
 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</p> <p>NIT. 800204153-7 Loricá - Córdoba</p> <p>Cra 26 N°.17-184 Tel: 7735886 - 7735421 Barrio San Pedro</p>	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	PLANEACIÓN, DESARROLLO INSTITUCIONAL Y CALIDAD	COD. A.A. 02	REF.
	ELABORO	R.S.C.R.	

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

MANUAL DE CALIDAD

2015



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
	DOCUMENTO CONTROLADO: SI
MANUAL DE CALIDAD	FECHA:

1. ASPECTOS GENERALES.

1.1 Objetivos y Alcance.

Este manual especifica la estructura del Sistema de Gestión de Calidad de la E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE LORICA; relaciona los macroprocesos, procesos y procedimientos generales por medio de los cuales se realizan las actividades descritas en el Sistema de Calidad.

Su alcance abarca la prestación de servicios de salud asistenciales en el campo de la *Consulta Externa Especializada de pediatría, ortopedia y traumatología, medicina interna, ginecobstetricia, anestesia, urología; internación obstétrica, general adulto, general pediátrica; quirúrgicos de cirugía urológica, cirugía ortopédica, cirugía ginecológica, cirugía general; apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de laboratorio clínico, transfusión sanguínea, terapia respiratoria, terapia física, radiología e imágenes diagnósticas, ultrasonido; servicio farmacéutico, transporte asistencial Medicalizado; servicio de urgencias.*

1.2 Exclusiones.

Teniendo en cuenta las características de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Lorica, en el presente Manual se han hecho exclusiones en algunos aspectos del capítulo 7 de la norma NTC-ISO 9001:2000.

7.3 Diseño y Desarrollo, obedece que para la prestación del servicio no se hacen especificaciones individuales por pacientes. Así mismo la prestación del servicio se basa en guías de atención clínica basadas en evidencias y protocolos técnicos que respaldan la práctica de los profesionales.

7.5.2 Validación de los Procesos de la producción de la prestación de servicio, dado que el Hospital cuenta con controles en sus servicios los cuales permiten identificar y corregir las deficiencias antes de la prestación del servicio. Así mismo la prestación de servicio de salud es de medios no de resultados por cuanto estos últimos dependen del estado clínico del paciente.



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
	DOCUMENTO CONTROLADO: SI
MANUAL DE CALIDAD	FECHA:

1.3 Control de Modificaciones.

El Manual de Calidad se revisa cada año como parte de la revisión que hace la Coordinación del Sistema de Gestión de la Calidad, con el apoyo de la Gerencia, la Junta Directiva y la(s) persona(s) que delegue la Gerencia.

Los miembros del Comité de Calidad hace la divulgación del Manual, y a su vez son los responsables de la difusión y aseguramiento de la comprensión del mismo por parte del personal del Hospital.

El original del Manual se tiene en medio físico en el archivo de la Gerencia y copias controladas se ubican en las diferentes dependencias del Hospital, para consulta de los colaboradores, usuarios y proveedores de la E.S.E.

2. PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL.

Una vez la nueva versión del manual es aprobada, la versión anterior en medios físicos se elimina de todas las dependencias, conservando de forma permanente una copia de seguridad de la versión anterior. Esto mismo aplica a los macroprocesos, procesos y procedimientos. Cada dos años se revisan las guías de práctica clínica, protocolos técnicos de laboratorio clínico, de enfermería y fisioterapia.

2.1 Reseña de la E.S.E Hospital san Vicente de Paúl de Loricá.

El origen del Hospital San Vicente de Paúl de Loricá, se remonta al año 1943, cuando fue creado mediante ordenanza N° 39 de 1943 emanada de la Asamblea Departamental de Bolívar, su construcción se inició en 1945 y se puso al servicio en 1948.

Su funcionamiento como institución al Servicio de la Salud se consolidó en la década de los años 50, gracias al trabajo desarrollado por las religiosas de la Comunidad de Siervas del Santísimo.



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
	DOCUMENTO CONTROLADO: SI
MANUAL DE CALIDAD	FECHA:

Hacia los años 60 contaba con (2) pabellones más, destinados al servicio de maternidad y pediatría y en la década de los años 70 se construyeron nuevos pabellones y desde entonces se cuenta con un pabellón más para pensionados y habitaciones para las religiosas de la Comunidad Siervas del Santísimo.

