

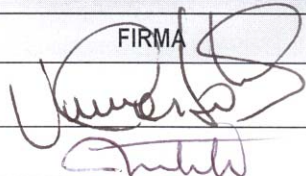





| | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|---|
|  | MANUAL | |  |
| | PROCESO | GESTIÓN DE LA CALIDAD | |
| | NOMBRE: | MANUAL DE CALIDAD | |
| | CÓDIGO DEL DOCUMENTO: | 01GC03-V3 | |
| | | | 05GC05-V2 |

| 1. APROBACIÓN | | | | |
|---------------|---|-------------------------|------------|---|
| | CARGO | NOMBRE | FECHA | FIRMA |
| ELABORÓ | JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD | Vivian Castañeda Solano | 23/08/2017 |  |
| APROBÓ | GERENTE | Javier Fernando Mancera | 24/08/2017 |  |

| 2. OBJETIVO |
|--|
| Definir los lineamientos de la gestión de la calidad en la ESE Hospital Universitario de La Samaritana y sus Unidades Funcionales que permitan el mejoramiento de la prestación del servicio con el fin de minimizar el riesgo en la atención y con ello satisfacer las necesidades de las partes interesadas y en especial las necesidades en salud del usuario y su familia. |

| 3. ALCANCE |
|---|
| <p>El Manual de Calidad, tiene como alcance el fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, basado en Norma ISO 9001:2015, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud – SOGC, el Modelo Estándar de Control Interno – MECI y otros específicos según las áreas o servicios que lo requieren (Buenas Prácticas) para la ESE Hospital Universitario de La Samaritana y sus Unidades Funcionales que permita la conformación de Centros de Excelencia.</p> <p>3.1 EXCLUSIONES:</p> <p>Teniendo en cuenta la naturaleza de la institución, los siguientes numerales de la ISO 9001:2015 quedan excluidos:</p> <p>“8.3 Diseño y Desarrollo de los productos y servicios (y subnumerales)”: Por considerar que la prestación de servicios de salud está enmarcada en criterios establecidos en términos de protocolos, y guías de manejo de atención clínica, estandarizadas a nivel nacional e internacional, la institución se acoge a las mismas y realiza su proceso de adopción, con el fin de cumplir con los criterios clínicos de los pacientes atendidos en la institución.</p> |

| | | | | | |
|-------------------------------------|---|----------------|----|---------------------|----------------|
| Estado de documento: VIGENTE | Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración. | Tipo de copia: | Nº | Tabla de Retención: | Página 1 de 23 |
|-------------------------------------|---|----------------|----|---------------------|----------------|

| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
|  | MANUAL | |  |
| | PROCESO | GESTIÓN DE LA CALIDAD | |
| | NOMBRE: | MANUAL DE CALIDAD | |
| | CÓDIGO DEL DOCUMENTO: | 01GC03-V3 | |
| | | | 05GC05-V2 |

4. DEFINICIONES:

Las definiciones del presente Manual de Calidad se articula de manera directa con las definiciones establecidas en la Norma Técnica Colombiana ISO 9000¹. de 2015.

A continuación, se relacionan algunos conceptos básicos, dando claridad que los no mencionados pero que sean requeridos se acogen a la norma mencionada.

ACCIÓN CORRECTIVA: Acción tomada para eliminar la causa real de una no conformidad detectada u otra situación no deseable

ACCIÓN PREVENTIVA: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente no deseable²

ACCIÓN DE MEJORA: Toda acción que incrementa la capacidad de la organización para cumplir los requisitos y que no actúa sobre problemas reales o potenciales ni sobre sus causas.

AUDITORIA: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoria³

CONFORMIDAD: Cumplimiento de un requisito⁴

CORRECCIÓN: Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.⁵

EFICACIA: Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.⁶

EFICIENCIA: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.⁷

MEJORA CONTINUA: Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.⁸

NO CONFORMIDAD: Incumplimiento de un requisito⁹

5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS

¹ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario. Primera actualización. Bogotá D.C.: ICONTEC, 2005. p. 17. NTC-ISO 9000.

² Ibid., p. 17.

³ Ibid., p. 20.

⁴ Ibid., p. 21.

⁵ Ibid., p. 17



⁶ Ibid., p. 12

⁷ Ibid., p. 12

⁸ Ibid., p. 12

⁹ Ibid., p. 16

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|-----------------------|
| Estado de documento: VIGENTE | Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración. | Tipo de copia: | Nº | Tabla de Retención: | Página 2 de 23 |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|-----------------------|

| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
|  | MANUAL | |  |
| | PROCESO | GESTIÓN DE LA CALIDAD | |
| | NOMBRE: | MANUAL DE CALIDAD | |
| | CÓDIGO DEL DOCUMENTO: | 01GC03-V3 | |
| | | | 05GC05-V2 |

5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS

CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

El Hospital Universitario de la Samaritana tiene definido el Plan de Desarrollo Institucional 2017-2020 "Humanización con sensibilidad social" aprobado por Junta Directiva mediante Acuerdo 002 del 14 de febrero de 2017 el cual contiene además el Plan Indicativo Institucional vigencia 2017-2020.

