



## **POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**



## INTRODUCCIÓN

La Seguridad del Paciente es un principio *sine qua non* de los servicios de salud. Es por ello, que las instituciones de salud deben propender por acciones que mitiguen el riesgo de sufrir eventos adversos y garanticen procesos de atención en salud cada día más seguros. En este contexto, la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul implementa la Política de Seguridad del Paciente en el cual se encuentran las herramientas para la detección, reporte y análisis de los eventos adversos e incidentes, así como también las estrategias para el fortalecimiento de la cultura de seguridad institucional, en torno al enfoque Plan de acción mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 hacia “cero daños al paciente” en el cuidado de la salud. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

El presente año el número de víctimas de la pandemia por SARS- CoV-2/ COVID-19 trajo consigo un mayor reconocimiento de los riesgos para los pacientes, como también importantes implicaciones para la seguridad del servicio, implementando medidas que promueven una atención más segura. Así mismo el riesgo físico y psicológico de los trabajadores sanitarios, junto con la capacidad y estabilidad financiera tanto de los sistemas de salud como de las instituciones, se encuentra ampliamente comprometido (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Pensando en cómo el COVID-19 se agrega a este contexto ayudará a cosechar lecciones de Seguridad del Paciente de las fallas pandémicas y transformaciones pandémicas. Todo esto es parte de la urgente necesidad de programar cambios positivos, para promover la propagación de estrategias e innovaciones de seguridad, y hacer que la salud sistemas de atención médica más resistentes al impacto del daño que nunca antes.

Es menester institucional implementar la Política de Seguridad del Paciente, a cargo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, donde el objetivo general es realizar la gestión de riesgos con el propósito de mantener las condiciones de seguridad y evitar la ocurrencia de eventos adversos. (Ministerio de Salud y Protección social, 2008)

El reconocimiento de los riesgos inherentes a la prestación de servicios que amenazan el que hacer de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y la necesidad de posicionarse como una institución confiable para todos los usuarios, posicionó a la Seguridad del Paciente como uno de sus Objetivos Estratégicos (ESE Hospital San Vicente de Paul), los cuales apuntan al logro de su Misión y Visión, obteniendo así los mejores resultados para la comunidad consultante.

El presente documento integra todas las estrategias organizacionales que apuntan a la identificación, prevención, detección, análisis e intervención de los riesgos relacionados con la seguridad institucional, lo cual trasciende al tema de Seguridad del Paciente y lo convierte en un programa integral, dándole a éste un abordaje sistémico, continuo y enfocado en la cultura de la Seguridad del Paciente.

El Programa de Seguridad Institucional contempla dos componentes: uno Proactivo y otro Reactivo; donde el primero, mediante la utilización de metodologías y herramientas predictivas y de aprendizaje organizacional (AMFE/LONDRES) permiten identificar los riesgos asociados a cada proceso institucional, lo que da lugar a la definición de lineamientos y barreras de seguridad, basadas en evidencia científicamente probada; lo anterior con el propósito de minimizar la probabilidad que se presente un evento de seguridad asistencial o administrativo en la ejecución de los procesos. Y el Reactivo define que hacer en caso de presentarse una falla durante el proceso de atención a los usuarios o en el quehacer diario de la organización;

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL</b> <b>GARZÓN - HUILA</b> <b>NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: D1DG1419</b>
		<b>Versión: 02</b>
	<b>POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>Vigencia: 21/05/2021</b>

es decir, establece los métodos de reporte, análisis e intervención que generan acciones de mejoramiento, lo que a su vez se convierten para un nuevo ciclo en el componente Preventivo.

Por lo anteriormente expuesto se genera la siguiente premisa, que se constituye en la Política Institucional de Seguridad del Paciente, como una estrategia institucional ampliamente utilizada donde de forma explícita se demuestra el compromiso institucional desde el nivel gerencial a fin de promover la transformación hacia la cultura de seguridad:

“La ESE Hospital Departamental de San Vicente de Paul se compromete a promover la Cultura de la Seguridad del Paciente, desde la plataforma estratégica institucional, mediante la identificación de los riesgos asociados a la prestación de servicios de salud de los servicios ofertados, a través del uso de las herramientas técnicas necesarias, con el enfoque de atención centrado en el usuario, mediante una alianza entre la institución, aseguradores, los profesionales y el paciente y su familia; con el objetivo de lograr una atención oportuna y segura”.

## JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud – OMS, define la Seguridad del Paciente como la ausencia de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención en salud. Por ello la falta de seguridad en la atención es considerada un problema de salud pública mundial, debido a que los errores médicos y otros efectos adversos son factores que inciden en forma significativa en la carga de enfermedad y muerte. (Donaldson, 2005)

En 1999 el Instituto de Medicina de Estados Unidos publicó “Error es humano”, de esta forma evidenció los errores médicos en el país ocasionaban 98.000 defunciones al año, cifra superior a la mortalidad causada por cáncer de mama, accidentes automovilísticos o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). (Organización Mundial de la salud. , 2015)

Los datos de los países en desarrollo son escasos. Sin embargo, según la OMS estima que más de la mitad del instrumental médico utilizado en estas regiones no es seguro; además, el 77% de todos los casos notificados de medicamentos falsificados y de mala calidad se produce en los países más pobres.

Durante varios años se vienen realizando diferentes estudios a nivel mundial con el fin de aportar evidencia que promueva la Seguridad del Paciente y sus trabajadores en todas las instituciones de salud, las cuales se han venido catalogando como instituciones de “alta peligrosidad”. Encontramos varios estudios (Med clin, 2004) como:

En 1984 Brennan y Cols. Realizaron el llamado Estudio de Harvard (Harvard Medical Practice Study HMPS) identificaron 3,8% de eventos adversos en la atención hospitalaria. En 1992 Thomas y Cols realizaron un estudio retrospectivo en Utah y Colorado sobre 15.000 ingresos hospitalarios encontrando un 2.9% de eventos adversos de los cuales un 30% fue atribuido a negligencia médica y un 0.2% ocasiono la muerte. El estudio australiano del año 1.995, halló una tasa de Eventos Adversos del 16.6% en pacientes hospitalizados, algunos terminan con problemas graves, otros llegan a la muerte. El informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 1.999, Error es humano (To err is human), quien estimó que los errores médicos causan entre 44.000 y 98.000 defunciones cada año en los hospitales de Estados Unidos. El Departamento de Salud del Reino Unido, en el informe del año 2.000, estimó que se producen Eventos Adversos en cerca del 10%



de las hospitalizaciones. En el año 2.002 se llevó a cabo la 55 Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra en la cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó la resolución WHA55.18 en la que se invita a los estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la Seguridad del Paciente. Para el año 2.004 en la Asamblea Mundial de la Salud N° 57 se acordó implementar una Alianza internacional para la Seguridad del Paciente. En España en el año 2.004 se llevó a cabo el proyecto IDEA. Identificación de Eventos Adversos.

El Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), es el primer estudio a gran escala realizado entre 2007 y 2009, que contó con la participación de 58 centros hospitalarios y 11379 pacientes de 5 países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. De esta forma se evidenció que 10 de cada 100 pacientes ingresados en los hospitales estudiados sufrieron daño producido durante la atención. De cada 100 pacientes que sufrieron incidentes, 7 murieron, 17 quedaron con incapacidad total, 12 con incapacidad severa y 64 con incapacidades leves o sin incapacidad. De la misma forma, por cada 100 incidentes, 63 pacientes alargaron la estancia, 18 dieron lugar a reingreso; tan sólo 19 no tuvieron efectos sobre los días de permanencia hospitalaria. Los incidentes que causaron daño aumentaron la estancia hospitalaria más de 16 días por paciente. Colombia tuvo una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, donde quizás lo más importante que se identificó es que alrededor de la mitad de incidentes debidos a la atención sanitaria que produjeron daño, podrían haberse evitado con los estándares actuales de seguridad. (Organización Mundial de la Salud, 2010)

De acuerdo a lo anterior y partiendo de la importancia de implementar un programa encaminado al cumplimiento de la normatividad, disminuir costos relacionados con la ocurrencia de eventos adversos y una atención con seguridad y calidad al paciente, en la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul en el año 2008 con la participación del equipo de calidad, formuló la primera Política de Seguridad del Paciente institucional la cual ha tenido modificaciones pero conservando su estructura inicial.

Factores situacionales ocasionados por la pandemia por SARS- COv-2/ COVID-19 durante el presente año, como la escasez de personal, reasignación de personal a roles desconocidos, reacondicionamiento de las instalaciones físicas, instauración de nuevos procesos, mayor demanda de servicios por el represamiento de la atención de pacientes que no buscaron atención durante el inicio de la pandemia por temor al contagio generan una situación de tensión adicional que deben ser observados (Organización Mundial de la Salud, 2020).

## **SITUACIÓN DESEADA**

La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul manifiesta su compromiso institucional en promover la Cultura de la Seguridad, diseñando procesos con enfoque en riesgo mediante estrategias de fortalecimiento que se implementen de tal manera que contribuyan a promover una atención segura y oportuna con los mejores resultados.

Más allá del cumplimiento de la normatividad vigente, son principios orientadores: Promoción de la Cultura de Seguridad; El enfoque de atención centrado en las necesidades del usuario; el reconocimiento de la multicausalidad de las fallas; la alianza entre la empresa, los actores sectoriales, los profesionales, el paciente y su familia; la capacidad de liderazgo organizacional. Otros elementos institucionales que contribuyen a mejorar el clima de seguridad son los datos para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales de la salud capacitados y la participación efectiva de los pacientes en su atención para

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL</b> <b>DE PAÚL</b> <b>GARZÓN - HUILA</b> <b>NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: D1DG1419</b>
		<b>Versión: 02</b>
	<b>POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>Vigencia: 21/05/2021</b>

garantizar mejoras sostenibles y significativas en la seguridad de la atención médica (Organización Mundial de la Salud, 2020).

## CONTEXTO DE LA POLÍTICA

### MARCO LEGAL

NORMA	ENTIDAD QUE LA EXPIDIÓ	ASUNTO
Ley 100 de 1993	Congreso de la República de Colombia.	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
Ley 1122 de 2007	Congreso de la República de Colombia.	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1438 de 2011	Congreso de la República de Colombia.	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1751 de 2015	Congreso de la República de Colombia.	Ley Estatutaria de la Salud
Resolución 3100 de 2.019	Ministerio de salud y la protección social	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
Resolución 5095 de 2018	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1
Resolución 0429 de 2016	Ministerio de Salud y Protección Social	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud
Resolución 0489 de 2019	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se modifica la resolución 429 de 2016
Circular 012 de 2016	Superintendencia Nacional de Salud	Por la cual se hacen las adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 047 de 2007 y se imparten las instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud y el sistema para la calidad.
Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021	Ministerio de Salud y Protección Social	Por medio del cual se establecen las directrices nacionales para el quinquenio, en materia calidad en salud.



Lineamientos, orientaciones y protocolos para enfrentar la COVID-19 en Colombia.	Ministerio de Salud y Protección Social	Orientar a la población del país frente a las acciones y los cuidados que se requieren implementar en el aislamiento preventivo domiciliario, en el marco de la alerta causada por el SARSCoV-2 para disminuir el riesgo de transmisión del virus de humano a humano y en el marco del Reglamento Sanitario Internacional - RSI por la alerta sanitaria por SARS-CoV-2 (COVID-19).
--	---	--

DOCUMENTOS	ENTIDAD QUE LA EXPIDIÓ	ASUNTO
“Lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la república de Colombia”	Ministerio de Salud y Protección Social	Por el cual se dan los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente.
Guía técnica de buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud	Ministerio de Salud y Protección Social	Por el cual se emite la Guía técnica de buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud para implementar por parte de las IPS.
Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el sistema obligatorio de garantía de la calidad.	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se dan las Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el sistema obligatorio de garantía de la calidad.