Desde el año 1975 entró a ser parte del Sistema Nacional de Salud (SNS), y a regirse por las normas emanadas del gobierno Nacional y en la década de los años 80 empezó a funcionar como Hospital Regional con una zona de influencia que comprende los municipios de: Loricá, San Bernardo del Viento, San Antero, San Andrés de Sotavento, Momil, Chimá, Purísima, Coveñas, Tolú y San Pelayo.

En concordancia con lo establecido en la Ley 10 de 1990 y la Ley 100 de 1993, el Hospital San Vicente de Paúl de Loricá fue transformado en EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, mediante ordenanza 035 emanada de la Honorable Asamblea de Córdoba el día 29 de noviembre de 1994, adquiriendo la calidad de entidad Descentralizada del orden departamental de II nivel de atención dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

Debido a que durante la década de los años 90, el hospital presentaba una crisis estructural y un desequilibrio operacional, que le había llevado a una disminución tanto en la capacidad resolutoria, como en la calidad para la prestación de servicios de salud a su población objetivo dentro de su área de mercado, presentando una disminución continua en su operación productiva en sus últimos años y unos resultados deficitarios en la gestión financiera y la supervivencia del Hospital en el mediano y Largo Plazo, se suscribió el convenio Interinstitucional N° 236 del 23 de diciembre de 2003, firmado por el Ministerio de la Protección Social, el Departamento de Córdoba y el Hospital San Vicente de Paúl por un valor de \$2.997.500.000, cuyo objetivo era salvar el Hospital y hacerlo más competitivo, mediante la reducción de sus costos en personal de planta.

La reestructuración que se dio en cumplimiento del Convenio interinstitucional redujo la planta de personal de 176 a 108, con una disminución efectiva de 68 funcionarios y un ahorro operativo mensual de \$100.000.000. La planta de personal



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
	DOCUMENTO CONTROLADO: SI
MANUAL DE CALIDAD	FECHA:

quedó conformada con 16 funcionarios administrativos, (14.8%) y 92 asistenciales (85.2%).

El Hospital San Vicente de Paúl se encuentra ubicado en el Barrio San Pedro del municipio de Santa Cruz de Loricá, el lote donde se halla posee un área de 9.898 metros cuadrados distribuidos en (12) pabellones y (92) camas donde se prestan los servicios de urgencias, Consulta externa, Pediatría, Ginecología y obstetricia, medicina interna, Cirugía general, Ortopedia, Rayos x, Ecografía, Laboratorio clínico y Fisioterapia.

La Demanda potencial del Hospital está representada en 230.000 Habitantes que viven en su área de influencia, mensualmente se atiende en promedio 897 usuarios vinculados (SISBEN I y II), 559 beneficiarios del Régimen Subsidiado y 338 del Régimen Contributivo. Las condiciones socioeconómica de los usuarios de la E.S.E. son de estrato I y II y población desprotegida.

2.2 Misión.

Somos una empresa social del estado prestadora de servicios de salud de mediana complejidad de atención, caracterizados por la moralidad y uso sagrado de los recursos, priorizando la seguridad al paciente, el mejoramiento continuo centrado en satisfacer al usuario como finalidad de la atención, con un Talento humano comprometido en los intereses del hospital por encima de los propios y eficiente en el uso de los recursos.

2.3 Visión.

En el año 2016, el Hospital de loricá, será reconocido como un referente de calidad y calidez en los servicios, de gozar de una buena salud económica, ser una entidad distinguida por su responsabilidad social y gestión ambiental, retomando la confianza de la ciudadanía y las partes interesadas en sus servicios.



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
	DOCUMENTO CONTROLADO: SI
MANUAL DE CALIDAD	FECHA:

2.4 Principios Rectores.

Entendemos a nuestros usuarios como el factor más importante de nuestro accionario institucional y lo identificamos como personas plenas de derechos, por lo que nuestros esfuerzos se encaminan a satisfacer sus necesidades integrales en salud y sobrepasar sus expectativas. Entendemos el talento humano de nuestra empresa como el factor dinamizador de nuestro mejoramiento continuo, en el cual se fundamenta toda la estrategia de la organización.

2.5 Valores.

Lealtad: Es anteponer en cada una de sus actuaciones, el compromiso por los intereses del hospital por encima de cualquier otro.