Este Plan de Desarrollo Institucional 2017-2020 contiene el Contexto del sector salud con sus Oportunidades y Amenazas y el Diagnóstico situacional de la Institución con sus respectivas Fortalezas y Debilidades que permitieron:

1. Mantener la Plataforma Estratégica (Misión, Visión, Principios y Valores)
2. Modificación del orden de los Objetivos Estratégicos para alinearlos con la esencia propia de la Institución
3. Modificación del alcance el Objetivo Estratégico de Calidad coherente con el proceso de mejoramiento que la Institución ha desarrollado en los últimos años
4. Modificación del Objetivo Estratégico del enfoque como Hospital Universitario con alcance hacia la responsabilidad social que espera aportar el Hospital para la sociedad.

Producto de lo anterior, se establece la siguiente Plataforma Estratégica de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana

SLOGAN:

"Humanización con sensibilidad social"



MISIÓN

En la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana, somos líderes en la prestación de servicios integrales de salud con calidad, profesionalismo y humanización, prestados por un equipo dispuesto a la excelencia y con la tecnología adecuada, contribuyendo al desarrollo de la comunidad y liderando con ética la formación académica e investigativa.

VISIÓN

En el 2021 como Hospital Universitario cabeza de la red de Servicios de Salud de Cundinamarca, seremos reconocidos por nuestro Modelo de gestión humanizado y sustentable, con un Modelo de Educación e Investigación propio, basándonos en el desarrollo de Centros de Excelencia, que mediante el uso eficiente de los recursos y la tecnología, contribuya al

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|-----------------------|
| Estado de documento: VIGENTE | Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración. | Tipo de copia: | Nº | Tabla de Retención: | Página 3 de 23 |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|-----------------------|

| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
|  | MANUAL | |  |
| | PROCESO | GESTIÓN DE LA CALIDAD | |
| | NOMBRE: | MANUAL DE CALIDAD | |
| | CÓDIGO DEL DOCUMENTO: | 01GC03-V3 | |
| | | | 05GC05-V2 |

5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS

mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

PRINCIPIOS

- **Vocación de servicio:** Actitud de vida de colaboración hacia los demás, en todo momento y en todas partes, que lleva a acciones desinteresadas que contribuyen a hacer más ligera y placentera la vida de los otros sin buscar recompensa, agradecimiento y/o admiración.
- **Ética:** Coherencia entre el pensar, el decir y el actuar, para promover los comportamientos deseables conforme a la Ley moral natural y las normas legales de la Sociedad.
- **Solidaridad:** Capacidad de Comprender el dolor, la pena y la desventura de los demás, que nos permita asumir, como propias, las justas y razonables demandas de los otros. El solidario se interesa por los demás, pero no se queda en las buenas intenciones sino que se esmera por ayudarlos de manera efectiva.
- **Trabajo en equipo:** Unir el esfuerzo con quienes participan en los procesos y actividades sin excepción, con armonía, cooperación, compromiso y responsabilidad compartida, para multiplicar el logro de resultados en la búsqueda de los objetivos y metas comunes.
- **Respeto:** Capacidad de Conocer el valor propio y honrar el valor de los demás, Reconocer que el otro es tan real y semejante a nosotros, y a la vez, un individuo diferente. Es ponerse en el lugar del otro para comprenderlo desde adentro y adoptar esa otra perspectiva. Significa valorar a los otros como sujetos dignos que merecen nuestro reconocimiento y protección.

VALORES

- **Humanización del servicio:** Reconocer en cada usuario su dignidad humana, su valor intrínseco como persona y, en consecuencia, contribuir a la realización de sus proyectos de vida, a la satisfacción de sus necesidades, respetándolo como persona y con derechos y deberes como paciente.
- **Excelencia:** Es un estilo de vida, en la que buscamos con nuestras actividades diarias alcanzar el nivel máximo de Calidad, Eficiencia y Efectividad en nuestros compromisos.
- **Lealtad:** Obligación de fidelidad que un sujeto le debe a su institución o comunidad, siempre estar presente, cumplir siempre. Es el sentimiento que nos guía en presencia de una obligación no definida con la primacía de los intereses colectivos de la Institución sobre los particulares o ajenos a nuestra Entidad.
- **Participación:** Acceder voluntaria y conscientemente a la toma de decisiones en las cuales está involucrada la persona, con miras al Bien Común. Presencia activa de cada uno en la toma de decisiones para la construcción y desarrollo de la Entidad.
- **Responsabilidad Social:** Responsabilidad es hacernos cargo de las consecuencias de nuestras palabras, decisiones y todos nuestros actos. Responsabilidad Social es hacer de la mejor manera lo que nos corresponde, con efectividad, calidad, compromiso, sin perder de vista el beneficio colectivo de la comunidad a la que servimos y la comunidad

