

	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO			
	Nit. 891.180.039-0			
	Procesos: Sistema de Gestión Integral - MIPG			
	Subproceso: Gestión del Desempeño Institucional			
POLITICAS INSTITUCIONALES				
Vigencia: 16-07-2025		Código: POL-GDI-01		Versión: 01
Página: 0 de 12				

1. NOMBRE DE LA POLITICA

POLITICA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE “NUESTRA PASION ES CUIDAR TU SALUD”

2. PRESENTACION

Es deber de la ESE Hospital del Rosario del Municipio de Campoalegre la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, comprometida con la prestación de servicios de salud con calidad, oportunidad y enfoque humanizado, presenta el presente documento como parte del marco normativo interno que rige su funcionamiento. Las políticas aquí consignadas tienen como finalidad establecer lineamientos claros que orienten la toma de decisiones, promuevan la eficiencia institucional y garanticen el cumplimiento de los principios éticos, legales y administrativos que sustentan nuestra labor en el sector salud.

En el Plan de Gestión Gerencial "Nuestra pasión es cuidar tu Salud 2024 - 2027", se ha asumido como responsabilidad la meta A1, que consiste en avanzar con el proceso de preparación hacia la Acreditación. Para ello, se llevará a cabo una autoevaluación interna de manera anual de conformidad a los grupos de estándares de acreditación, acompañada de la implementación de acciones de mejora continua, con el propósito de mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud.

Dentro del Plan de Desarrollo Institucional Nuestra Pasión es Cuidar tu Salud 2024 – 2028, se ha establecido el área de gestión de dirección y gerencia como meta de resultado, desarrollar un enfoque gerencial que permite a la alta dirección determinar un rumbo claro y promover las actividades necesarias para que toda la ESE, trabaje en la misma dirección de lograr la satisfacción de necesidades en salud y garantizar la atención integral a la población del municipio de Campoalegre, tiene establecido la adopción e implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

3. MARCO LEGAL - NORMATIVIDAD QUE LA SOPORTA

- Resolución 4445 de 1996: Condiciones sanitarias IPS (infraestructura física creada, modificada o inscrita, a par3r del 1 de noviembre de 2002).
- Comité sectorial de calidad y seguridad de la atención en salud (res. 2679/2007). – Minsalud, Supersalud, un representante de los Entes Territoriales – Prestadores – EAPB – Industria Farmacéutica.
- Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia, Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente 2010, Promoción de la cultura de seguridad del paciente según la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Resolución 1441 de 2013 anexo “Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación” (ítem 1. Plataforma estratégica de la Seguridad)”.

	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO Nit. 891.180.039-0			
	Procesos: Sistema de Gestión Integral			
	Subproceso: Gestión de la Planeación Institucional			
	INFORMES PLANES INSTITUCIONALES			
Vigencia: 14-01-2025		Código: FOR-GPI-07	Versión: 01	Página: 1 de 12

- Resolución N° 3100 del 2019. Por la cual se define el procedimiento para la habilitación de servicios de salud y se adopta el manual de estándares de habilitación.
- Resolución 2082 de 2014: Disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación (SUA). Dentro de los 7 ejes trazadores del SUA se encuentra: -Gestión clínica excelente y segura, cuya meta es minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de la contribución a la salud y el bienestar de la sociedad- Gestión del riesgo, cuya meta es encontrar el balance entre beneficios, riesgos y costos.
- Resolución 256 de 2016: Sistema de Información para la Calidad. Adopción de indicadores trazadores para el monitoreo de la calidad en salud (dominios: efectividad, seguridad, gestión del riesgo y experiencia de la atención).
- Decreto 780 de 2016 (Libro 2/Parte 5/Título 1): Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS).
- Resolución N°5095 de 2018 por la cual se adoptan el “manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia” versión 3.1.

FARMACOVIGILANCIA

- Decreto 677 de 1995. Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Por lo cual se reglamenta parcialmente el Régimen de Registros y Licencias, el Control de Calidad, así como el Régimen de Vigilancia Sanitarias de Medicamentos, Cosméticos, Preparaciones Farmacéuticas a base de Recursos Naturales, Productos de Aseo, Higiene y Limpieza y otros productos de uso doméstico y se dictan otras disposiciones sobre la materia.
- Decreto 2200 de 2005 Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. Este decreto tiene por objeto regular las actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico entre las que se encuentra: Participar en la creación y desarrollo de programas relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos, especialmente los programas de farmacovigilancia.
- Resolución 1403 del 2007. Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones que están relacionadas con el programa Nacional de Farmacovigilancia.