Orgullo: Es la manifestación del cariño y admiración por la incesante búsqueda del logro de la misión del hospital ante la comunidad y ante los demás integrantes de la familia del Hospital San Vicente de Loricá.

Respeto: Es expresar nuestras opiniones, pensamientos y sentimientos de forma adecuada y en el momento oportuno, sin faltar ni negar los derechos de las otras personas.

Inspiración: La continua búsqueda por no hacer lo mismo siempre buscando la innovación para el mejor servicio del hospital antes sus usuarios.

Calidad: Es la satisfacción y superación de las necesidades y expectativas de nuestros usuarios y su familia a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación de los servicios de salud brindados por el Hospital de Loricá.

Asertividad: Es expresar nuestras opiniones, pensamientos y sentimientos de forma adecuada y en el momento oportuno, sin faltar ni negar los derechos de las otras personas, buscando aportes valiosos para la solución de los problemas del hospital.




SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
	DOCUMENTO CONTROLADO: SI
MANUAL DE CALIDAD	FECHA:

3. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

3.1 Descripción del sistema de Gestión de Calidad.

Nuestro sistema de Gestión de la Calidad pretende pasar de un enfoque por funciones a un enfoque por procesos entendido como una serie de interacciones que nos permitirá desarrollar una forma más coherente e inteligente de trabajar.

El Sistema de Gestión de Calidad se encuentra en una fase incipiente y describe las expectativas del actual Gerente de la institución Dr. VICTOR ARIZA PALMA, quien pretende en su gestión administrativa al frente de la E.S.E., dejar las bases para consolidar un verdadero Sistema de Gestión de Calidad que responda a los requerimientos de la población del bajo SINU.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
	MANUAL DE CALIDAD	DOCUMENTO CONTROLADO: SI
		FECHA:

3.2 Política de Calidad.

La ESE Hospital San Vicente de Paul está comprometida con la búsqueda constante de la satisfacción y superación de las necesidades y expectativas de nuestros usuarios y su familia a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación de los servicios de salud brindados por el Hospital de Loricá.

3.3 Objetivos de Calidad.

- Mantener un alto índice de satisfacción del usuario.
- Desarrollar un modelo de gestión eficiente y eficaz
- Propender por el desarrollo integral del talento humano
- Establecer relaciones contractuales fuertes y de mutuo crecimiento con los proveedores.

3.4 Interacción de Macroprocesos.

El mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la búsqueda de la excelencia es un compromiso permanente de la Alta Gerencia y de los miembros del Comité de Calidad quienes lideran el Sistema de Gestión de la Calidad y posibilitan la disponibilidad de los recursos necesarios para el mantenimiento y mejora del mismo.

El compromiso del Comité de Calidad presidido por el Gerente se evidencia en:

- Un direccionamiento estratégico dirigido a satisfacer las necesidades del usuario – paciente y otros clientes.
- La promoción de un pensamiento científico.
- El desarrollo del Proyecto de Capacitación Permanente, Para la formación de un personal idóneo y promover una cultura orientada hacia la calidad.
- Las revisiones periódicas del Sistema de Gestión de la Calidad.
- La promoción y apoyo para la conformación de un grupo colegiado (Comité de Calidad), conformado por: el gerente quien lo preside, Control interno, auditoría médica y para médica, Sistema de información y atención del usuario



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
	DOCUMENTO CONTROLADO: SI
MANUAL DE CALIDAD	FECHA:

SIAU, Coordinador del área asistencial, Coordinador del área administrativa y Financiera y el Coordinador de la Unidad de Garantía de la Calidad como coordinador, para realizar las acciones de seguimiento al Sistema de Gestión de la Calidad.

3.4.1 Atención al Usuario

Centramos nuestra capacidad de trabajo a brindar cada día un mayor grado de calidad en la atención del usuario y al logro de un mejor servicio.

Este macro proceso es el centro de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad e interactúa de forma permanente con todos los demás procesos del Hospital.

La forma en que determinamos los requisitos en relación con el servicio está basada en las necesidades de nuestros usuarios, conocidas por medio de: el perfil epidemiológico institucional, la percepción del usuario del servicio (manifestaciones, encuestas, grupos focales y el análisis de sus expectativas.