## MARCO SITUACIONAL

La Política Institucional de Seguridad del Paciente de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul, parte del marco legal nacional dando sus primeros pasos en el año 2006 con la Resolución 1446 del 8 mayo de 2006 donde se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, allí se hace referencia a la medición de los eventos adversos institucionales y sus seguimientos, se publica el documento “LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008), y la institución realiza la adopción a mediante la Resolución 0363 del 24 de mayo de 2011 y de allí en adelante se realizan varias modificaciones debido a las directrices nacionales del ministerio de salud y la protección social, así pues, se han generado las siguientes Resoluciones institucionales dentro del marco del programa:

Resolución 0363 del 24 de mayo de 2011, mediante la cual se adopta la Política de Seguridad del Paciente y el Programa de Seguridad del Paciente, de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl



Resolución 0471 del 04 de junio de 2013, mediante la cual se modifica la Política de Seguridad del Paciente y se adopta el programa para la Seguridad del Paciente versión 2013-2014 de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl

Resolución 0291 de 2014, mediante la cual se deroga la Resolución 0886 y se crea el Comité de Seguridad del Paciente y Seguimiento a Riesgos de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl

Resolución 0818 del 26 de agosto de 2014, por la cual se adopta el Programa de Seguridad del Paciente en la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl

Resolución 1110 del 30 de octubre de 2014, mediante la cual se adopta la guía de buenas prácticas Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente y los paquetes instruccionales para la vigencia 2014

Resolución 0812 del 16 julio de 2015, mediante la cual se adopta la guía de buenas prácticas Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente y las herramientas instruccionales para la vigencia 2014

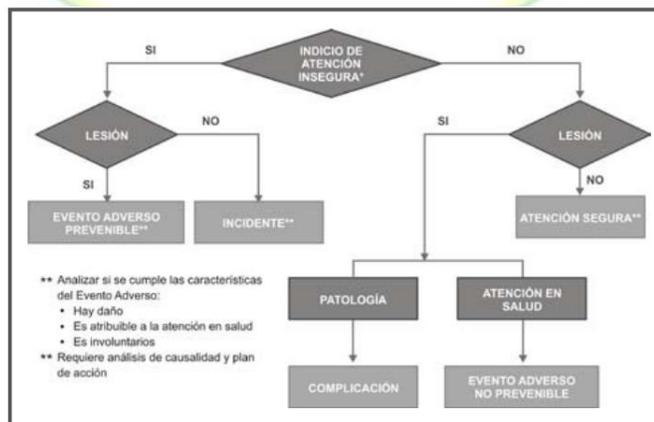
Resolución 1137 del 26 septiembre de 2015, mediante el cual se actualiza el Programa de Seguridad del Paciente.

Resolución 1001 del 28 septiembre de 2020, mediante la cual se deroga la Resolución 0291 de 2014 y se crea el Comité de Seguridad del Paciente y se conforma el equipo para la gestión de la Seguridad del Paciente de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl

Resolución 0401 de mayo del 2021, "Por la cual se deroga la Resolución 1001 del 28 de septiembre de 2020, se actualiza la Política de Seguridad del Paciente y se conforma el Comité de Seguridad del Paciente para la ESE Hospital Departamental San Vicente de paúl"

## MARCO CONCEPTUAL

La Política de Seguridad del Paciente de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul se establece de acuerdo a la política nacional implementada por el Ministerio de salud y la protección social basada en la guía técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008). La intención de nuestra política se basa en el concepto del reconocimiento de los factores contributivos (Gráfica 1).



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL</b> <b>DE PAÚL</b> <b>GARZÓN - HUILA</b> <b>NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: D1DG1419</b>
	<b>POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>Vigencia: 21/05/2021</b>

Gráfica 1. Modelo conceptual Política de Seguridad del Paciente.

La siguiente gráfica (Gráfica 2) indica el Modelo conceptual para la clasificación de las lesiones que pueden ser: eventos adversos, incidentes, Complicaciones inherentes a la patología o atención segura.

MODELO CONCEPTUAL	Lesión			
	+	-		
Atención insegura	+	A	B	A Evento adverso
	-	C	D	B Incidente
				C Complicación (Patología)
				D Atención segura

Gráfica 2. Descripción del modelo conceptual para la clasificación de situaciones inseguras.

La seguridad es un principio inherente a la atención del paciente y un componente fundamental de la gestión de calidad institucional. Para mejorar la seguridad se requiere de un enfoque general, dado que afecta el funcionamiento de todo el sistema, para lo cual es indispensable pensar en forma global más que en lo individual o personal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2009), por ello la institución reconoce la necesidad de ampliar el enfoque lo cual permite una perspectiva amplia de las necesidades en torno a este tema.

**SEGURIDAD:** Ausencia de lesiones a causa de la atención sanitaria que se supone debe ser beneficiosa.

**EFFECTIVIDAD:** Provisión de servicios, basados en el conocimiento científico, a todos los que pueden beneficiarse de ellos, y evitar proveer servicios a aquellos que probablemente no se beneficiarán de ellos (evitar sub y sobre utilización respectivamente).

**SERVICIO CENTRADO EN EL PACIENTE:** Provisión de atención sanitaria que es respetuosa con y que responde a las preferencias individuales, necesidades y valores del paciente, asegurando que los valores del paciente guían todas las decisiones clínicas.

**OPORTUNIDAD:** Reduciendo las esperas y, a veces perjudiciales, retrasos tanto para los que reciben como para los que proveen la atención sanitaria. Eficiencia: Evitando el desperdicio de equipamiento, insumos, ideas y energía.

**EQUIDAD:** Provisión de servicios que no varían en calidad según características personales tales como género, etnia, localización geográfica y estatus socioeconómico.

**PACIENTE:** Toda persona que recibe atención sanitaria, incluidos aquellos que reciben atención diferente como vacunación o no se perciban así mismos como tales.

**SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**ATENCIÓN EN SALUD:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.



**ATENCIÓN EN SALUD SEGURA:** Es una atención en salud que se brinda minimizando los riesgos de ocurrencia de un evento adverso y a la cual se han incorporado las barreras de seguridad requeridas de acuerdo al proceso de atención.