TECNOVIGILANCIA

- Resolución 434 de 2001 del Ministerio de Salud. “Por la cual se dictan normas para la evaluación e importación de tecnologías biomédicas, se definen las de importación controlada y se dictan otras disposiciones”. Artículo 2: La presente resolución tiene por objeto establecer metodologías y procedimientos de evaluación técnica y económica, así como aquellos que permitan determinar la más eficiente localización, de tecnología biomédica y determinar los criterios para su importación o adquisición y adecuada incorporación a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que garantice la calidad de la atención en salud, basado en criterios de calidad de la atención en salud y costo-efectividad.
- Decreto 4725 de 2005. Define a los dispositivos médicos de cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado solo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación.

	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO Nit. 891.180.039-0			
	Procesos: Sistema de Gestión Integral			
	Subproceso: Gestión de la Planeación Institucional			
	INFORMES PLANES INSTITUCIONALES			
Vigencia: 14-01-2025		Código: FOR-GPI-07	Versión: 01	Página: 2 de 12

- Decreto 2200 de 2005 Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. Este decreto tiene por objeto regular las actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico entre las que se encuentra: Participar en la creación y Desarrollo de programas relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos, especialmente los programas de farmacovigilancia.
- Resolución 1403 del 2007. Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones que están relacionadas con el programa Nacional de Farmacovigilancia.
- Resolución 4816 de 2008 Por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecnovigilancia. Artículo 10° y 12°.
- Decreto 3275 de 2009 de la presidencia de la república “Por el cual se modifica el artículo 1 y se adiciona un párrafo al artículo 18 del Decreto 4725 de 2005” Al objeto y ámbito de aplicación de la resolución 4725 del 2005 se le adiciona que se exceptúa del cumplimiento de las disposiciones contenidas en ese decreto a los reactivos de diagnóstico In Vitro y a los dispositivos médicos sobre medida.

REACTIVOVIGILANCIA

- Resolución 2013038979 de 2013. Por el cual se implementa el programa de reactivovigilancia se basará en la notificación, registro y evaluación sistemática de los problemas relacionados con los reactivos de diagnóstico in vitro, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de los mismos para prevenir su aparición.

4. ALINEACION DE LA POLITICA CON EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO DE LA ESE

4.1. PLATAFORMA ESTRATEGICA: La política de Seguridad Paciente en la ESE Hospital del Rosario del Municipio de Campoalegre se articula con la misión institucional “Somos una ESE acreditada por la UNICEF como Institución Amiga de la Mujer y de la Infancia – IAMI; que presta servicios de salud de primer nivel con altos estándares de calidad, que garantiza una atención eficaz, efectiva y oportuna a nuestros usuarios.

Y con la visión, En el año 2028 seremos, una organización que presta servicios de primer nivel y segundo nivel de atención, reconocidos por el mejoramiento continuo de sus procesos, centrada en el usuario y su familia, fortalecimiento del talento humano, innovadores en la prestación de servicios de salud con auto sostenibilidad económica y rentabilidad social.

4.2. OBJETIVO ESTRATEGICO AL QUE LE APUNTA:

Elaborar, ejecutar y evaluar un plan de desarrollo institucional que mejore el desempeño institucional mediante el modelo integrado de planeación y gestión, en el cumplimiento de las metas de resultados y objetivos estratégicos enfocado en los estándares de acreditación y habilitación con el fin de lograr la prestación de los servicios de salud con humanización, Calidad, seguridad del paciente y su familia, garantizando la solidez financiera de la ESE Hospital del Rosario del Municipio de Campoalegre.