Estos requisitos son nuestros requisitos con el usuario a saber:

- Amabilidad y respeto en el trato
- Brindar la información adecuada de forma oportuna en cualquier punto de atención con énfasis en lo concerniente a sus deberes y derechos, su estado de salud y el plan de cuidado.
- Realizar atención oportuna.
- Realizar una atención médica idónea y con criterios de racionalidad científica.
- Disponer de medicamentos e insumos adecuados.
- Garantizar la validez de resultados de laboratorio.
- Mantener durante el tiempo reglamentado por la ley los registros médicos concernientes a Historia Clínica, resultados de laboratorios, dado que son propiedad del usuario.
- Minimizar el riesgo durante la realización del acto médico y paramédico.

Para el logro de estos compromisos y como parte de este macroproceso la institución cuenta con seis procesos:



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
	DOCUMENTO CONTROLADO: SI
MANUAL DE CALIDAD	FECHA:

1. Atención al usuario en Consulta externa
2. Atención al usuario en Cirugía
3. Atención al usuario en Laboratorio Clínico
4. Atención del usuario en Admisión
5. Atención al usuario en Urgencias
6. Atención al Usuario en Imágenes Diagnósticas

Cada uno de estos procesos está documentado y ha sido desplegado al interior del hospital. También son parte fundamental de nuestro sistema de Gestión de la Calidad, las guías de prácticas clínicas, realizadas por el Ministerio de la Protección Social, con la metodología de la medicina basada en la evidencia, adoptada por la organización y difundidas de manera permanente al personal médico de la institución. Igualmente los protocolos técnicos de los laboratorios clínicos y de imágenes diagnósticas, de enfermedades y de fisioterapias los cuales son difundidos al personal profesional y técnico del hospital.

Otra herramienta que permite el desarrollo óptimo de los procesos de atención es el manual de bioseguridad cuyo cumplimiento minimiza el riesgo para el personal del hospital y para el paciente.



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
	DOCUMENTO CONTROLADO: SI
MANUAL DE CALIDAD	FECHA:

3.4.1.1 Registros Médicos.

Este aspecto es de suma importancia en nuestro ejercicio médico. En la actualidad contamos con un comité de historias Clínicas conformados por el Gerente, Coordinador del Area Asistencial, un médico especialista, el coordinador de auditorias médicas y el responsable del área de archivos de historias clínicas. Este comité tiene como propósito sus lineamientos sobre el manejo del dato médico en el hospital y velar por la confiabilidad inalterabilidad y seguridad de los mismos. Igualmente los registros médicos (Historias clínicas, resultado de laboratorio clínico y de imágenes diagnósticas), cuentan con su propia serie documental en nuestra tabla de retención documental; con este control garantizamos la trazabilidad de los registros del usuario.

3.4.1.2 Atención al Usuario en Consulta Externa

El propósito de ese proceso es brindar servicios de salud especializados de tipo ambulatorio, en pro de mejorar el estado de salud de los pacientes que asisten al hospital. Los servicios incluidos en este proceso son:

- Consulta médica especializada de cirugía, ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría, ortopedia, urología y anestesiología.
- Fisioterapia.

El trabajo en equipo y la interacción entre los macroprocesos de desarrollo humano integral y el macroproceso Atención al Usuario, permiten monitorizar y dar respuestas a las necesidades de los servicios asistenciales en lo referente a la disponibilidad de médicos especializados, médicos generales, enfermeras, y personal paramédicos.

El seguimiento de este proceso se realiza por medio del monitoreo permanente de indicadores de calidad: Satisfacción al usuario, Tiempo de Atención, Oportunidad de la Cita, Adherencia a Guías de Atención, entre otros.



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
	DOCUMENTO CONTROLADO: SI
MANUAL DE CALIDAD	FECHA:

3.4.1.3 Proceso de Atención al Usuario en Cirugía.

Su propósito es brindar una atención integral al usuario en el programa de cirugía de urgencias y electiva ambulatoria y con internación, teniendo como fin principal la resolución de la condición motivante y la satisfacción del usuario. Los servicios incluidos en este proceso son:

- Cirugía electiva ambulatoria de: Ortopedia, Cirugía general, ginecología y obstetricia y urología.
- Cirugía electiva con Internación de: Ortopedia, Cirugía general Ginecología y obstetricia y urología.
- Cirugía de urgencias de: Ortopedia, Cirugía general, ginecología y obstetricia.

Un factor crítico en la planeación de este proceso es lo relacionado con el ambiente de trabajo y las acciones de limpieza y esterilización de áreas, ropa e instrumental. Para ello se cuenta con protocolos aprobados por el comité científico de la Institución.