**ATENCIÓN INSEGURA:** Es una atención en salud en la cual se presenta un acontecimiento o una circunstancia que incrementa el riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

**CLASIFICACIÓN TIPOS DE ATENCIÓN INSEGURA:** Tipos de atención en salud insegura que pueden causar Eventos Adversos o incidentes.

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

**FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

**RIESGO:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra y pueda llegar a entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y afectar el logro de sus objetivos.

**EVENTO ADVERSO:** Son lesiones involuntarias, no intencionales que ocurren durante la atención en salud que pueden conducir a la muerte, incapacidad o al deterioro en las condiciones de salud del paciente. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

**EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

**EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

**INCIDENTE:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

**COMPLICACIÓN:** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

**BARRERA DE SEGURIDAD:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

**GESTIÓN DEL RIESGO:** Estudio de los eventos adversos derivados de la asistencia mediante su detección y análisis, con el objetivo final de diseñar estrategias para su prevención, generando una cultura de preocupación por la seguridad.

**DAÑO:** Implica el deterioro de la estructura o función del cuerpo, como también cualquier efecto deletéreo que se produzca a la salud de tipo fisiológico o psicológico.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL</b> <b>GARZÓN - HUILA</b> <b>NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: D1DG1419</b>
	<b>POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>Versión: 02</b>  <b>Vigencia: 21/05/2021</b>

**ERROR ACTIVO:** Son errores activos los que proceden el operador de primera línea y sus efectos se sienten de manera inmediata

**ERROR LATENTE:** Incluyen diseño deficiente, instalación incorrecta, mantenimiento defectuoso, malas decisiones de gestión y estructura organizacional deficiente. Es decir, no dependen del operador.

**MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD:** Se trata del perfeccionamiento de procesos que permitan mejorar los resultados de forma permanente y cíclica e identificar las fallas de los procesos y corregirlas.

## MARCO GENERAL DE LA POLÍTICA

### 1. PROPÓSITOS

Instituir una cultura de Seguridad del Paciente (justa, educativa y no punitiva), reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos, y crear o fomentar un entorno seguro de la atención mediante la educación, capacitación, entrenamiento y motivación de los colaboradores para la Seguridad del Paciente.

### 2. PRINCIPIOS

Son principios orientadores de la Política de Seguridad del Paciente:

Promoción de la Cultura de Seguridad.

Humanización como fundamento esencial del Sistema de Salud.

El enfoque de atención centrado en las necesidades del usuario y la mejora continua de la calidad en salud.

El reconocimiento de la multicausalidad de las fallas.

La alianza entre la empresa, los actores sectoriales, los profesionales, el paciente y su familia; la capacidad de liderazgo organizacional.

Otros elementos institucionales que contribuyen a mejorar el clima de seguridad son los datos para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales de la salud capacitados y la participación efectiva de los pacientes en su atención para garantizar mejoras sostenibles y significativas en la seguridad de la atención médica (Organización Mundial de la Salud, 2020).

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. GENERAL

Implementar la cultura de seguridad como principio orientador, mediante la identificación de los riesgos asociados a la prestación de servicios de salud de los servicios ofertados, a través del uso de las herramientas técnicas necesarias, con el enfoque de atención centrado en el usuario, mediante una alianza entre la institución, aseguradores, los profesionales y el paciente y su familia; con el objetivo de lograr una atención oportuna y segura médica en todas las áreas de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul.

#### 3.2. ESPECÍFICOS



Mantener una política en el marco nacional de Seguridad del Paciente, que incluya: prioridades; niveles actuales y fuentes de daño evitable; recursos disponibles; asesoramiento de los pacientes y del público sobre las prioridades; con el aporte en el diseño de los representantes de los pacientes.

Establecer los mecanismos de comunicación integral para aumentar y mantener la conciencia pública y profesional sobre la Seguridad del Paciente y asegurar la máxima participación en iniciativas y campañas especiales (como Desafíos globales de Seguridad del Paciente y Día mundial de la Seguridad del Paciente).

Establecer los estándares institucionales en atención médica, en el marco de la Política de Seguridad del Paciente.

Actualizar armonizadas con la nueva realidad, las estrategias existentes sobre los temas relacionados como seguridad quirúrgica, seguridad de medicamentos, seguridad de la sangre, seguridad de inmunización, seguridad de inyecciones, seguridad de dispositivos médicos, prevención y control de infecciones, resistencia a los antimicrobianos y calidad de la atención.

Alinear y sinergizar el marco de la política de Seguridad del Paciente con ellos, sus familias y cuidadores.

#### 4. METAS

**Meta 1:** Institución de la Plataforma institucional en el Marco de la Normatividad. Vigente.

**Meta 2:** Instauración de la Cultura Institucional en Seguridad del Paciente.

**Meta 3:** Gestión de los Eventos Adversos-EA

**Meta 4:** Desarrollo de Procesos Institucionales Seguros.

#### 5. ESTRATEGIAS

**Meta 1: Instituir la Plataforma institucional en el Marco de la Normatividad Vigente**

##### **Política de Seguridad del Paciente**

Actualización de la política de Seguridad del Paciente que es el Marco institucional para desarrollar el programa.

Incorporar el concepto de Mejora Continua al Programa de Seguridad del Paciente, como enfoque para la mejora de procesos, basado en la revisión permanente.

Movilización y asignación de recursos adecuados para el desarrollo de las capacidades Institucionales de la Seguridad del Paciente en el personal y familiares y cuidadores de todos los servicios.

Construcción del Plan de medios sobre la Política de Seguridad del Paciente.

##### **Comité de Seguridad del Paciente**

Realización periódica del Comité de Seguridad del Paciente, debidamente legalizado bajo el acto administrativo correspondiente.

##### **Referente del Programa de Seguridad del Paciente**



Designación del profesional de la salud con experiencia en Calidad, Mejora continua, Gestión de riesgos y Seguridad del Paciente.

## Meta 2: Instauración de la Cultura de Seguridad del Paciente

### Capacitación

Realización de Jornadas de Educación formal y no formal en Seguridad del Paciente a todos los involucrados, que permitan empoderar a las personas mediante diferentes estrategias.