	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO Nit. 891.180.039-0			
	Procesos: Sistema de Gestión Integral			
	Subproceso: Gestión de la Planeación Institucional			
	INFORMES PLANES INSTITUCIONALES			
Vigencia: 14-01-2025		Código: FOR-GPI-07	Versión: 01	Página: 3 de 12

4.2.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Atender y prestar de manera integral los servicios de salud a los usuarios de la ESE Hospital del Rosario del Municipio de Campoalegre en cumplimiento al sistema obligatorio de garantía de la calidad SOGC, aplicado las buenas prácticas del programa de seguridad del paciente y humanización en la atención.

5. DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

La E.S.E Hospital Del Rosario de Campoalegre se compromete adoptar, implementar, evaluar y mejorar los procesos de la Institución a través de la gestión eficaz, eficiente y efectiva, de la aplicación de técnicas, herramientas y actividades que promuevan:

“La E.S.E. Hospital del Rosario se compromete con la prestación de servicios de salud seguros, humanizados y centrados en el paciente, garantizando la mejora continua de la calidad en todos los procesos asistenciales, administrativos y de apoyo. Esta política se fundamenta en la ética, el respeto por la dignidad humana, la equidad en el acceso, la oportunidad, la efectividad clínica, y la gestión del riesgo asistencial.

Nuestra organización promueve una cultura de calidad y seguridad del paciente como eje transversal, priorizando la prevención de eventos adversos, la identificación y mitigación de riesgos, la implementación de buenas prácticas clínicas, y la participación de los usuarios, sus familias y todo el equipo de salud.

A través del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, nos proponemos cumplir con la normatividad vigente, los estándares institucionales y las políticas nacionales en salud, fortaleciendo el talento humano mediante la educación continua, la gestión del conocimiento, y el trabajo interdisciplinario.”.

6. ALCANCE DE LA POLITICA

La Política Integrada de Calidad y Seguridad del Paciente de la E.S.E. Hospital del Rosario aplica a todos los procesos, servicios y actores que intervienen en la atención en salud dentro de la institución. Involucra al personal asistencial, administrativo, contratistas, proveedores, estudiantes, usuarios y sus familias, y se implementa en todos los servicios habilitados, asegurando el cumplimiento de la normatividad vigente y articulándose con los sistemas de gestión institucional, comienza desde el primer contacto del usuario con el hospital ya sea a través de admisión, consulta, urgencias u otro canal, y se extiende hasta la culminación del proceso de atención, incluyendo el egreso del paciente y el seguimiento posterior si aplica.

7. OBJETIVO DE LA POLITICA

Objetivo General de la Política

Garantizar la prestación de servicios de salud seguros, humanizados y centrados en el paciente, mediante la implementación de un sistema de gestión de la calidad que promueva la mejora continua, la cultura de seguridad del paciente, la prevención de riesgos asistenciales y el cumplimiento de la normatividad vigente, con el fin de alcanzar altos estándares en la atención y satisfacción de los usuarios.

	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO Nit. 891.180.039-0			
	Procesos: Sistema de Gestión Integral			
	Subproceso: Gestión de la Planeación Institucional			
	INFORMES PLANES INSTITUCIONALES			
Vigencia: 14-01-2025		Código: FOR-GPI-07	Versión: 01	Página: 4 de 12

Objetivos Específicos de la Política

- Fortalecer la cultura de calidad y seguridad del paciente, promoviendo la identificación, notificación y análisis de eventos adversos e incidentes.
- Implementar prácticas seguras y protocolos estandarizados en los procesos asistenciales, para reducir los riesgos y mejorar los resultados en salud.
- Garantizar la participación del paciente y su familia en las decisiones relacionadas con su atención, respetando sus derechos y promoviendo la comunicación efectiva.
- Capacitar y sensibilizar al talento humano en temas de calidad, seguridad del paciente y buenas prácticas clínicas, fomentando el compromiso institucional.
- Monitorear y evaluar continuamente los procesos mediante indicadores de gestión, con el fin de identificar oportunidades de mejora e implementar acciones correctivas y preventivas.
- Asegurar el cumplimiento de la normatividad vigente y de los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.
- Fomentar la articulación entre los procesos administrativos y asistenciales, asegurando una atención integral, oportuna, segura y con enfoque humanizado.

8. LINEAMIENTO Y ESTRATEGIA DE ACCIÓN DE LA POLÍTICA

Los lineamientos expuestos en el presente documento son de carácter general y de obligatorio cumplimiento para todos los colaboradores de la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario del Municipio de Campoalegre.