El seguimiento de este proceso se realiza por medio del monitoreo permanente de indicadores de calidad: satisfacción al usuario, tiempos de atención, oportunidad de las cirugías, adherencia a guías de atención, índices de infecciones intraquirúrgicas, complicaciones post quirúrgicas entre otros.

3.4.1.4 Atención al Usuario en Laboratorio Clínico

El propósito de este proceso es apoyar la toma de decisión clínica en la prevención, diagnóstico, tratamiento y evolución del paciente y garantizar la atención y satisfacción del usuario desde el momento de solicitud del examen hasta la entrega de resultado.

Este proceso incluye los paraclínicos que se realiza en las áreas de química, hematología, parasitología y uroanálisis.



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
	DOCUMENTO CONTROLADO: SI
MANUAL DE CALIDAD	FECHA:

La calidad de laboratorio en sus fases pre analítica y post analítica constituye el factor clave de este proceso: para ello se cuenta con controles de calidad en cada una de sus fases. Otro aspecto importante es la gestión de bienes y suministro, la cual será descrita en el macroproceso de apoyo logístico, administrativo y financiero.

El seguimiento a este proceso se realiza por medio del monitoreo permanente de indicadores de calidad: Satisfacción del usuario, tiempos de atención, cumplimiento en la entrega de resultados y calidad técnica entre otros.

3.4.1.5 Proceso de Atención al Usuario en Admisión

Su propósito es brindar una atención integral al usuario en los servicios de internación, teniendo como fin principal la resolución de la condición motivante y la satisfacción del usuario. Los servicios incluidos en este proceso son:

- Hospitalización de pacientes quirúrgicos: Ortopedia, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia y Urología.
- Hospitalización de pacientes no quirúrgicos: Medicina Interna y Pediatría.

Un factor crítico en la planeación de este proceso es lo relacionado con el ambiente de trabajo y las acciones de limpieza de áreas así como la disponibilidad de medicamentos e insumos de uso hospitalario. Para ello se cuenta con protocolos aprobados por el comité científico de la Institución.

El seguimiento a este proceso se realiza por medio del monitoreo permanente de indicadores de calidad: Satisfacción del usuario, tiempos de atención, oportunidad del diagnóstico y tratamiento, adherencia a guías de atención, índice de infecciones nasocomiales, entre otros.

3.4.1.6 Proceso de Atención al Usuario en Urgencias

Su propósito es brindar una atención integral al usuario que consulta por patologías que ameritan manejo por Urgencias, teniendo como fin principal la resolución de la condición motivante y la satisfacción del usuario.



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
	DOCUMENTO CONTROLADO: SI
MANUAL DE CALIDAD	FECHA:

Un factor crítico en la planeación de este proceso es lo relacionado con el ambiente de trabajo y las acciones de limpieza así como la disponibilidad de personal médico y paramédico idóneo y de medicamentos e insumos apropiados. Para ello se cuenta con protocolos aprobados por el comité científico de la institución.

El seguimiento a este proceso se realiza por medio de monitoreo permanente de indicadores de calidad: Satisfacción del usuario, tiempos de atención, oportunidad del diagnóstico y tratamiento, adherencia a guías de atención, índice de reingreso al servicio de urgencias antes de las 48 horas al egreso, mortalidad después de 24 horas del ingreso entre otros.


3.4.1.7 Atención al Usuario en Imágenes Diagnósticas

El propósito de este proceso es apoyar la toma de decisión clínica en la prevención, diagnóstico, tratamiento y evolución del paciente y garantizar la atención y satisfacción del usuario desde el momento de solicitud del examen hasta la entrega del resultado.

Este proceso incluye las imágenes de radiología convencional y de ecografía.

La calidad del servicio de imágenes diagnósticas depende de la tecnología de los equipos utilizada y de la versatilidad del personal técnico y profesional que interviene en el proceso, para ello se cuenta con controles de calidad en cada una de sus fases. Otro aspecto importante es la gestión de bienes y suministros, la cual será descrita en el macroproceso de apoyo logístico, administrativo y financiero.