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|-----------------------|
| Estado de documento: VIGENTE | Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración. | Tipo de copia: | Nº | Tabla de Retención: | Página 4 de 23 |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|-----------------------|

5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS

en la cual estamos. Por esto, implica asumir las consecuencias sociales de nuestros actos y responder por las decisiones que se toman en los grupos de los que formamos parte.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.
2. Garantizar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo.
3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.
4. Implementar un Modelo de Docencia e Investigación que impacte en la formación ética y humanística de los estudiantes que desarrollen sus procesos de enseñanza aprendizaje en la Institución, para formar profesionales de bien para la sociedad.
5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.
6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.

COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

El HUS ha establecido para la comunicación canales como la página web, buzones de sugerencias, encuestas, rendición de cuentas ente otras, en la cual participan pacientes, Entidades Aseguradoras de Planes de Beneficios, Asociación de usuarios, entes gubernamentales, colaboradores, entre otros, esto con el fin de poder proporcionar información de cómo se encuentra el Hospital, obtener la retroalimentación de estos y poder definir los requisitos del servicio a prestar, incluyendo la revisión normativa aplicable y sus modificaciones

La comprensión se realiza a través del análisis de los resultados de la información obtenida por lo diferentes mecanismos de información establecidos por el hospital, la cual se puede evidenciar en: Comités institucionales, análisis de PQRs, análisis de rendición de cuentas, análisis de mediciones de satisfacción del cliente interno, entre otros y las acciones tomadas a partir de estos análisis.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS

La ESE Hospital Universitario de La Samaritana ha establecido el Sistema de Gestión de la Calidad bajo los lineamientos normativos del sector salud por medio de la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad cuyos componentes (Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el mejoramiento de la Calidad, Sistema de Información para la Calidad y Sistema Único de Acreditación) se articulan con el Modelo Estándar de Control Interno apoyados bajo la estructura del Sistema de Gestión de Calidad de la NTC ISO 9001.

Estos Sistemas de Gestión de la Calidad se han mantenido a través del mejoramiento continuo y como constancia de ello, se cuenta con:

- Certificación del Sistema de Gestión Calidad bajo la NTC ISO 9001:2008 recibidas desde el año 2008, recertificado en el año 2017.
- Certificación del cumplimiento del Sistema Único de Habilitación bajo la Resolución 2003 de 2014 recibida en el año 2016.
- Otorgamiento de Acreditación Condicionada bajo el Sistema Único de Acreditación recibida en el año 2016.

5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS

- Evaluaciones del grado de Madurez del MECI del nivel Intermedio para la vigencia 2015 y 2016.



El mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana se ha logrado por medio de:

- Autoevaluaciones y definición de planes de mejoramiento de los estándares del Sistema Único de Habilitación
- Autoevaluaciones y definición de planes de mejoramiento de los estándares del Sistema Único de Acreditación
- Definición e implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC como componente del SOGC complementado con el Programa de Auditorías Internas Integrales institucional.
- Autoevaluación y su respectivo informe a la implementación del MECI.
- Definición e implementación de Plan Único de Mejora por Procesos – PUMP.

El Sistema de Gestión de Calidad logra su articulación de la siguiente manera:

ARTICULACIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

| Momento del Ciclo | Descripción (Literal) | Principio de Calidad | Capítulo Norma ISO 9001: 2015 | Grupo de Estándares de Acreditación | Estándar de Habilitación | Componente MECI |
|-------------------|--|---|--|---|---|---|
| Planear | Determinar las Entradas requeridas y las salidas esperadas de los procesos. | Enfoque al Cliente | Capítulo 4 (Contexto de la Organización) | Direccionamiento Gerencia | Procesos Prioritarios | Direccionamiento Estratégico |
| Planear | Determinar la secuencia e interacción de los procesos. | Enfoque a Procesos | Capítulo 6 (Planificación) | Direccionamiento Gerencia | Interdependencia de Servicios | Direccionamiento Estratégico |
| Planear | Asignar las responsabilidades y autoridades para los procesos. | Liderazgo Compromiso de las Personas | Capítulo 5 (Liderazgo) | Direccionamiento Gerencia Gerencia del Talento Humano | Talento Humano | Talento Humano |
| Planear | Abordar los riesgos y oportunidades. | Toma de decisiones basada en la evidencia | Capítulo 6 (Planificación) | Direccionamiento Gerencia | Procesos Prioritarios | Administración del Riesgo |
| Planear | Determinar los recursos necesarios para los procesos y asegurarse de su disponibilidad. | Gestión de las Relaciones | Capítulo 7 (Apoyo) | Gerencia del Talento Humano Gerencia del Ambiente Físico Gestión de la Tecnología Gerencia de la Información | Infraestructura Dotación Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos Historia Clínica | Direccionamiento Estratégico Talento Humano Administración del Riesgo Información y Comunicación |
| Hacer | Determinar y aplicar los criterios y los métodos necesarios para asegurarse de la operación eficaz y el control de los procesos. | Enfoque al Cliente Enfoque a Procesos | Capítulo 8 (Operación) | Proceso de Atención al Cliente Asistencial (PACAS) | Procesos Prioritarios | Direccionamiento Estratégico Talento Humano Administración del Riesgo |
| Verificar | Evaluar los procesos e | Mejora | Capítulo 9 (Evaluación del | Mejoramiento de la Calidad | Procesos Prioritarios | Auditoría Interna |

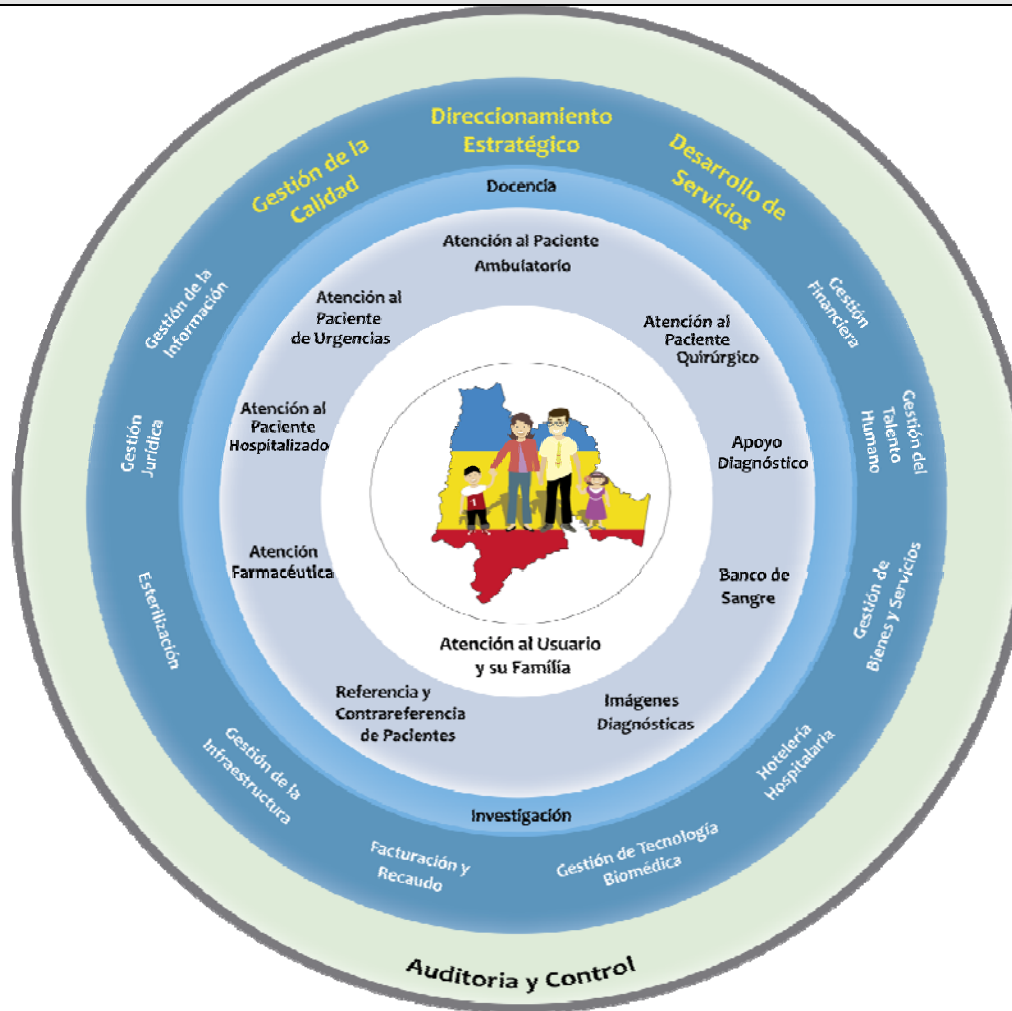
| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
|  | MANUAL | |  |
| | PROCESO | GESTIÓN DE LA CALIDAD | |
| | NOMBRE: | MANUAL DE CALIDAD | |
| | CÓDIGO DEL DOCUMENTO: | 01GC03-V3 | |
| | | | 05GC05-V2 |