- **Centrar la atención en el usuario y su familia**
Brindar atención segura, humanizada, oportuna, continua y con enfoque diferencial, respetando la dignidad, los derechos y la participación del paciente y su entorno.
- **Fortalecer la cultura de calidad y seguridad**
Promover una cultura organizacional basada en la mejora continua, la gestión del riesgo, el aprendizaje del error y la comunicación efectiva en todos los niveles de la institución.
- **Garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente**
Asegurar que todos los procesos estén alineados con la legislación nacional, los estándares del Sistema Único de Habilitación y las políticas institucionales de calidad.
- **Gestionar los riesgos y eventos adversos**
Identificar, evaluar, reportar, analizar y mitigar los riesgos relacionados con la atención en salud, a través de sistemas de vigilancia y mejora que prevengan eventos adversos.
- **Promover la mejora continua**
Establecer procesos de evaluación, auditoría y retroalimentación permanente para identificar oportunidades de mejora, fomentar la innovación y asegurar la sostenibilidad de los resultados.

	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO Nit. 891.180.039-0			
	Procesos: Sistema de Gestión Integral			
	Subproceso: Gestión de la Planeación Institucional			
	INFORMES PLANES INSTITUCIONALES			
Vigencia: 14-01-2025		Código: FOR-GPI-07	Versión: 01	Página: 5 de 12

- **Fomentar la participación activa del talento humano**
Capacitar y comprometer a todo el personal institucional (asistencial y administrativo) en la aplicación de buenas prácticas clínicas, administrativas y de seguridad del paciente.
- **Asegurar la gestión integrada de los procesos institucionales**
Coordinar y articular los procesos clínicos, administrativos y de apoyo, para asegurar eficiencia, trazabilidad, efectividad y enfoque en resultados.
- **Vigilar y evaluar la satisfacción del usuario**
Medir y analizar la percepción de los usuarios respecto a la calidad del servicio, usando esta información para la toma de decisiones y el ajuste de procesos.

9. CONCEPTOS GENERALES Y DEFINICIONES PARA LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA

Acción Correctiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

Auditoría Interna: Actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización. Ayuda a una organización a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.

Calidad: Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Encuesta: Es un estudio observacional en el que el investigador busca recopilar datos por medio de un cuestionario previamente diseñado, sin modificar el entorno ni controlar el proceso que está en observación.

Política: Actividad orientada en forma ideológica a la toma de decisiones de un grupo para alcanzar ciertos objetivos.

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Queja: Expresión de insatisfacción hecha a una organización, relativa a su Producto o servicio, o al propio proceso de tratamiento de quejas, donde explícita o implícitamente se espera una respuesta o resolución

Satisfacción del Cliente: Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.

ESE: Empresa Social del Estado

	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO Nit. 891.180.039-0			
	Procesos: Sistema de Gestión Integral			
	Subproceso: Gestión de la Planeación Institucional			
	INFORMES PLANES INSTITUCIONALES			
Vigencia: 14-01-2025		Código: FOR-GPI-07	Versión: 01	Página: 6 de 12

Sistema Único De Habilitación: Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

Sistema Único de Acreditación: Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

Auditoria del derecho del paciente: es un modelo de auditoria del derecho a la salud que contribuye a que el hospital público - ESE registre procesos de mejora inherente a la garantía del derecho fundamental de la salud, en la solución a los problemas acumulados y los problemas emergentes que padecen especialmente, la accesibilidad, la oportunidad y eficiencia como ejes centrales de la política nacional de servicios de la salud establecidas por el gobierno nacional.

Auditoria Clínico Asistencial: Evalúa la probabilidad y el impacto de los riesgos relacionados tanto con la parte operativa como técnica de la entidad, en este caso la capacidad técnico científica con el componente clínico de la prestación de los servicios de salud, incluye riesgos provenientes de deficiencias en los sistemas de atención, de información, en la definición de los procesos clínicos y sus guías y protocolos, en la estructura de la entidad, la desarticulación entre dependencias, sin integración funcional de servicios, la cual conduce a ineficiencias, capacidad ociosa, desperdicios, riesgos de tecnologías y epidemiológicos e incumplimiento de los compromisos misionales para la calidad del servicio al paciente.