Construcción y apropiación de herramientas prácticas para la educación y el desarrollo de capacidades en Seguridad del Paciente.

Articulación con involucrados externos la Consultoría, asesoría, asistencia técnica y acompañamiento en Seguridad del Paciente.

Identificación de necesidades en información, comunicación y transferencia del conocimiento en Seguridad del Paciente.

### Evaluaciones

Revisión de las competencias que permitan establecer la idoneidad del personal para el puesto de trabajo asignado, desarrollando procesos de atención seguros.

### Rondas de Seguridad

Implementación de Rondas de seguridad diarias, mensuales, bimestrales y semestral que permitan identificar a priori las necesidades de las áreas y unidades funcionales, para garantizar servicios seguros.

### Articulación intra y extrainstitucional

Establecimiento de los involucrados externos e internos en la ejecución de la Política de Seguridad del Paciente.

Conmemoración institucional del Día Mundial de la Seguridad del Paciente todos los años.

## Meta 3: Gestión de Eventos Adversos-EA

### Reporte de Eventos Adversos-EA

Implementar en el procedimiento de reporte, análisis y la retroalimentación de EA Institucional

Actualización del Sistema de reporte institucional de incidentes y/o eventos adversos.

Desarrollo de capacidades del talento humano en metodologías de análisis de incidentes y/o eventos adversos.

### Análisis de los Eventos Adversos- EA

Estandarizar la metodología para el análisis de EA institucionales



Desarrollar la articulación interdisciplinar en el análisis de EA, con el fin de reconocer la multicausalidad de los mismos.

### Plan de Mejoramiento

Realizar socializaciones mensuales por el jefe de unidad donde se retroalimenten los análisis y los planes de mejora instaurados.

### Seguimiento a Riesgos

Fortalecimiento de las medidas institucionales para proteger a los pacientes y los trabajadores de la salud de daños evitables y mejorar sistemáticamente la Seguridad del Paciente.

### Meta 4: Procesos Seguros

#### Guías de Práctica clínica

Actualización permanente de las Guías de Práctica Clínica-GPC acordes con el procedimiento establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social

#### Protocolos Institucionales

Desarrollo e implementación de los procesos requeridos para dar respuesta al alcance de la Política de Seguridad del Paciente en el Sistema de Gestión en el marco del Modelo de Atención.

#### Procedimientos Seguros

Evaluación de las brechas en relación con factores humanos y ergonómicos- HFE en los procesos, los diseños del lugar de trabajo y los entornos de atención.

Alinear todas las actividades de inspección, acreditación y regulación de la atención médica con el objetivo de mejorar el desempeño en la Seguridad del Paciente.

## 6. LÍNEAS DE INTERVENCIÓN Y ACTIVIDADES

### Actualización de la Política de Seguridad del Paciente como Marco institucional para desarrollar el programa.

Realizar la revisión documental anual para evidenciar los ajustes necesarios en el marco de la normatividad legal vigente

### Incorporar el concepto de Mejora Continua al Programa de Seguridad del Paciente, como enfoque para la mejora de procesos, basado en la revisión permanente.

Los documentos relacionados con Seguridad del Paciente deben establecer el enfoque de mejora continua de calidad desde su estructura.

### Movilización y asignación de recursos adecuados para el desarrollo de las capacidades Institucionales de la Seguridad del Paciente en el personal y familiares y cuidadores de todos los servicios.

Realizar la gestión para proveer a la institución de los recursos necesarios para el desarrollo de las capacidades del personal y los familiares y cuidadores en todos los servicios.



**Construcción del Plan de medios sobre la Política de Seguridad del Paciente.**

Elaborar un Plan de medios con el propósito de comunicar a todos los involucrados: colaboradores, pacientes, familiares, cuidadores y comunidad en general, la educación requerida para la Seguridad del Paciente.

**Realización periódica del Comité de Seguridad del Paciente, debidamente legalizado bajo el acto administrativo correspondiente.**

Establecer de forma mensual el espacio de socialización de los Eventos Adversos y demás situaciones que ocasionen una falla en la seguridad de la atención y registrar en un acta mensual dicha reunión.

**Designación del profesional de la salud con experiencia en Calidad, Mejora continua, Gestión de riesgos y Seguridad del Paciente.**

La institución garantiza la designación del referente con el perfil adecuado que garantice la coordinación del equipo de gestoras como también de las actividades propias del programa.

**Realización de Jornadas de Educación formal y no formal en Seguridad del Paciente a todos los involucrados, que permitan empoderar a las personas mediante diferentes estrategias.**

Conformación del equipo de gestores(as) para la promoción de la Política de Seguridad del Paciente.

Capacitación en Seguridad del Paciente del personal institucional

Desarrollo de Jornadas diarias de capacitación sobre Seguridad del Paciente a los pacientes, familiares y cuidadores

**Construcción y apropiación de herramientas prácticas para la educación y el desarrollo de capacidades en Seguridad del Paciente.**

Elaboración de herramientas orientativas para la educación y el desarrollo de capacidades en Seguridad del Paciente.

**Articulación con involucrados externos la Consultoría, asesoría, asistencia técnica y acompañamiento en Seguridad del Paciente.**

Promoción de eventos institucionales y extra institucionales para la educación y el desarrollo de capacidades en Seguridad del Paciente

**Identificación de necesidades en información, comunicación y transferencia del conocimiento en Seguridad del Paciente.**

Establecer el Plan anual de capacitaciones con base en las necesidades identificadas según el análisis de modo de fallo o causa raíz de los eventos.

**Revisión de las competencias que permitan establecer la idoneidad del personal para el puesto de trabajo asignado, desarrollando procesos de atención seguros.**

Analizar el perfil y las competencias del funcionario para la asignación de puesto de trabajo en la institución.

**Implementación de rondas de seguridad Rondas de seguridad diarias, mensuales, bimestrales y semestrales que permitan identificar a priori las necesidades de las áreas y unidades funcionales, para garantizar servicios seguros.**

Definir el procedimiento y las actividades para la implementación de las rondas de seguridad.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: D1DG1419</b>
	<b>POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>Versión: 02</b>  <b>Vigencia: 21/05/2021</b>

Diseñar las herramientas para el registro de las rondas de seguridad: Diario, bimestral, semestral.