5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS

| | | | | | | |
|--------|---|---|----------------------|----------------------------|-----------------------|------------------------------|
| | implementar cualquier cambio necesario para asegurarse de que los procesos logran los resultados previstos. | Toma de decisiones basada en la evidencia | desempeño) | | | Autoevaluación Institucional |
| Actuar | Mejorar los procesos y el Sistema de Gestión de la Calidad. | Mejora Toma de decisiones basada en la evidencia | Capítulo 10 (Mejora) | Mejoramiento de la Calidad | Procesos Prioritarios | Planes de Mejoramiento |

Esta articulación se logra a través del Enfoque a Procesos y es entendido a nivel institucional a través del siguiente gráfico:

5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS



A continuación se muestra la transición de los procesos:

5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS

| MACROPROCESO | ANTERIOR | ACTUAL | TIPO |
|----------------------------------|------------------------------------|---|-------------|
| ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA | Atención al Usuario y su Familia | Atención al Usuario y su Familia | Misional |
| | Atención al Paciente de Urgencias | Atención al Paciente de Urgencias | Misional |
| | Atención al Paciente Ambulatorio | Atención al Paciente Ambulatorio | Misional |
| | Referencia y Contrareferencia | Referencia y Contrareferencia | Misional |
| | Hotelería Hospitalaria | Hotelería Hospitalaria | Apoyo |
| DIRECCIÓN CIENTÍFICA | Atención al Paciente Hospitalizado | Atención al Paciente Hospitalizado | Misional |
| | Atención al Paciente Quirúrgico | Atención al Paciente Quirúrgico | Misional |
| | Atención al Paciente Extramural | Eliminado y se maneja a través de programas | Misional |
| | Apoyo Diagnostico | Apoyo Diagnostico | Misional |
| | Imágenes Diagnosticas | Imágenes Diagnosticas | Misional |
| | Banco de Sangre | Banco de Sangre | Misional |
| | Atención Farmacéutica | Atención Farmacéutica | Misional |
| | Docencia | Docencia | Misional |
| | Investigación | Investigación | Misional |
| | Esterilización | Esterilización | Apoyo |
| DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA | Gestión del Talento Humano | Gestión del Talento Humano | Apoyo |
| | Gestión de Bienes y Servicios | Gestión de Bienes y Servicios | Apoyo |
| | Gestión de la Infraestructura | Gestión de la Infraestructura | Apoyo |
| | Gestión de Tecnología Biomédica | Gestión de Tecnología Biomédica | Apoyo |
| | Gestión de la Información | Gestión de la Información | Apoyo |
| DIRECCIÓN FINANCIERA | Gestión Financiera | Gestión Financiera | Apoyo |
| | Facturación y Recaudo | Facturación y Recaudo | Apoyo |
| GERENCIA | Direccionamiento Estratégico | Direccionamiento Estratégico | Estratégico |
| | Gestión de la Calidad | Gestión de la Calidad | Estratégico |

5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS

| | | | |
|---------|-------------------------|-------------------------|-------------|
| | Desarrollo de Servicios | Desarrollo de Servicios | Estratégico |
| | Gestión Jurídica | Gestión Jurídica | Estratégico |
| CONTROL | | Auditoría y Control | Control |

La anterior tabla, permite observar la Transición de los proceso del antiguo mapa al nuevo mapa que se encuentran bajo el alcance del presente Manual de Calidad y los servicios que podrían certificarse bajo la norma de Calidad que lo requiera.

LIDERAZGO

La dirección de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana está comprometida en establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad y es el principal responsable del desarrollo de la mejora continua del mismo.

La dirección es responsable de asignar los recursos necesarios para implantar este Sistema de Gestión de la Calidad y de revisarlo periódicamente para verificar si se están alcanzando los objetivos y el buen funcionamiento del sistema.

Para asegurar esto, la dirección realiza despliegues a todos los colaboradores, mediante los canales de comunicación establecidos la necesidad de satisfacer, determinar, cumplir las necesidades del cliente.

El compromiso de la Alta Dirección hacia el Sistema de Gestión de la Calidad se demuestra a través de:

- Planes Gerenciales como Plan de Desarrollo, Plan Indicativos, Pan de Acción en Salud y Plan de Gestión que incluyen como un objetivo estratégico la Gestión de la Calidad y se desarrolla a través de los componentes, metas y estrategias propuesta en cada una de ellas.
- Rendición de cuentas del Sistema de Gestión de Calidad por medio de los Informes de Gestión y la respectiva Rendición de Cuentas institucional ante los usuarios y partes interesadas.
- Promoción del enfoque a procesos buscando el pensamiento basado en riesgos por medio de la implementación del presente Manual de Calidad y del Programa de Gestión de Riesgo.
- Aseguramiento de los recursos necesarios para el Sistema de Gestión de Calidad disponible a través del Presupuesto institucional estimado de cada vigencia.
- Comunicación del Sistema de Gestión de Calidad a través del Programa Estratégico de Comunicación en Salud – PECOS.
- Revisión de los resultados del Sistema de Gestión de Calidad a través del Programa de Auditorías Internas y la respectiva medición de los Indicadores por medio del Tablero Único de Mejora por Procesos – TUCI.
- Compromiso, dirección y apoyo del cliente interno para que contribuyan e la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad por medio de los Acuerdos de Gestión y Evaluaciones de Desempeño, entre otros.
- Promoviendo la mejora a través del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC y el PUMP.

5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS

ENFOQUE AL CLIENTE

Para la Alta Dirección el Enfoque al Cliente se encuentra fundamentada desde su Misión como Institución Prestadora de Servicios de Salud que tienen implementado el Sistema Integral de Gestión de la Calidad específico en Salud como es el SOGC y los otros Sistemas como el basado en la NTC ISO 9001 y el MECI que permiten la satisfacción del cliente tanto interno como externo, la aplicabilidad y cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios que le aplican al Hospital; así mismo su enfoque hacia la Gestión del Riesgo incide en la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente, el fin último de un sistema de Gestión de la Calidad.

POLÍTICA

La Política de Calidad es definida por la alta dirección de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana, y se encuentra documentada y publicada en la intranet como documento del Sistema de Gestión de la Calidad. La Política de Calidad es adecuada a la naturaleza de la organización y a las expectativas y necesidades de los clientes.

“MÁXIMOS BENEFICIOS Y MÍNIMOS RIESGOS PARA TODOS”

El HUS se compromete con el mejoramiento continuo de sus procesos, en la búsqueda de ofrecer cada día servicios más adecuados a las necesidades de sus usuarios, alcanzando estándares superiores de calidad, a través de la articulación efectiva de los recursos físicos, humanos y tecnológicos enfocados hacia el logro de los mejores resultados junto con la satisfacción de nuestros funcionarios, los usuarios, su familia y el entorno.



1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.
2. Garantizar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo.
3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.
4. Implementar un Modelo de Docencia e Investigación que impacte en la formación ética y humanística de los estudiantes que desarrollen sus procesos de enseñanza aprendizaje en la Institución, para formar profesionales de bien para la sociedad.
5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.
6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.

La Política de Calidad es comunicada a todos los miembros de la organización y revisada periódicamente, al menos durante el proceso de revisión del sistema por la dirección.

La comunicación interna se realiza a través de correo electrónico, memorandos, oficios, fondo de pantalla de los computadores, por la página Web del hospital <http://www.hus.org.co>, y estrategias definidas por la Oficina de Comunicaciones, entre otras.

ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN

Teniendo en cuenta que el hospital tiene un Sistema Integrado de Gestión de la Calidad se considera necesario relacionar los roles, responsabilidades y autoridades que se manejan

| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
|  | MANUAL | |  |
| | PROCESO | GESTIÓN DE LA CALIDAD | |
| | NOMBRE: | MANUAL DE CALIDAD | |
| | CÓDIGO DEL DOCUMENTO: | 01GC03-V3 | |
| | | | 05GC05-V2 |

5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS

en cada uno de los Sistemas de Gestión.

La estructura organizacional del Hospital cuenta con una Junta Directiva y Gerencia, Direcciones, Subdirecciones, Oficinas Asesoras, entre otros, cuyas responsabilidades se encuentran definidas en el manual de funciones y competencias de la Institución.

Desde el sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad se designa como representante de la Dirección al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad; considerando que las responsabilidades dentro de este Sistema se encuentran inherentes en sus funciones, y quien además de las funciones a su cargo, tiene las siguientes:

- Velar porque los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad se implementen y se mantengan conforme a la norma técnica ISO 9001:2015.
- Informar sobre el funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad a la Alta dirección.
- Representar a la alta dirección frente a organismos externos en los asuntos relativos al Sistema Integrado de Gestión de la Entidad.

Sin embargo este SOGC tiene el componente del Sistema Unicode Acreditación, el cual cuenta con su propia estructura definida por niveles lo cual se detalla en el procedimiento técnico 06GC02, el cual se explican cada uno de los niveles, roles y funciones.