El seguimiento a este proceso se realiza por medio del monitoreo permanente de indicadores de calidad, satisfacción del usuario, tiempos de atención, cumplimiento en la entrega de resultados y calidad técnica entre otros.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
	MANUAL DE CALIDAD	DOCUMENTO CONTROLADO: SI
		FECHA:

3.4.2 Direccionamiento Estratégico.

Este macroproceso permite establecer, difundir, implementar las orientaciones estratégicas que direcciona el accionar del Hospital hacia la consecución de la visión.

Con la visión como planeación en el 2012 se formuló el direccionamiento estratégico del hospital orientado a la prestación de un servicio de excelente calidad apoyado en la idoneidad del recurso humano.

3.4.2.1 Planeación Estratégica

Busca identificar de forma participativa las diferentes estrategias (por qué, quién, cómo, cuándo), que nos permiten alcanzar nuestra visión.


Contamos con un plan de desarrollo institucional trienal el cual se construye con base en la matriz DOFA, directrices gubernamentales y monitoreo de indicadores. Este plan maestro se despliega en las dependencias, por medio del plan operativo anual (POA), y el plan indicativo anual.

El POA se establece por dependencias, cuenta con: metas anuales, el responsable de las actividades y los indicadores de seguimiento. Es importante señalar que la planeación de recurso va de la mano con la planeación estratégica, en ella se definen las necesidades del talento humano, recursos físicos y financieros.

El seguimiento de la planeación se hace trimestral este se realiza por las sugerencias medias y por la dirección general, generándose retroalimentación que permita hacer los ajustes necesarios.

3.4.2.2 Seguimiento al Direccionamiento Estratégico.

El papel de la alta dirección en el seguimiento y enriquecimiento de direccionamiento estratégico es de "acompañante" y

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
		DOCUMENTO CONTROLADO: SI
	MANUAL DE CALIDAD	FECHA:

facilitador para cada vez sea posible retar los modelos mentales e incorporar innovaciones.

El seguimiento se desarrolla en cada una de las áreas y se hace con el monitoreo de diferentes indicadores. Contamos con informes internos que posibilitan el seguimiento y la retroalimentación de indicadores de calidad de la gerencia a los diferentes procesos. También se cuenta con el comité de control interno el cual se reúne de forma mensual para ser seguimientos a los diferentes indicadores y evaluar trimestralmente el cumplimiento del POA.

Otro mecanismo utilizado para el seguimiento del direccionamiento estratégico es la "revisión" del sistema de Gestión de la Calidad por la Gerencia. Este se realiza anualmente y su propósito es evaluar los resultados; le sirve de insumos el análisis periódico de informes internos de gestión de los procesos, el consolidado de satisfacción del usuario externo, el informe de auditoria interna y externas, los informes del sistema de Control Interno, los informes de auditoria médica, la evaluación de competencias del talento humano y el análisis de acciones preventivas y correctivas. La evaluación genera cambios en los que se planea en el mismo sistema.

3.4.3 Sistema Integral de Información

Este macroproceso propende por una organización que valora la información y reconoce su importancia dentro del proceso de atención al usuario en la institución.

El liderazgo de este macroproceso está a cargo del comité científico, conformado por el Gerente, los profesionales especializados en las áreas de Logística y de Atención al Usuario, u representante del área médica, de enfermería de apoyo diagnóstico y terapéutico.

3.4.3.1 Gestión de la información y el conocimiento

Propende por la producción y análisis de datos para la generación de información y trasmisión de conocimiento institucional. El mayor logro de este proceso es contar con un perfil epidemiológico que permite direccional la planeación del Hospital



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
	DOCUMENTO CONTROLADO: SI
MANUAL DE CALIDAD	FECHA:

con el convencimiento de que el conocimiento compartido es un activo corporativo que garantiza la permanencia en el tiempo de nuestra institución.


Consideramos como principal criterio de diseño de nuestro sistema de información integral, en el que los datos producidos sean el soporte del mejoramiento continuo de la calidad de los procesos. Además, los datos deben cumplir con criterios de exactitud, precisión, oportunidad, consistencia, y seguridad. La exactitud y la precisión nos garantizan la veracidad de los datos utilizados. La oportunidad responde a la necesidad de contar con los datos cuando se requiere realizar los análisis que proporcionen la información que sustenta la toma de una decisión. La consistencia nos asegura que los datos son los mismos en todas las áreas del instituto. Las medidas de seguridad previenen la alteración o desaparición de datos o información en el momento de ser almacenados, consultados o transmitidos.