**Establecimiento de los involucrados externos e internos en la ejecución de la Política de Seguridad del Paciente.**

Participación coordinada de los actores en el contexto de la Política de Seguridad del Paciente.

**Conmemoración institucional del Día Mundial de la Seguridad del Paciente todos los años.**

Recordatorio y despliegue institucional para la educación y sensibilización de colaboradores y pacientes en torno al día Mundial de la Seguridad del Paciente, durante el segundo viernes del mes de septiembre se programará este evento conmemorativo resaltando al funcionario que haya realizado mayor apoyo al Programa de Seguridad del Paciente.

**Implementar en el procedimiento de reporte, análisis y la retroalimentación de EA Institucional.**

Realizar socializaciones mensuales en la unidad o el servicio involucrado para que se retroalimenten los análisis de las posibles fallas presentadas y los planes de mejora correspondientes; promoviendo una cultura justa y no punitiva.

**Actualización del Sistema de reporte institucional de incidentes y/o eventos adversos.**

Actualizar el aplicativo de Reporte y Registro de información en Seguridad del Paciente según las necesidades institucionales.

**Desarrollo de capacidades del talento humano en metodologías de análisis de incidentes y/o eventos adversos.**

Realización de talleres teórico – prácticos para la socialización y entrenamiento de las herramientas de análisis de incidentes y/o eventos adversos, conformación de grupos líderes por servicios para análisis de incidentes y/o eventos adversos

**Estandarización de la metodología para el análisis de EA institucionales**

Establecer como punto de partida para el análisis de EA los paquetes instruccionales emitidos por el MSPS.

**Articulación interdisciplinar en el análisis de EA, con el fin de reconocer la multicausalidad de los mismos.**

Establecer los mecanismos de participación multidisciplinar para el análisis de los EA

**Realizar socializaciones por el jefe de unidad donde se retroalimenten los análisis y los planes de mejora instaurados.**

Realización del formato del “Protocolo de Londres”, que incluye el Plan de mejora para cada caso, como también la socialización e implementación institucional del mismo.

**Fortalecimiento de las medidas institucionales para proteger a los pacientes y los trabajadores de la salud de daños evitables y mejorar sistemáticamente la Seguridad del Paciente.**

Generar medidas complementarias a las ya instauradas para prevenir, controlar, contener y mitigar daños evitables a pacientes y trabajadores.



**Actualización permanente de las Guías de Práctica Clínica-GPC acordes con el procedimiento establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social**

**Desarrollo e implementación de los procesos requeridos para dar respuesta al alcance de la política de Seguridad del Paciente en el Sistema de Gestión en el marco del Modelo de Atención.**

Diseñar los procesos seguros institucionales en el marco de la Política de Seguridad del Paciente

**Evaluación de las brechas en relación con factores humanos y ergonómicos- HFE en los procesos, los diseños del lugar de trabajo y los entornos de atención.**

En Coordinación con Salud Ocupacional se debe realizar la evaluación de las brechas para un trabajo seguro, durante todo el año.

**Alinear todas las actividades de inspección, acreditación y regulación de la atención médica con el objetivo de mejorar el desempeño en la Seguridad del Paciente.**

Diseño de actividades encaminadas a lograr las metas propuestas para los indicadores de Seguridad del Paciente

## 7. ABORDAJE DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

### Riesgos:

Fallas en la promoción de la Política de Seguridad del Paciente

Percepción errónea de los funcionarios de mecanismos punitivos ante el reporte de fallas

Baja participación del personal, familiares y acompañantes al programa de Seguridad del Paciente

### Oportunidades:

Articulación con el proceso de la Mejora Continua de la Calidad, como también con la Política Institucional de Gestión Integral de Riesgos, mediante la ejecución de metodologías de identificación, análisis, evaluación, monitoreo y revisión de los riesgos relacionados con la Seguridad del Paciente.

## 8. DEFINICIÓN DE ROLES Y RESPONSABILIDADES

Estrategia	Responsable(s)	Rol
Actualización de la Política de Seguridad del Paciente que es el Marco institucional para desarrollar el programa.	Referente Seguridad del Paciente.	Facilitador
Incorporar el concepto de Mejora Continua al Programa de Seguridad del Paciente, como enfoque para la mejora de procesos, basado en la revisión permanente.	Gerente, Subgerente, Líder de la Mejora Continua, Referente Seguridad del Paciente.	Gestores
Mobilización y asignación de recursos adecuados para el desarrollo de las capacidades Institucionales de la Seguridad	Gerente, Subgerente, Subdirección administrativa.	Gestores



del Paciente en el personal y familiares y cuidadores de todos los servicios.		
Construcción del Plan de medios sobre la Política de Seguridad del Paciente.	Líder de la Mejora Continua, Referente Seguridad del Paciente.	Gestores
Realización periódica del Comité de Seguridad del Paciente, debidamente legalizado bajo el acto administrativo correspondiente.	Referente Seguridad del Paciente.	Facilitador
Designación del profesional de la salud con experiencia en Calidad, Mejora continua, Gestión de riesgos y Seguridad del Paciente.	Gerente.	Gestor
Realización de Jornadas de Educación formal y no formal en Seguridad del Paciente a todos los involucrados, que permitan empoderar a las personas mediante diferentes estrategias.	Referente Seguridad del Paciente y gestoras de Seguridad.	Facilitadores
Construcción y apropiación de herramientas prácticas para la educación y el desarrollo de capacidades en Seguridad del Paciente.	Líder de la Mejora Continua, Referente Seguridad del Paciente.	Gestoras
Articulación con involucrados externos la Consultoría, asesoría, asistencia técnica y acompañamiento en Seguridad del Paciente.	Líder de la Mejora Continua, Referente Seguridad del Paciente.	Facilitadores
Aplicación de la Metodología del Paciente trazador.	Auditor Médico	Gestor.
Identificación de necesidades en información, comunicación y transferencia del conocimiento en Seguridad del Paciente.	Referente Seguridad del Paciente y gestoras de seguridad	Gestoras
Revisión de las competencias que permitan establecer la idoneidad del personal para el puesto de trabajo asignado, desarrollando procesos de atención seguros.	Gerente, Subgerente, Líder de la Mejora Continua, Referente Seguridad del Paciente, Oficina de personal.	Facilitadores
Implementación de Rondas de seguridad diarias, mensuales, bimestrales y semestrales que	Líder de la Mejora Continua, Referente Seguridad del	Gestoras



