

	POLÍTICA	PO2-SGP	
		Versión 04	Página 1 de 9
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Emisión: febrero 2020 Fecha Revisión: agosto 2026 Fecha Actualización: agosto 2026	

1. PROPÓSITO DE LA POLÍTICA

Dirigir los procesos de atención en salud del Hospital Raúl Orejuela Bueno, E.S.E. hacia la garantía de una atención segura, centrada en el paciente y su familia, mediante el fortalecimiento sistemático de las barreras de seguridad, la consolidación de una cultura institucional justa y no punitiva, y la reducción sostenida de los riesgos que puedan conducir a la ocurrencia de eventos adversos e incidentes en todos los niveles y sedes de la red hospitalaria.

Esta política constituye el referente normativo interno que orienta todas las acciones del Programa de Seguridad del Paciente (PG01-SGP) y vincula a la totalidad de los colaboradores, contratistas y prestadores que participan en los procesos asistenciales y administrativos de la institución

2. ALCANCE

La Política de Seguridad del Paciente del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. tiene carácter transversal y vertical, su ámbito de aplicación abarca la totalidad de los procesos asistenciales, administrativos y gerenciales de la institución, comprometiendo a todos los niveles organizacionales, operativo, táctico y estratégico, en la responsabilidad compartida de garantizar una atención segura para cada paciente.

La política cubre la totalidad de las sedes que conforman la red hospitalaria, tanto en las zonas urbana como rural del municipio de Palmira, Valle del Cauca, garantizando la aplicación homogénea de los estándares de seguridad en todos los puntos de atención, independientemente de su nivel de complejidad, ubicación geográfica o modalidad de prestación del servicio.

3. DEFINICIONES

Seguridad del Paciente: 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. (MSPS, Guía de Buenas Prácticas 2015.)

Atención en Salud: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud, ejecutados bajo las directrices nacionales vigentes.

Atención Segura: intervención tecnológica, científica o administrativa en el proceso asistencial que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso y garantiza un resultado clínico exitoso.

Riesgo: probabilidad de que un incidente o un evento adverso ocurra en el marco de la atención en salud.

Barrera de Seguridad: acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso. Pueden ser físicas (barandas), administrativas (protocolos) o humanas (doble verificación).

Acción Insegura (Falla Activa): conducta u omisión que ocurre durante el proceso de atención en salud por parte del equipo asistencial o administrativo y que tiene el potencial de generar daño.

	POLÍTICA	PO2-SGP	
		Versión 04	Página 2 de 9
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Emisión: febrero 2020 Fecha Revisión: agosto 2026 Fecha Actualización: agosto 2026	

Falla Latente: decisión o acción que proviene de los niveles estratégicos o de apoyo de la organización (gerencia, infraestructura, procesos administrativos) y que permanece inactiva hasta combinarse con fallas activas para romper las barreras de seguridad.

Evento Adverso: resultado no intencional de la atención en salud que produjo daño al paciente. Se clasifica en prevenible y no prevenible.

Incidente: evento o circunstancia en la atención que no genera daño al paciente, pero que incorpora fallas en los procesos, su identificación y reporte es clave para el aprendizaje institucional.

Cultura Justa: modelo de gestión que reconoce que los profesionales pueden cometer errores involuntarios y no los sanciona, pero no tolera conductas temerarias ni imprudentes deliberadas. Fomenta el reporte voluntario y el aprendizaje sistémico.

Factores Contributivos: condiciones que predisponen a una acción insegura, relacionadas con el paciente, el individuo, el equipo de trabajo, la tarea, la tecnología, el ambiente o la organización.

Protocolo de Londres: metodología institucional de investigación y análisis de causa raíz de eventos adversos e incidentes, basada en el modelo organizacional de James Reason.

Segunda Víctima: profesional de la salud que participa en un evento adverso imprevisto y que puede experimentar consecuencias emocionales y psicológicas significativas. La institución garantiza su acompañamiento.