3.4.3.2 El proceso de gestión informática

Garantiza la infraestructura tecnológica que soporta el SII; forma parte el capítulo de seguridad informática, el cual se despliega por medio de la política de seguridad y la normatividad que la actualice. Otro aspecto relevante del proceso de gestión de la información y el conocimiento es el despliegue de las directrices del direccionamiento estratégico y su correspondiente seguimiento.

Para ello contamos con estrategias que permiten la comunicación con nuestros clientes internos y externos: Carteleras fijas que sirven para ubicar cerca de los puestos de trabajo, información relevante para el desarrollo de actividades asistenciales. También contamos con un boletín interno que nos asegura la socialización de la información y del conocimiento.

La comunicación con el usuario externo es otro propósito del proceso de gestión de la información y el conocimiento. En la actualidad contamos con carteleras, folletos y una oficina de atención al usuario.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
		DOCUMENTO CONTROLADO: SI
	MANUAL DE CALIDAD	FECHA:

3.4.4 Desarrollo Integral del Talento Humano

El hospital está convencido que el factor crítico más relevante en la prestación de servicios de salud es el *Recurso Humano*, por ello considera la gestión humana trascendental dentro del cumplimiento de las metas de desarrollo de la E.S.E.

Nuestro Plan de Capacitaciones, es un proyecto educativo, el cual integra la formación y la capacitación del talento humano para su crecimiento integral y para asegurar que permanentemente esté desarrollando las competencias necesarias para ser cada vez un mejor ser humano y un profesional más competente, que puede innovar en su gestión y garantizar la prosperidad sostenible del hospital.

Nuestro Código de Ética se refleja en los principios orientadores, los cuales son compartidos y vivenciados durante el quehacer diario.

Sabemos que el talento humano constituye la garantía de permanencia institucional y es pilar de su desarrollo, por ello hemos identificados los procesos por medio de los cuales se implementa este macroproceso: proceso de apoyo a la gestión del talento humano y el proceso de formación y desarrollo de talento humano

3.4.4.1 Proceso de Apoyo a la Gestión del Talento Humano

Su propósito es garantizar la selección vinculación y contratación del talento humano, así como la gestión para garantizar la seguridad social del mismo. La selección de las personas se realiza con base en el manual de responsabilidades y perfil en el cual establece las funciones niveles de autoridad, responsabilidad y el perfil del cargo. Este último contempla educación experiencia formación continuada y competencias.



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
	DOCUMENTO CONTROLADO: SI
MANUAL DE CALIDAD	FECHA:

En la selección se tiene en cuenta en primera instancia la condición humana del candidato. La persona elegida para un cargo sigue los lineamientos de vinculación o contratación estatal que nos rige por nuestro carácter de entidad pública.

Como parte de este proceso contamos con el programa de **Salud Ocupacional y Bienestar Social** el cual enfoca sus acciones para generar un clima general propicio al crecimiento que no solo se observe en el individuo y en la institución, sino en el ambiente familiar y social que rodea a cada uno de los integrantes del hospital. Le damos especial importancia al ambiente físico, estético y seguro.

El programa de Salud Ocupacional se orienta prioritariamente a la promoción y a la prevención de enfermedades y accidentes de trabajo. La planeación se realiza de forma anual y tiene como base el análisis de factores de riesgos y ambientes de trabajo, esta es presentada por la coordinación de Salud ocupacional a la Gerencia y Construida con el Comité Paritario de Salud Ocupacional y la A.R.L. También se revisa el manual de bioseguridad, higiene postural, puesta en operación de las brigadas de emergencia y capacitación en **el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo**.

3.4.4.2 Formación y Desarrollo del Talento Humano

Este proceso tiene como propósito fortalecer y promover las competencias del talento humano. En este proceso abordamos la inducción, reinducción y capacitación de nuestros trabajadores.

Como parte de la inducción, se realiza una teniendo en cuenta el manual de inducción y reinducción.

Una vez iniciada la ejecución del plan todo funcionario que recibe capacitación realiza una evaluación de las mismas, mediante instrumentos diseñados para tal efecto y se registra esta información en una base de datos.

