	POLITICA	PO1-SGP	
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión 02	Página 1 de 4
		Fecha Emisión: Febrero 2020 Fecha Revisión: Julio de 2021 Fecha Actualización: Julio de 2021	

1. PROPOSITO DE LA POLITICA

Direccionar los procesos de atención en salud del **Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E**, hacia la promoción de una atención segura, mejorando las barreras de seguridad y disminuyendo los riesgos que conlleven a la presencia de eventos adversos.

2. ALCANCE


El alcance de la política del Programa de Seguridad del Paciente del **Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E** es transversal en el hospital, lo cual indica que se debe aplicar a todos los procesos de atención asistenciales y administrativos.

3. DEFINICIONES

- **Seguridad del paciente:** Está constituida por el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos, normas y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que son enfocadas a minimizar el riesgo de sufrir un evento no buscado, en el proceso de atención de salud, todas ellas soportadas dentro de un marco de cultura organizacional de seguridad del paciente.
- **Atención en salud:** Servicios ejecutados por el personal Institucional, bajo unas directrices nacionales, y recibidos por los individuos o las poblaciones los cuales buscan promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **Atención segura:** Intervención tecnológica y científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.
- **Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o una novedad en seguridad (evento adverso) ocurran
- **Barrera de seguridad:** Una acción que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- **Acción insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.

4. NORMATIVIDAD VIGENTE

- **Ley 100 de 1993**, “Consagra que es deber del estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud conforme a los principios de eficiencia, universalidad, calidad y solidaridad”.
- **Decreto 1011 de 2006**, del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (...) hace énfasis en los resultados que se consiguen en el paciente; lo cual se destaca en el artículo 3 donde se habla que las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen como prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

	POLITICA	PO1-SGP	
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión 02	Página 2 de 4
		Fecha Emisión: Febrero 2020 Fecha Revisión: Julio de 2021 Fecha Actualización: Julio de 2021	

- **Resolución 256 de 2016.** “Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.” incluyendo los lineamientos para la vigilancia de eventos Adversos trazadores.
- Lineamientos para la IMPLEMENTACIÓN de la POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE en la REPÚBLICA de COLOMBIA de 2008.
- **Resolución 5095 de 2018,** Por la cual se adopta el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1”. Del Decreto número 780 de 2016, contiene disposiciones relacionadas con el Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. Que el parágrafo del artículo 2.5.1.6.11 del referido decreto señala que el Ministerio de Salud y Protección Social podrá ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud.

Está compuesta por los subgrupos de estándares: derechos de los pacientes, seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención referencia, salida y seguimiento, y Contrareferencia.

- **Resolución 2003 de 2014 y Resolución 3100 de 2019** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. 2.3.2.1 Todos los servicios: Procesos Prioritarios. Los criterios definidos a continuación corresponden a aquellos que deben ser cumplidos por los prestadores para cualquier servicio objeto de habilitación que se pretenda prestar.
- **Guía de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente de 2015**


5. RESPONSABILIDAD

Es responsabilidad del líder de seguridad del paciente de velar por el cumplimiento de las metas establecidas para la política de seguridad del paciente.

Es responsabilidad de los colaboradores y contratistas en la aplicación de la política de seguridad del paciente.

6. POLITICA

El **Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E**, se compromete a prestar servicios de salud de primer y segundo nivel de atención, de manera integral a los usuarios y sus familias, a través de procesos seguros, orientados a mitigar los riesgos derivados de la atención en salud, con la asignación de recurso humano capacitado, sensibilizado, con calidad y calidez; con equipos interdisciplinarios eficientes, oportunos y resolutivos, recursos financieros, físicos y tecnológicos; implementando barreras de seguridad y consolidando una cultura institucional de prevención, reporte y gestión de eventos de seguridad.

	POLITICA	PO1-SGP	
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión 02	Página 3 de 4
		Fecha Emisión: Febrero 2020 Fecha Revisión: Julio de 2021 Fecha Actualización: Julio de 2021	

7. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
- Generar una cultura de Seguridad del paciente entre todos los colaboradores, alineada con la política y el programa de seguridad del paciente.
- Incentivar al paciente y su familia en el abordaje de los factores que pueden incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
- Difundir la política de seguridad del paciente, asegurándose que la conozcan los funcionarios y la comunidad en general.

8. METAS


- Estandarizar los procedimientos de atención, evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.
- Aplicar al 90% del personal el Instrumento para la obtención del Diagnóstico de la Cultura Organizacional y derivar acciones de sus resultados.
- Educar al paciente en el auto cuidado de su seguridad y facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención.
- Socializar la Política de Seguridad del paciente en la inducción institucional, reinducción del proceso de seguridad del paciente, reunión de contratistas y subcontratistas como también; por los diferentes medios de comunicación.

9. EXCLUSIONES

No presenta exclusiones.

10. CONTROL DE CAMBIOS DE LA INFORMACION DOCUMENTADA

No. Versión	Fecha Revisión / Actualización	Pagina	Solicitante	Cambios y/o modificaciones realizadas
01	Febrero 2020	Todo	Sandra Cifuentes	Definición de la política de seguridad del paciente con base en la adopción de la Resolución No. 110.100.1-110 "Adopción política de seguridad del paciente del 24 febrero de 2017"
02	Julio de 2021	Todo	Dr. Ricardo Posada	Se ajusta toda la política, teniendo en cuenta la nueva plantilla para políticas y codificación de ésta.

	POLITICA	PO1-SGP	
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión 02	Página 4 de 4
Fecha Emisión: Febrero 2020 Fecha Revisión: Julio de 2021 Fecha Actualización: Julio de 2021			

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ	Ricardo Posada	Subgerencia Científica	<i>FIRMADO EL ORIGINAL</i>
REVISÓ	Blanca Fernández	Coordinación nivel 2	<i>FIRMADO EL ORIGINAL</i>
	Diana Carolina Velásquez	Coordinación Nivel 1	<i>FIRMADO EL ORIGINAL</i>
	Paola Andrea García	Jefe Oficina de Calidad	<i>FIRMADO EL ORIGINAL</i>
APROBÓ	Emilce Arévalo García	Gerente	<i>FIRMADO EL ORIGINAL</i>