4. NORMATIVIDAD VIGENTE

Norma	Descripción y aplicación
Ley 100 de 1993	Consagra el deber del Estado de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud conforme a los principios de eficiencia, universalidad, calidad y solidaridad.
Decreto 1011 de 2006	Define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), con énfasis en los resultados centrados en el usuario.
Decreto 780 de 2016	Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
Resolución 3100 de 2019	Define los procedimientos y condiciones de habilitación de servicios de salud. Establece los criterios mínimos de seguridad para todos los servicios. (Deroga la Resolución 2003 de 2014.)
Resolución 256 de 2016	Dicta disposiciones sobre el Sistema de Información para la Calidad y establece los indicadores de monitoreo, incluyendo los lineamientos para la vigilancia de eventos adversos trazadores.
Resolución 5095 de 2018	Adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, Versión 3.1. Base de los estándares

	POLÍTICA	PO2-SGP	
		Versión 04	Página 3 de 9
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Emisión: febrero 2020 Fecha Revisión: agosto 2026 Fecha Actualización: agosto 2026	

	AsSp1 a AsSp5 que rigen el Programa de Seguridad del Paciente.
Resolución 1328 de 2021	Adopta los estándares de acreditación para instituciones con énfasis en baja complejidad, aplicable a las sedes de primer nivel de la E.S.E.
Circular Externa 045 de 2012 (Supersalud)	Instrucciones sobre el reporte, seguimiento y gestión de eventos adversos en instituciones prestadoras de servicios de salud.
Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente — MSPS V2.0 (2015)	Documento técnico del MSPS con los paquetes instruccionales que operativizan el programa. Lineamiento principal de la política.
Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente — Colombia, 2008	Marco conceptual y metodológico para la implementación de la política de seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

5. RESPONSABILIDAD

La implementación, seguimiento y mejora continua de la Política de Seguridad del Paciente es una responsabilidad compartida entre todos los niveles de la organización, conforme al principio de la Guía de Buenas Prácticas del MSPS que establece que la seguridad del paciente es responsabilidad de todos los integrantes de la institución.

Alta Dirección Gerencia y Subgerencias

- Liderar con el ejemplo el compromiso institucional con la seguridad del paciente, mediante la participación activa en las rondas de seguridad directivas con periodicidad mensual.
- Garantizar la asignación de los recursos humanos, financieros, físicos y tecnológicos necesarios para la implementación efectiva del programa.
- Promover y sostener una cultura institucional justa, no punitiva y orientada al aprendizaje continuo.
- Revisar los indicadores estratégicos de seguridad del paciente en los espacios de rendición de cuentas institucionales.

Referente del Programa de Seguridad del Paciente

- Coordinar la implementación, seguimiento y mejora continua del Programa de Seguridad del Paciente (PG01-SGP) y de la presente política en todas las sedes de la red hospitalaria.

	POLÍTICA	PO2-SGP	
		Versión 04	Página 4 de 9
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Emisión: febrero 2020 Fecha Revisión: agosto 2026 Fecha Actualización: agosto 2026	

- Consolidar, analizar y presentar mensualmente los indicadores del Tablero de Mando TM-SGP en el Comité de Seguridad del Paciente.
- Gestionar el sistema de reporte de posibles fallas en salud, garantizando el análisis oportuno mediante el Protocolo de Londres y el seguimiento a los planes de mejora.
- Coordinar las rondas de seguridad interdisciplinarias e intersectoriales y verificar el cierre de acciones de mejora.
- Socializar la política y el programa en los procesos de inducción y reinducción institucional, y en las reuniones con contratistas y subcontratistas.

Líderes de Proceso y Coordinadores de nivel

- Verificar el cumplimiento de las prácticas seguras priorizadas en sus respectivos servicios mediante la aplicación semanal de listas de chequeo y la participación en las rondas de seguridad.
- Reportar de manera inmediata las posibles fallas en salud identificadas en sus servicios a través del formato FR02-SGP.
- Garantizar que todo el personal a su cargo conozca y aplique la política de seguridad del paciente y los protocolos institucionales vigentes.

Colaboradores, Contratistas y Personal en Formación

- Aplicar en la práctica cotidiana las prácticas seguras priorizadas, los protocolos y las barreras de seguridad definidas institucionalmente.
- Reportar de manera oportuna y voluntaria cualquier posible falla en salud identificada, acción insegura, incidente o evento adverso, en el marco del sistema de cultura justa y no punitiva.
- Participar activamente en los procesos de capacitación, rondas de seguridad y evaluación de cultura de seguridad institucional.

6. POLÍTICA

El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. se compromete a garantizar la prestación de servicios de salud de primer y segundo nivel de atención de manera segura, integral y centrada en el paciente y su familia.