3.4.5 Apoyo Logístico, Administrativo y Financiero



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
	DOCUMENTO CONTROLADO: SI
MANUAL DE CALIDAD	FECHA:

Este macroproceso da el soporte logístico y financiero al hospital para el óptimo desarrollo de su misión, conformado por los siguientes procesos:

- Gestión documental
- Almacén
- Gestión de mantenimiento (plan).
- Sistemas
- contabilidad
- Auditoría
- Facturación
- estadísticas

Todos estos procesos están descritos en el manual de procesos y procedimientos de la ESE.

3.4.6 Garantía de la Calidad.

El macroproceso de Garantía de Calidad tiene como objetivo establecer los mecanismos que permitan el monitoreo, evaluación y retroalimentación de los diferentes macroprocesos y procesos del hospital.

Nuestra filosofía se basa en el autocontrol entendido como la asunción de la responsabilidad individual para reflexionar sobre el logro del resultados exitosos y el abordaje de los eventos no esperados.

Este macroproceso integra diferentes sistemas y actores tal como: El sistema de Control Interno, Sistema de Información y Atención al Usuario- SIAU- y la auditoria médica, Incluye el proceso de garantía de la Calidad cuya interacción permite la retroalimentación del sistema de gestión de la calidad.

3.4.6.1 Proceso SIAU

Su propósito es conocer, identificar e interpretar las necesidades y expectativas de los usuarios (internos y externos), promoviendo el desarrollo de acciones que garanticen el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios.



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
	DOCUMENTO CONTROLADO: SI
MANUAL DE CALIDAD	FECHA:

Este proceso se desarrolla por medio de nuestro sistema de información y Atención al Usuario **"EL SIAU un compromiso de todos"**, nos hemos comprometidos con el establecimiento de medios de comunicación permanente con el usuario que favorezcan la participación ciudadana y nos permitan identificar y conocer las necesidades o requerimientos presentes y futuros de nuestros usuarios.

Algunos mecanismos utilizados para conocer la voz del usuario son: encuestas de percepción de la calidad del servicio, encuestas de seguimiento para conocer su fidelidad.

También contamos con un sistema de análisis de manifestaciones del usuario (quejas, sugerencias, felicitaciones, peticiones) que nos permiten de forma permanente tomar acciones en pro de cumplir con nuestros compromisos.

La planeación de este proceso es participativa y se cuenta con un comité SIAU, una de cuyas funciones es canalizar las diferentes propuestas para el diseño de los mecanismos de comunicación con el usuario.

Los resultados obtenidos del análisis de las interacciones con los usuarios se divulgan en las reuniones de seguimiento con la gerencia quien hace un monitoreo permanente de la voz del usuario.

Con este proceso nos damos cuenta del cumplimiento de nuestros compromisos con el usuario y obtenemos información importante para su revisión y mejoramiento.

3.4.6.2 Proceso de Auditoría interna

Su propósito es realizar revisiones sistemáticas del sistema de Gestión de la Calidad en pro de realizar un diagnóstico y generar recomendaciones de mejoras.

En este proceso se establecen directrices para la realización de auditorias: programación anual de auditorias especiales y difusión del programa de auditorias entre otros.



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
	DOCUMENTO CONTROLADO: SI
MANUAL DE CALIDAD	FECHA:

El auditor comunica directamente a los responsables del proceso auditado los resultados de las auditorias y presenta informe a la gerencia.

Forma parte del proceso de auditoria interna:

- Las acciones de auditoria médica, auditoría de medicamentos y del servicio, la cual se realiza de forma participativa mediante la auditoria de pares, y su esencia se centra en la evaluación y retroalimentación del acto médico.
- La auditoría de evaluación de estándares de habilitación y las demás auditorias que se desarrollen con el ánimo de fortalecer el sistema de Gestión de la Calidad.

3.4.6.3 Seguimiento y Medición de los Procesos

El propósito de este proceso es mantener el equilibrio organizacional determinando en forma sistémica y sistemática el estado real de los procesos institucionales con el fin de generar una acertada toma de decisiones.

Hemos identificado indicadores que permiten hacer seguimiento a los resultados. El análisis de estos indicadores se inicia en el puesto de trabajo y en diferentes instancias como son: las Áreas y la Gerencia.

Las acciones de mejoramiento se plasman en el formato establecido en la ese de planes de mejoramiento, para disminuir la brecha entre la calidad encontrada y la esperada.

DALETH DEL PORTILLO ZARUR
Auditora de Calidad



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO:
	DOCUMENTO CONTROLADO: SI
MANUAL DE CALIDAD	FECHA: