse, acceder a los domicilios y realizar los procedimientos clínicos con los recursos necesarios y en condiciones de seguridad.

Propósito: Los equipos de atención domiciliaria deben trasladarse constantemente entre hogares, lo que implica riesgos relacionados con seguridad vial, condiciones sociales adversas o acceso geográfico difícil. Además, requieren asegurar la disponibilidad de insumos y la trazabilidad de medicamentos y dispositivos sensibles. A diferencia del hospital, donde los recursos están centralizados, en el domicilio la seguridad depende de un soporte logístico robusto que garantice que el personal cuente con lo necesario y pueda responder de manera oportuna a cualquier eventualidad durante la jornada.

Criterios:

E.2.1	La institución dispone de protocolos de seguridad en los desplazamientos, que incluyen rutas seguras, medidas de seguridad vial y orientaciones para la prevención de incidentes en zonas de riesgo social.
E.2.2	El personal cuenta con canales de comunicación disponibles en todo momento (teléfonos corporativos, radio u otras aplicaciones seguras) para solicitar apoyo inmediato ante emergencias clínicas o de seguridad personal.
E.2.3	Antes de cada jornada, se verifica que los equipos de atención domiciliaria dispongan de insumos y dispositivos necesarios (medicamentos, dispositivos médicos, material de curación) en cantidad suficiente y en condiciones seguras para su transporte y uso en el domicilio.
E.2.4	Se implementan registros y controles que garanticen la trazabilidad de medicamentos, dispositivos médicos y material sensible durante el traslado, reduciendo riesgos de pérdidas, errores o deterioro.
E.2.5	La institución evalúa previamente las condiciones de seguridad de los sectores donde se prestará el servicio domiciliario, identificando domicilios ubicados en zonas de riesgo por orden público, acceso vial o factores sociales, y define protocolos específicos para la programación, acompañamiento o reprogramación de las visitas, priorizando siempre la protección del personal.

Estándar (E.3). Bienestar y apoyo psicosocial al talento humano.

La institución promueve el bienestar físico, emocional y social de los Equipos de atención domiciliaria que prestan servicios en el domicilio, mediante programas de autocuidado, acompañamiento psicosocial y mecanismos de reconocimiento, con el fin de reducir el riesgo de desgaste y fortalecer la seguridad en el cuidado.

Propósito: El trabajo en domicilio implica altas cargas emocionales y físicas: los profesionales atienden pacientes en etapas críticas, interactúan con familias angustiadas, recorren largas distancias y toman decisiones en solitario. A diferencia del hospital, donde existe apoyo inmediato de colegas y supervisores, en el hogar los Equipos de atención domiciliaria trabajan con mayor autonomía y menor contención. Esta situación incrementa el riesgo de fatiga, estrés y burnout, lo que puede afectar directamente la seguridad del paciente y la calidad del cuidado. Por ello, brindar soporte psicosocial y promover el bienestar del personal es fundamental para sostener un servicio seguro y humano.

Criterios:

E.3.1	La institución implementa talleres, capacitaciones y actividades que promueven el autocuidado físico y emocional del personal, incluyendo manejo del estrés, pausas activas y estrategias de resiliencia.
E.3.2	Se dispone de apoyo psicológico o psicosocial para los trabajadores que lo requieran, especialmente tras la atención de situaciones críticas, emergencias o eventos adversos complejos.
E.3.3	Se realizan reuniones periódicas donde los equipos de atención domiciliaria comparten experiencias, reciben retroalimentación y encuentran un espacio seguro para expresar emociones y dificultades del trabajo en campo.
E.3.4	La institución promueve acciones de reconocimiento (formal o informal) que visibilizan el esfuerzo de los equipos móviles, fortaleciendo la motivación y el sentido de pertenencia.
E.3.5	La institución dispone de protocolos para prevenir, detectar y responder ante situaciones de violencia, maltrato o abuso por parte de pacientes o cuidadores hacia el personal de atención domiciliaria, asegurando canales de reporte confidenciales, acompañamiento psicosocial y medidas de protección para los trabajadores afectados.

6. Referencias

1. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). *National Safety and Quality Health Service Standards*. 2nd ed. Sydney: ACSQHC; 2017.
2. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). *National Safety and Quality Health Service Standards: Guide for Home and Community Care Services*. Sydney: ACSQHC; 2019.
3. Joint Commission International (JCI). *Home Care Accreditation Standards, 2nd Edition*. JCI, 2019.
4. World Health Organization (WHO). *Patient safety in home-based and long-term care: a global priority*. WHO Technical Series, 2020.
5. Institute for Healthcare Improvement (IHI). *Framework for Safe, Reliable, and Effective Care*. IHI, 2017.
6. Joint Commission International (JCI). *International Patient Safety Goals (IPSG)*.
7. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC). *Galardón Nacional Hospital Seguro – Manual de estándares, VIII versión*.
8. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Patient Safety in Home Health Care. Evidence Report, 2019*.
9. OPS/OMS. *Estrategias para la seguridad del paciente y la calidad en servicios de salud en América Latina y el Caribe*. OPS, 2019.