Este compromiso se materializa a través del diseño e implementación de procesos asistenciales orientados a identificar, analizar y mitigar los riesgos derivados de la atención en salud, sustentados en la asignación de talento humano competente, sensibilizado y comprometido con la calidad y la calidez en la atención; equipos interdisciplinarios eficientes, oportunos y resolutivos; y recursos financieros, físicos y tecnológicos suficientes para garantizar condiciones seguras en cada punto de atención de la red hospitalaria.

La institución implementa barreras de seguridad en sus procesos asistenciales y consolida progresivamente una cultura institucional de prevención, reporte y gestión de eventos de seguridad,

	POLÍTICA	PO2-SGP	
		Versión 04	Página 5 de 9
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Emisión: febrero 2020 Fecha Revisión: agosto 2026 Fecha Actualización: agosto 2026	

fundamentada en el aprendizaje continuo, la transparencia y la responsabilidad compartida de todos los niveles de la organización.

Esta cultura se sustenta en los principios de cultura justa y no punitiva, reconociendo que los errores en salud son en su mayoría consecuencia de fallas en los sistemas y procesos institucionales, y no exclusivamente de conductas individuales, de acuerdo con los lineamientos de la Guía de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS) y los principios de la Política Nacional de Seguridad del Paciente

7. METAS

En el marco de esta política, el Hospital Raúl Orejuela Bueno define las siguientes metas institucionales, cuyo cumplimiento es objeto de seguimiento periódico a través del Tablero de Mando TM-SGP "Seguridad del Paciente" y es analizado mensualmente en el Comité de Seguridad del Paciente:

Meta	Descripción
Meta 1 Cultura de seguridad	Promover, desarrollar y consolidar una cultura de seguridad del paciente en todos los colaboradores de la institución, basada en los principios de cultura justa, reporte voluntario sin punición, aprendizaje del error y mejora continua, reconociendo que la seguridad es una responsabilidad colectiva y no exclusiva del personal asistencial.
Meta 2 Vigilancia y gestión de eventos	Desarrollar y operacionalizar un sistema de vigilancia que permita identificar, clasificar, analizar y gestionar los eventos adversos, incidentes y casi eventos relacionados con la atención en salud, mediante el Protocolo de Londres y planes de acción con responsables, plazos y seguimiento verificable.
Meta 3 Educación y participación del paciente y la familia	Educar al paciente y a su familia en el autocuidado de su seguridad durante la atención, promoviendo su participación como aliados del equipo asistencial en la identificación de riesgos y la verificación de prácticas seguras.
Meta 4 Capacitación continua del talento humano	Capacitar y sensibilizar de manera continua al personal asistencial y administrativo en la identificación de riesgos, el uso de barreras de seguridad, la adherencia a los paquetes instruccionales del MSPS y los principios de la cultura justa.
Meta 5 Socialización y apropiación	Garantizar el conocimiento y la apropiación de la Política de Seguridad del Paciente por parte de todo el talento humano de la institución, mediante su inclusión en la inducción institucional, la reinducción anual, reuniones con contratistas

	POLÍTICA	PO2-SGP	
		Versión 04	Página 6 de 9
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Emisión: febrero 2020 Fecha Revisión: agosto 2026 Fecha Actualización: agosto 2026	

	y subcontratistas, y los canales de comunicación interna de cada sede.
Meta 6 Medición de prácticas seguras	Garantizar la medición periódica de la adherencia a las 14 prácticas seguras priorizadas, con la frecuencia definida en la Guía de Buenas Prácticas del MSPS, consolidando los resultados en el TM-SGP como insumo para la toma de decisiones.
Meta 7 Reporte voluntario	Implementar y mantener un sistema de reporte voluntario accesible, confidencial y no punitivo, que garantice la retroalimentación activa a los reportantes en un plazo máximo de 72 horas y la socialización de las acciones de mejora derivadas en un plazo máximo de 30 días.
Meta 8 Barreras de seguridad	Implementar y mantener barreras de seguridad en los tres niveles de acción definidos en el programa: barreras de diseño del sistema, barreras de alerta y detección, y barreras de comportamiento y cultura, evaluando su efectividad semestralmente mediante la metodología AMEF.