Desde el MECI, el manual técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el estado Colombiano MECI 2014, también define los roles y responsabilidades de los servidores en todos sus niveles.

No obstante, cada uno de los Directores, Líderes de proceso y colaboradores de la Institución participan de manera directa de la responsabilidad en el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

PLANIFICACIÓN

Acciones para abordar riesgos y oportunidades

La alta gerencia una vez definida la planeación estratégica realiza la identificación de los riesgos y las oportunidades para poderlos administrar, esto de acuerdo a lo estipulado en el procedimiento 02ID05 Administración del Riesgo, con el fin de asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr las metas planteadas.

Planificación de los cambios

La ESE Hospital Universitario de La Samaritana, proyecta los cambios a través de Acuerdos emanados por la Junta Directiva y Resoluciones emanadas desde la Gerencia, con las derogaciones correspondientes a lo planificado.

A su vez, desde el Sistema de Gestión de la Calidad se cuenta con el procedimiento 02GC01 de Control de Documentos y Registros, en el cual establece los lineamientos necesarios

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|------------------------|
| Estado de documento: VIGENTE | Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración. | Tipo de copia: | Nº | Tabla de Retención: | Página 12 de 23 |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|------------------------|

5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS

para llevar a cabo el control documental de la organización, dando cumplimiento a los parámetros requeridos según el Sistema Integrado de Gestión.

En su esencia como Hospital Universitario la Historia Clínica es el documento soporte de atención en salud, la cual es manejada a través del sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria – DGH, para los cambios de este sistema se maneja a través del Comité de Historias Clínicas y desde el aspecto Financiero a través del Comité de Sostenibilidad Contable.

Para esto, los comités deben considerar:

- El propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales
- La integridad del sistema de gestión de la calidad
- La disponibilidad de recursos
- La asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades

APOYO

RECURSOS

La determinación de los recursos se realiza a través de las diferentes direcciones y subdirecciones que tienen la responsabilidad de hacer la planeación de los recursos y el cálculo de los mismos

Personas



En el Hospital se determina las personas de acuerdo a los servicios habilitados dentro del modelo de red del Departamento y para esto se realiza análisis de capacidad instalada para poder proporcionar al personal necesario y adecuado. Actividad realizada por la subdirección de personal.

Ambiente para la operación de los procesos

La institución establece y gestiona el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del servicio. Para esto se cuenta con el Sistema de Gestión de Seguridad y la salud en el trabajo, el cual cumple con los requisitos de Ley. Actividad realizada por la subdirección de Desarrollo Humano y el líder de proyecto de Infraestructura y mantenimiento.

Recursos de seguimiento y medición

La institución tiene identificado en cada servicio los equipos objeto de calibración, con el fin de asegurar la calidad en la prestación de los servicios. Cuenta además con un inventario de equipos en el cual se establece el tipo de mantenimiento a realizar y su correspondiente cronograma. Cada uno de los equipos cuenta con su Hoja de Vida, en la cual reposan todos los reportes de mantenimiento preventivo, mantenimiento correctivo, y calibración según la naturaleza del mismo.

| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
|  | MANUAL | |  |
| | PROCESO | GESTIÓN DE LA CALIDAD | |
| | NOMBRE: | MANUAL DE CALIDAD | |
| | CÓDIGO DEL DOCUMENTO: | 01GC03-V3 | |
| | | | 05GC05-V2 |

5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS

Combinando todos los recursos tanto de personal como de infraestructura se tiene una capacidad de atender la población objeto. Actividad liderada por la dirección administrativa de la cual depende la planeación de los recursos de personal, infraestructura, tecnología y ambiente de trabajo del Hospital.

Conocimiento de la organización

En el HUS se determinan los conocimientos para la operación de sus procesos con los cuales se determina la conformidad de los productos y servicios a través de:

- Plan de Acción en Salud
- Plan Único de mejora por proceso (PUMP)
- Referenciaciones
- Investigaciones adelantadas en el Hospital
- Docencia ejercida
- Novedades de seguridad del paciente
- Comités institucionales
- Convenios Docente Asistencial



COMPETENCIA Y TOMA DE CONCIENCIA

La ESE Hospital Universitario de la Samaritana, asegura que el personal que realice actividades que afecten la prestación de servicios, sea competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia adecuada; además que este personal capacitado pueda dirigir, efectuar el trabajo y verificar los procedimientos, incluyendo las Auditorías Internas de Calidad. Por lo anterior, el hospital cuenta con los "perfiles de Cargos o actividades" enmarcados en el Manual de Funciones donde se definen los perfiles y competencias requeridas para cada cargo; también se cuenta con procedimientos de: Inducción y Reinducción Organizacional, Reinducción del personal, en los cuales se toman los temas del sistema de gestión, entre otros.

