

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 3
		Publicación: 2020-11-15
		Código: EST-PES-PI-21

TABLA DE CONTENIDO

1.	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	2
2.	INTRODUCCIÓN	2
3.	OBJETIVO GENERAL	2
4.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
5.	ALCANCE	3
6.	CONDICIONES GENERALES	3
7.	EXCEPCIONES	3
8.	INDICADORES	4
9.	DOCUMENTOS DE REFERENCIA	4
10.	CONTROL DE CAMBIOS	5
11.	FLUJO DE ELABORACIÓN – REVISIÓN – APROBACIÓN	5

1. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Clínica El Rosario por su misión y pensamiento organizacional basado en el carisma de Marie Poussepin que expresa “Se aplicarán con todo su esfuerzo a perfeccionarse en este arte a fin de no exponer el paciente a molestos accidentes”, afirma el compromiso con la Seguridad del paciente y con el principio ético de “primero no hacer daño”, mediante la promoción de una cultura de seguridad que favorezca procesos y ambientes seguros, disminuyendo la probabilidad de causar daño y mitigando los efectos en caso de presentarse, alcanzando desenlaces clínicos superiores y teniendo como prioridad la atención centrada en la persona.

2. INTRODUCCIÓN

La Clínica el Rosario desde el pensamiento organizacional de Marie Poussepin, acoge el carisma “Se aplicarán con todo su esfuerzo a perfeccionarse en este arte a fin de no exponer el paciente a molestos accidentes”, donde se evidencia la convicción y el compromiso por la Seguridad del Paciente e idoneidad del talento humano para el logro de su oferta de valor, “ Una atención de salud, con calidad, calidez, centrada en la persona, respeto por su vida, su dignidad y la promoción humana, con un talento humano competente y comprometido con una gestión clínica excelente y segura, respeto por la privacidad, la custodia de la información y cuidado del medio ambiente”.

Para la clínica el Rosario es imperativo la atención centrada en la persona en el marco de la humanización, la excelencia clínica y la seguridad, lo anterior compromete de la alta dirección y todos los colaboradores en el cumplimiento de esta y en la promoción de una cultura de seguridad con procesos y ambientes seguros, para el paciente, familia y personal de salud.

3. OBJETIVO GENERAL

Comprometer a la Alta dirección y a todos los colaboradores, en la en el fomento y mantenimiento de una cultura de seguridad, por medio de la participación sistemática en las actividades realizadas por la seguridad del paciente.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar un programa de seguridad clínica que contribuya a fomentar la cultura de seguridad, implementación de prácticas seguras, gestión del riesgo y generación de aprendizajes organizacionales.
- Propiciar las condiciones necesarias para garantizar ambientes y procesos seguros para la atención del paciente y/o su familia.
- Integrar la seguridad del paciente a todos los políticas, procesos, proyectos y programas institucionales.

5. ALCANCE

Esta política debe ser tenida en cuenta por alta dirección, todo el personal de atención directa o de apoyo a la asistencia, proveedores de servicios, paciente, familia y cuidador.

6. CONDICIONES GENERALES

- Para la gestión de la política se deben seguir los lineamientos establecidos para el que a ver de los comités institucionales.
- La revisión de esta política se debe realizar cada año o antes si el comité considera necesario.
- El desarrollo de esta política se ejecuta a través del programa de seguridad del paciente.
- La asignación de roles y responsabilidades está definida en el Programa de Seguridad.
- El monitoreo del cumplimiento de esta política se realizará a través de los indicadores formulados y la rendición de cuentas al comité de seguridad.
- El despliegue de esta política se debe realizar por medio de la socialización e implementación del programa de seguridad del paciente a todas las partes interesadas.
- La política de seguridad del paciente y el programa de seguridad deben ser parte de las temáticas de inducción y reinducción y aplica para todo el personal clínico, administrativo y de apoyo.
- El entrenamiento del personal en Política y programa de seguridad se realizará a través del taller de seguridad, con una vigencia de 3 años.
- La medición y comprensión de esta política y programa de seguridad es responsabilidad del líder del programa de seguridad y el equipo que apoya el programa según su rol y responsabilidad.
- Estimular en los colaboradores la identificación y reporte de los eventos en seguridad, promoviendo una cultura de: cuestionamiento, reporte y justa.
- Favorecer el análisis de los eventos en seguridad con un enfoque sistémico, pensando en el proceso más que en la persona.

7. EXCEPCIONES

No se tienen excepciones para la implementación de esta política.

8. INDICADORES

- Cobertura de socialización de la Política de Seguridad.
- Medición de percepción de cultura de seguridad.
- Índice de ocurrencia de Eventos adversos Prevenibles
- Índice de Incidentes.
- Cumplimiento a las acciones de mejoramiento por los eventos Centinelas.

9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Enunciados estratégicos EST-PES-DE-01
- Programa de Seguridad del Paciente. EST-SGC-Pg-06
- Modelo de Mejoramiento Continuo de la Calidad EST-SGC-DE-33
- Derechos y Deberes del paciente EST-PES-DE-02
- Decreto 1011 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantiza de Calidad de la Atención en Salud
- Política Nacional de Seguridad del Paciente 2008.
- Resolución 3100 de 2019, por la que se definen los procedimientos de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y habilitación de servicios de salud.
- Resolución 5095 de 2018, por la cual se adopta el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia.
- Guía técnica de Buenas Prácticas de seguridad del paciente año 2015, donde se define los Lineamientos para la Seguridad del Paciente en Colombia

10. CONTROL DE CAMBIOS

Fecha de Actualización	Versión a Actualizar (anterior)	Cambios Realizados a la Versión
2015-07-31	0	Se define el documento.
2017-07-31	NA(0)	<ul style="list-style-type: none"> Se ajusta Documento de referencia Se cambia codificación de acuerdo con el nuevo proceso, antes CT-OD-CD-90
2020-11-15	V1	<ul style="list-style-type: none"> Se ajusta Política de Seguridad con base a los lineamientos de gestión documental. Se hace ajuste del enunciado de la Política de Seguridad, objetivos, introducción y condiciones generales. Se ajustan los indicadores.

11. FLUJO DE ELABORACIÓN – REVISIÓN – APROBACIÓN

Elaboración	Revisión Técnica	Aprobación Corporativa
Nombre / Cargo: Luz Viviana Saldarriaga / Líder del Programa de Seguridad.	Nombre / Cargo: Hna. Laura María Mejía / Profesional de apoyo a la alta dirección.	Nombre / Cargo: Comité de Dirección CT.
Nombre / Cargo: María Elena Ceballos Eusse / Coordinadora Gestión de Calidad Centro Tesoro.	Nombre / Cargo: Luz Aida Mejía C / Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica – Investigación CT.	
Fecha: 2015-07-31	Fecha: 2015-08-03	Fecha: 2015-08-14
Nombre / Cargo: Beatriz Montoya Arias / Auditora de Calidad sede centro- tesoro.	Nombre / Cargo: María Elena Ceballos Eusse / Coordinadora Gestión de Calidad Centro Tesoro.	Nombre / Cargo: Comité de Dirección.
Fecha: 2017-07-31	Fecha: 2017-07-31	Fecha: 2017-07-31
Nombre / Cargo: Luz Viviana Saldarriaga / Líder del Programa de Seguridad.	Nombre / Cargo: Yurley Maria Agudelo Agudelo / Directora de Servicios Clínicos.	Nombre / Cargo: Comité de Dirección.
	Nombre / Cargo: Alejandra Gonzalez/ Coordinadora de Mejoramiento continuo.	
Fecha: 2020-11-15	Fecha: 2020-11-15	Fecha: 2020-11-15