8. PRÁCTICAS SEGURAS PRIORIZADAS

De conformidad con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, el Hospital Raúl Orejuela Bueno adopta las siguientes prácticas seguras priorizadas, definidas en los paquetes instruccionales del MSPS y fundamentadas en el análisis del perfil de eventos adversos e incidentes registrados en la institución:

Categoría	Prácticas seguras priorizadas
Seguridad clínica general	1. Adherencia a guías de práctica clínica institucionales y nacionales vigentes 2. Adherencia al protocolo de higiene de manos en los cinco momentos (OMS) 3. Adherencia al protocolo de aislamiento y precauciones de seguridad 4. Adherencia al manual de bioseguridad institucional
Seguridad farmacológica	5. Adherencia al protocolo de dispensación segura de medicamentos 6. Adherencia al protocolo de administración segura de medicamentos (cinco correctos) 7. Adherencia al protocolo de uso racional de antibióticos y política de antimicrobianos

	POLÍTICA	PO2-SGP	
		Versión 04	Página 7 de 9
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Emisión: febrero 2020 Fecha Revisión: agosto 2026 Fecha Actualización: agosto 2026	

Identificación y prevención de daños	8. Adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario 9. Adherencia al protocolo de prevención de caídas 10. Adherencia al protocolo de prevención de úlceras por presión 11. Adherencia al protocolo de gestión segura de la sangre y hemoderivados
Atención materna y perinatal	12. Adherencia a la guía de atención del control prenatal 13. Adherencia a la guía de atención del parto 14. Adherencia a la guía de atención del posparto y puerperio

La medición de la adherencia a cada práctica segura se realiza mensualmente mediante rondas de seguridad interdisciplinarias, listas de chequeo específicas y el registro de resultados en el TM-SGP. Los hallazgos por debajo del umbral institucional activan de manera automática un plan de mejora con responsable, fecha de cumplimiento y verificación de cierre.

9. ARTICULACIÓN CON PROGRAMAS DE VIGILANCIA ESPECIALIZADOS

Esta política se implementa de manera articulada con los programas de vigilancia especializados de la institución, que actúan como líneas de acción complementarias para la gestión integral del riesgo en la atención en salud:

Programa	Código	Ámbito de aplicación
Tecnovigilancia	PG2-TBM	Todos los procesos donde se planeen, adquieran, instalen, controlen y utilicen tecnologías en salud.
Reactivovigilancia	PG1-LAB	Servicios de Laboratorio Clínico y Servicio Pre-Transfusional.
Hemovigilancia	—	Cadena transfusional completa: recolección, almacenamiento, dispensación, administración y seguimiento postransfusional.
Farmacovigilancia	165.80.8.01	Identificación, evaluación y prevención de riesgos asociados al uso de medicamentos en todos los servicios.
Prevención de IAAS	—	Prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud en todos los servicios y sedes.

	POLÍTICA	PO2-SGP	
		Versión 04	Página 8 de 9
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Emisión: febrero 2020 Fecha Revisión: agosto 2026 Fecha Actualización: agosto 2026	

10. CONTROL DE CAMBIOS DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA

No. Versión	Fecha Revisión / Actualización	Página	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.
03	Septiembre de 2024	3	Erika Lasprilla	Se ajustan metas de seguridad del paciente
04	Agosto de 2026	Todo	Sandra Zafra	- Actualización integral de la política alineada con el Programa PG01-SGP V4. - Se amplían las definiciones incluyendo cultura justa, falla latente, Protocolo de Londres y segunda víctima. - Se actualiza el marco normativo (inclusión de Resolución 3100 de 2019 y Resolución 1328 de 2021). - Se estructura la responsabilidad por niveles organizacionales. - Se amplían las metas de 5 a 8, incorporando reporte voluntario, barreras de seguridad y capacitación continua. - Se incluye tabla de prácticas seguras priorizadas.

	POLÍTICA	PO2-SGP	
		Versión 04	Página 9 de 9
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Emisión: febrero 2020 Fecha Revisión: agosto 2026 Fecha Actualización: agosto 2026	

				- Se incorpora sección de articulación con programas de vigilancia especializados. - Se actualiza el alcance con cobertura explícita de zonas urbana y rural.
--	--	--	--	--

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ	Sandra Zafra	Líder Seguridad del paciente	Ver Formato FR35-GCA Aprobación de la Información Documentada
REVISÓ	Camilo De La Cruz	Contratista Profesional	Ver Formato FR35-GCA Aprobación de la Información Documentada
	Federico Paredes	Subgerente Científico	Ver Formato FR35-GCA Aprobación de la Información Documentada
APROBÓ	Isabel Cristina Torres	Jefe Oficina de Calidad	Ver Formato FR35-GCA Aprobación de la Información Documentada