permitan identificar a priori las necesidades de las áreas y unidades funcionales, para garantizar servicios seguros.	Paciente y Gestoras de Seguridad.	
Liderar el monitoreo diario de rondas de calidad por cada una de las unidades funcionales con el apoyo del equipo de calidad.	Líder de la Mejora Continua y Referente Seguridad del Paciente.	Gestor
Presentación de hallazgos en las rondas de calidad en reunión semanal, según notificaciones y datos de monitoreo de Gestión del Riesgo.	Líder de la Mejora Continua y Referente Seguridad del Paciente.	Gestor
Articulación de la Política de Seguridad del Paciente con la Gestión del Riesgo institucional.	Líder de la Mejora Continua y Referente Seguridad del Paciente.	Facilitadores
Establecimiento de los involucrados externos e internos en la ejecución de la Política de Seguridad del Paciente.	Líder de la Mejora Continua, Referente Seguridad del Paciente.	Facilitadores
Conmemoración institucional del Día Mundial de la Seguridad del Paciente todos los años.	Referente Seguridad del Paciente.	Gestor
Implementar en el procedimiento de reporte, análisis y la retroalimentación de EA Institucional.	Líder de la Mejora Continua, Referente Seguridad del Paciente, Gestoras de seguridad.	Facilitadores
Actualización del Sistema de reporte institucional de incidentes y/o eventos adversos.	Coordinador de Sistemas	Gestor
Desarrollo de capacidades del talento humano en metodologías de análisis de incidentes y/o eventos adversos.	Líder de la Mejora Continua, Referente Seguridad del Paciente.	Facilitadores
Estandarizar la metodología para el análisis de EA institucionales.	Líder de la Mejora Continua, Referente Seguridad del Paciente, Auditor Médico y Líder del Proceso de Gestión en Salud Pública.	Gestores
Desarrollar la articulación interdisciplinar en el análisis de EA, con el fin de reconocer la multicausalidad de los mismos.	Líder de la Mejora Continua, Referente Seguridad del Paciente, Auditor Médico y Líder del Proceso de Gestión en Salud Pública.	Facilitadores
Realizar socializaciones mensuales por el jefe de unidad	Referente Seguridad del Paciente, Profesional de apoyo	Gestores

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL</b> <b>GARZÓN - HUILA</b> <b>NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: D1DG1419</b>
	<b>POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>Versión: 02</b>
		<b>Vigencia: 21/05/2021</b>

donde se retroalimenten los análisis y los planes de mejora instaurados.	Seguridad del Paciente, Líder del Proceso de Gestión en Salud Pública y Líderes de las Unidades funcionales.	
Fortalecimiento de las medidas institucionales para proteger a los pacientes y los trabajadores de la salud de daños evitables y mejorar sistemáticamente la Seguridad del Paciente.	Subgerente, Líder de la Mejora Continua, Referente Seguridad del Paciente y Líder Seguridad y Salud en el Trabajo.	Facilitadores
Actualización permanente de las Guías de Práctica Clínica-GPC acordes con el procedimiento establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Auditor Médico, Líder del Proceso de Gestión en Salud Pública.	Gestor
Desarrollo e implementación de los procesos requeridos para dar respuesta al alcance de la política de Seguridad del Paciente en el Sistema de Gestión en el marco del Modelo de Atención.	Subgerente, Líder de la Mejora Continua, Referente Seguridad del Paciente y Líder del Proceso de Gestión en Salud Pública.	Facilitadores
Evaluación de las brechas en relación con factores humanos y ergonómicos- HFE en los procesos, los diseños del lugar de trabajo y los entornos de atención.	Líder de la Mejora Continua, Referente Seguridad del Paciente, Líder Seguridad y Salud en el Trabajo.	Gestores
Alinear todas las actividades de inspección, acreditación y regulación de la atención médica con el objetivo de mejorar el desempeño en la Seguridad del Paciente.	Líder de la Mejora Continua, Referente Seguridad del Paciente, Líder proceso de acreditación.	Gestores

## 9. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

Para realizar el seguimiento, medición y análisis se realizarán actividades como: Auditoría concurrente, rondas de seguridad, seguimiento al registro en el aplicativo E calidad. Analizar y evaluar los datos y la información originada de los indicadores de seguimiento en comités institucionales.

	Resumen narrativo de los objetivos	Indicadores (estructura, proceso, resultado e impacto)	Medios de verificación	Supuestos (riesgos)
Fin	Fomentar una cultura de seguridad	<b>IMPACTO</b>  Numero capacitaciones	 Actas capacitación	 Continuidad de los programas implementados.



	<p>institucional acompañada del despliegue e implementación de herramientas prácticas efectivas para la prevención y/o disminución de incidentes y eventos adversos.</p>	<p>Realizadas/ Total programadas (12)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero de rondas de seguridad realizadas/ número de rondas de seguridad programadas (6)</li> <li>• Informes mensuales realizados sobre EA/ informes mensuales proyectados. (12)</li> <li>• Número de muertes intrahospitalarias mayores a 48 horas revisadas en el comité de seguridad de paciente / Total de muertes intrahospitalarias mayores a 48 horas</li> <li>• Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación.</li> <li>• (Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación</li> <li>• Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario de la vigencia anterior)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes registros de rondas de seguridad</li> <li>• E-calidad/SISAR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de recursos y desarrollo tecnológico.</li> </ul>
--	--	---	--	--



<b>Propósito</b>	Disminuir la tasa de eventos adversos institucionales	<b>RESULTADO</b>	Informes registros rondas de seguridad E-calidad/SISAR	Sub registro de la información
		<b>Tasa global de eventos adversos institucionales:</b> Numero de EA presentados mensual/Total de pacientes atendidos mensual		

## 10. INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA

Fichas técnicas de los indicadores definidas según el Sistema de Información para la Calidad institucional

OBJETIVOS	ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	VALOR ACCIÓN	META /INDICADOR	PERIODICIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	UNIDAD FUNCIONAL RESPONSABLE
Garantizar el conocimiento y cumplimiento de lineamientos del Ministerio Salud y protección social relacionado con el programa de Seguridad del Paciente	Realizar eventos de capacitación en Seguridad del Paciente a los servidores de la ESE	Evidencia de doce ( 12 ) soportes de capacitación de manera física o virtual, registro fotográfico o registros de asistencia a capacitación	Numero capacitaciones Realizadas/ Total programadas	1	12	mensual	01/01/2021	31/12/2021	Referente programa Seguridad del Paciente
	Realizar rondas de seguridad de paciente	Evidencia de seis ( 6 ) Informes de rondas de	Numero de rondas de seguridad realizadas	1	6	Bimestral	01/01/2021	31/12/2021	Referente programa Seguri



		seguridad realizadas en los diferentes servicios.	/ número de rondas de seguridad programada						dad del Paciente
	Realizar informes de cumplimiento de la lista de chequeo obligatoria de Seguridad del Paciente y presentar al comité	Evidencia de dos ( 2 ) Informes en la vigencia sobre el cumplimiento de la lista de chequeo obligatoria de Seguridad del Paciente.	Informes realizados y presentados	1	2	Semestral	01/01/2021	31/12/2021	Referente programa Seguridad del Paciente
	Realizar la gestión y análisis de eventos adversos y generar plan de mejora si aplica.	Evidencia de doce ( 12 ) Actas de análisis y plan de mejora si aplica	Informes realizados y presentados	1	12	Mensual	01/01/2021	31/12/2021	Referente programa Seguridad del Paciente
Evaluación y seguimiento a estándares propuestos por el Ministerio de Salud en referencia a la Resolución 710 de 2012, 743 de 2018 y 408 de	Realizar seguimiento al indicador de Mortalidad Intrahospitalaria, realizando análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospit	Evidencia de doce (12) informes de seguimiento de cada uno de los casos de Mortalidad Intrahospitalaria mayor a	Número de muertes intrahospitalarias mayores a 48 horas revisadas en el comité de seguridad de paciente / Total de muertes	12	≥0,9	Mensual	01/01/2021	31/12/2021	Referente programa Seguridad del Paciente



2018 y/o la norma que lo sustituya.	alergia mayor de 48 horas.	48 horas. y reporte del indicador	intrahospitalarias mayores a 48 horas						
	Realizar seguimiento al indicador de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario.	Evidencia de doce (12) informes de seguimiento al indicador de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario.	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación. - (Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número	12	Cero (0) o variación negativa	Mensual	01/01/2021	31/12/2021	Referente programa Seguridad del Paciente



			de pacientes pediátrico s con neumonía s broncoas pirativas de origen intrahospit alario de la vigencia anterior)						
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

## 11. MEJORA

Articulación con los procesos y procedimientos de Gestión de la Mejora Continua: Identificar las oportunidades de mejora, definir políticas de gestión y desempeño institucional, elaborar mecanismos de control, definir alcances y metas, definir recursos y actores involucrados, comunicar los lineamientos mediante comités con los actores involucrados, controlar y acompañar los procesos internos para la mejora continua, analizar, evaluar, monitorear y controlar los indicadores de gestión, definir, establecer e implementar acciones preventivas y correctivas, validar las oportunidades de mejora, elaborar planes según las oportunidades de mejora, aplicar acciones correctivas a partir de indicadores y ejecutar los planes según las oportunidades de mejora.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL</b> <b>GARZÓN - HUILA</b> <b>NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: D1DG1419</b>
		<b>Versión: 02</b>
	<b>POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>Vigencia: 21/05/2021</b>

## PLANIFICACIÓN DEL CAMBIO

El control de cambios, describe las modificaciones realizadas la presente política de y define la nueva versión que se genera por cambios de fondo requeridos.

FECHA	CAMBIO	NUEVA VERSIÓN	ELABORÓ
21/05/2021	Actualización de la Política institucional de Seguridad del Paciente para la vigencia siguiente. Aplicación de nuevas plantillas institucionales	02	María Margarita Pérez Cabrera

## APROBACIÓN

POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE			
<b>Elaborado por:</b> MARÍA MARGARITA PÉREZ CABRERA	<b>Revisado por:</b> MARYBEL CASTAÑO RODRÍGUEZ	<b>Revisado por:</b> PABLO LEÓN PUENTES QUESADA	<b>Aprobado por:</b> JORGE HUMBERTO GONZALEZ BAHAMON
<b>Cargo:</b> REFERENTE SEGURIDAD DEL PACIENTE	<b>Cargo:</b> LÍDER DE LA MEJORA CONTINUA	<b>Cargo:</b> SUBDIRECTOR CIENTIFICO	<b>Cargo:</b> GERENTE
<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>
<b>Aprobado Mediante Resolución 0401 del 21 de mayo ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl (Garzón – Huila)</b>			

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Donaldson, L. (2005). [www.paho.org/hq/?/lang=es](http://www.paho.org/hq/?/lang=es). Obtenido de [https://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero21\\_last.htm](https://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero21_last.htm)
- Med clin. (2004). Los eventos adversos en la atención hospitalaria, una revisión crítica. Barcelona, España.
- Ministerio de Salud y Protección social. (Noviembre de 2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá DC, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá DC, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (12 de 2009). La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la Seguridad del Paciente. Paquetes instruccionales. Bogotá DC, Colombia.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de [https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. Ginebra.



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE  
DE PAÚL  
GARZÓN - HUILA  
NIT: 891.180.026-5

Código: D1DG1419

Versión: 02

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Vigencia: 21/05/2021

Organización Mundial de la Salud. (Octubre de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/patientsafety/en/>

Organización Mundial de la salud. (2015). *www.oms.org*. Obtenido de [https://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](https://www.who.int/topics/patient_safety/es/)