SOGCS: El sistema obligatorio de garantía de la calidad el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Indicadores Trazadores y Calidad en Salud: los indicadores de calidad soportan la medición de la oportunidad, accesibilidad, seguridad del paciente, riesgos y satisfacción lealtad a indicadores de seguridad y de experiencia en la atención del paciente que corresponden al componente de SIICS del SOGCS del sistema de salud en este caso para las IPS.

Indicadores de Salud Pública: Los indicadores de salud pública se evalúan en la ESE, en términos de las normas y guías técnicas de la contratación de las intervenciones individuales y las del PIC que el municipio contrata como obligación a la ESE y como UPGD que reporta al Departamento y SIVIGILA y sobre la atención primaria en salud como dosis de biológicos, maternidad segura, controles de enfermería, citologías y talleres PIC y demás compromisos del plan decenal de salud.

Programa de Seguridad: Se entiende como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propende por

	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO Nit. 891.180.039-0			
	Procesos: Sistema de Gestión Integral			
	Subproceso: Gestión de la Planeación Institucional			
	INFORMES PLANES INSTITUCIONALES			
Vigencia: 14-01-2025		Código: FOR-GPI-07	Versión: 01	Página: 7 de 12

minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención de salud, maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran, reaccionar adecuadamente ante su ocurrencia y/o de mitigar sus consecuencias. De igual forma, se incluyen todas las acciones encaminadas a la detención de incidentes que eventualmente pueden conducir a Eventos Adversos y el seguimiento a sus posibles consecuencias a fin de prevenir la ocurrencia de los mismos.

Evento Adverso: Daño no intencional causado al paciente como un resultado clínico no esperado durante el cuidado asistencial y puede o no estar asociado a error.

Evento Adverso Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento Adverso No Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Factores Contributivos: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).

Fallas Latentes: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo)

Error Asistencial: Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial y que lleva a la ocurrencia de evento adverso, puede generarse desde la planeación de la atención por acción y/o por omisión.

Riesgo Asistencial: Factor que puede o no estar asociado a la atención en salud que aumenta la probabilidad de obtener un resultado clínico no deseable.

Práctica Segura: Intervención tecnológica y científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia del Evento Adverso.

Evento Centinela: Es un evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria y permanente o la muerte que requiere intervención organizacional inmediata para evitar su recurrencia

Protocolo de Londres: Protocolo para investigación y análisis de incidentes clínicos basados en el modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos.

Equipo de atención en salud: Es el conjunto de profesionales, técnicos y tecnólogos encargados de manera conjunta, pero con el desarrollo de, diferentes responsabilidades y actividades, del proceso de atención en salud de los pacientes.

Paquete instruccional: Herramientas basadas en el diseño instruccional (instructional design) que generan especificaciones instruccionales por medio del uso de diversas opciones pedagógicas que permiten el fortalecimiento de competencias técnicas y operativas fundamentales en la práctica de la atención en salud y la seguridad del paciente.

	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO Nit. 891.180.039-0			
	Procesos: Sistema de Gestión Integral			
	Subproceso: Gestión de la Planeación Institucional			
	INFORMES PLANES INSTITUCIONALES			
Vigencia: 14-01-2025		Código: FOR-GPI-07	Versión: 01	Página: 8 de 12

Atención en salud: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

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.

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.

Violación de la Seguridad de la Atención en Salud: Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

Barrera de Seguridad: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

Sistema de Gestión del Evento Adverso: Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

Acciones de Reducción de Riesgo: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

10. ACTIVIDADES OPERATIVAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA

- Socialización institucional de la política: Divulgación de la política a todo el talento humano de la E.S.E., contratistas, estudiantes y voluntarios.
- Conformación y fortalecimiento del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, definiendo roles, funciones y cronograma de reuniones periódicas.
- Diseño e implementación del Programa Institucional de Seguridad del Paciente.
- Estructuración de indicadores de Calidad y del programa de Seguridad del Paciente conforme la Resolución 256 de 2016.

	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO Nit. 891.180.039-0			
	Procesos: Sistema de Gestión Integral			
	Subproceso: Gestión de la Planeación Institucional			
	INFORMES PLANES INSTITUCIONALES			
Vigencia: 14-01-2025		Código: FOR-GPI-07	Versión: 01	Página: 9 de 12

- Aplicación de herramientas como mapas de riesgos, listas de chequeo, análisis de barreras y análisis causa raíz.
- Fortalecimiento del sistema de reporte de eventos adversos e incidentes no punitivo
- Apoyo al proceso de capacitación continua al talento humano
- Inducción para todo el personal
- Coordinación activa con Tecnovigilancia, Farmacovigilancia, Reactivo-vigilancia
- Monitoreo del cumplimiento de estándares y protocolos.
- Participación del paciente y su familia en el mejoramiento de la calidad y seguridad en la atención.
- Estrategias educativas dirigidas al paciente y cuidadores sobre su rol en la prevención de errores y mejoramiento de la calidad.
- Canales de comunicación para informar riesgos y eventos.
- Retroalimentación al personal y definición de planes de mejora.
- Auditoría interna de Calidad y en seguridad del paciente.
- Actualización y mejora continua de la política.
- Revisión anual de la política según resultados, recomendaciones del comité y cambios normativos.

11. INDICADORES Y METAS

Objetivo que se desea Alcanzar con la Implementación de la Política	Meta para dar Cumplimiento al objetivo específico de la Política	Nombre del Indicador	Formula
Garantizar el cumplimiento efectivo y sostenido de los indicadores establecidos en la Resolución 256 de 2016, mediante la implementación de procesos sistemáticos de seguimiento, evaluación y mejora continua que aseguren la calidad, seguridad, oportunidad, continuidad y pertinencia en la prestación de los servicios de salud, conforme a los estándares del Sistema Único de Habilitación y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud	Alcanzar y mantener un cumplimiento igual o superior al 90% en los indicadores establecidos por la Resolución 256 de 2016, garantizando que todos los servicios habilitados en la E.S.E. Hospital del Rosario operen bajo condiciones óptimas de calidad y seguridad, evaluadas de manera continua y con enfoque en la mejora permanente.	Porcentaje de cumplimiento de los indicadores según la Resolución 256 de 2016.	$(\text{Número de indicadores cumplidos} / \text{Número total de indicadores aplicables}) \times 100$

	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO			
	Nit. 891.180.039-0			
	Procesos: Sistema de Gestión Integral			
	Subproceso: Gestión de la Planeación Institucional			
INFORMES PLANES INSTITUCIONALES				
Vigencia: 14-01-2025		Código: FOR-GPI-07	Versión: 01	Página: 10 de 12

12. RESPONSABLES DE EJECUTAR Y REALIZAR SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA			
Nº	Responsable (Líder o Coordinador)	Proceso	Dependencia
1	Coordinador de Calidad y del Programa de Seguridad del Paciente	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	Sistema de Información para la Calidad
2	Asesora S.O.G.C	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	Oficina de Calidad


JOSE ALEXANDER MORENO CORDOBA
 Gerente E.S.E Hospital del Rosario

Proyecto: Leidy Johanna Morales Cortes
 Coordinadora de Seguridad del Paciente y Apoyo Calidad

Reviso: Omar Ignacio Casanova Puentes
 Asesor MIPG

	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO Nit. 891.180.039-0			
	Procesos: Sistema de Gestión Integral			
	Subproceso: Gestión de la Planeación Institucional			
	INFORMES PLANES INSTITUCIONALES			
Vigencia: 14-01-2025		Código: FOR-GPI-07	Versión: 01	Página: 11 de 12

NO IMPRIMIR

VERSIÓN	FECHA	RAZON DE LA MODIFICACIÓN
01	16-07-2025	Creación del Formato de adopción de las Políticas Institucionales MIPG

PROYECTADO POR: (firma)	REVISADO POR: (firma)	APROBADO POR: (firma)
NOMBRE: Omar Ignacio Casanova	NOMBRE: Constanza Ofelia Molano Cuellar	NOMBRE: Jose Alexander Moreno Córdoba
CARGO: Asesor MIPG	CARGO: Profesional Administrativa y Financiera	CARGO: Gerente