Para nuestra institución el personal es el recurso más valioso con que cuenta, invertir en el personal a través de formación efectiva, identificando las necesidades de Educación y Formación y otorgar la capacitación a todo el personal que esté a cargo de las actividades esenciales, es una estrategia para lograr los objetivos institucionales. Por tal razón:

- Por medio de los "Perfiles de Cargos o actividades" se determina la competencia que requiere el personal que realiza trabajos que afectan la calidad de la prestación de servicios.
- Proporciona formación o toma acciones que satisfagan necesidades de capacitación y entrenamiento.
- Evalúa la eficacia de las acciones tomadas, por medio del proceso "Evaluación del desempeño".
- Asegura que su personal sea consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de calidad, por medio de los subprocesos "Inducción y reinducción de Personal" y "Capacitación de Personal".

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|------------------------|
| Estado de documento: VIGENTE | Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración. | Tipo de copia: | Nº | Tabla de Retención: | Página 14 de 23 |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|------------------------|

| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
|  | MANUAL | |  |
| | PROCESO | GESTIÓN DE LA CALIDAD | |
| | NOMBRE: | MANUAL DE CALIDAD | |
| | CÓDIGO DEL DOCUMENTO: | 01GC03-V3 | |
| | | | 05GC05-V2 |

5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS

COMUNICACIÓN

EL HUS cuenta con una área de comunicaciones desde la cual se dan las directrices de cómo se realiza la comunicación y los canales esto de acuerdo a el programa estratégico de comunicación en salud y los procedimientos 02GIS08 comunicación interna y 02GIS09 comunicación en crisis.

INFORMACIÓN DOCUMENTADA

El HUS cuenta con un procedimiento para controlar la documentación tanto interna como externa cuando aplique, para la elaboración, validación y aprobación de los mismos por parte del personal responsable como también para su revisión. Lo anterior se realiza de acuerdo al Procedimiento 02GC01 control de documentos y registros, que está incluido en el Listado Maestro de Documentos.

Los controles con que se cuenta aseguran que:

- En todos los Procesos (incluye áreas y/o servicios) en que se efectúen procedimientos esenciales para el desempeño de la misión institucional se disponga de las versiones vigentes y documentos apropiados.
- Se revisan y actualizan los documentos cuando sea necesario y se aprueban nuevamente, por los responsables.
- Se identifica adecuadamente cualquier documento obsoleto conservado para sus propósitos normativos, legales y / o preservación del conocimiento.
- Se procura por que los documentos permanezcan debidamente archivados y fácilmente identificables.
- Los documentos vigentes disponen de fácil acceso y consulta a través de la [Intranet Institucional](#)

Por su parte, el control de los registros se encuentra incluido en el procedimiento 02GC01 control de documentos y registros en el cual se determina y establece cómo se identifican y codifican, dónde se encuentran ubicados en los diferentes Procesos, áreas o servicios y establece que los registros sean legibles, archivados y retenidos de manera que permitan su fácil acceso de acuerdo a la ley de archivo de la Nación.

Adicionalmente para soportar la atención prestada ante los pacientes se cuenta con la Historia Clínica la cual se reglamenta con el manual 01GIS02 Reglamentación de Historia Clínica en la cual se describe desde su apertura, diligenciamiento, distribución, acceso, recuperación, uso, almacenamiento y preservación.

Los Documentos de origen externo (normatividad, documentos de clientes, documentos de entes externos y de control, entre otros) que son utilizados para la prestación de los servicios del Hospital, se encuentran identificados en el Listado Maestro de Documentos Externos. Las copias físicas (papel) de los Documentos de origen externo no son controladas y depende de quien usa el documento (lector) garantizando que esta es la copia más reciente verificándola con el Listado Maestro de Documentos Externos.

OPERACIÓN

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|------------------------|
| Estado de documento: VIGENTE | Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración. | Tipo de copia: | Nº | Tabla de Retención: | Página 15 de 23 |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|------------------------|

5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS

PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL

Para la planificación y desarrollo de la prestación de servicios se ha definido:

- La Gestión por procesos: Elaboración, socialización, implementación y seguimiento.
- La Gestión Documental: Manuales, Procedimientos, Protocolos, Guías de Manejo, Formatos y/o Registros, Procedimientos Técnicos, Indicadores de Gestión.
- Las actividades de verificación, validación, monitoreo e inspección requeridas y los criterios para aceptación del servicio.
- Los registros necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de prestación de servicios y el servicio resultante cumplen lo planeado.
- Sistema Integrado de Calidad.
- Manual de Calidad.

REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

Dentro de la estructura del Sistema de Gestión de la Calidad se tienen en cuenta los procedimientos relacionados al ingreso del servicio demandado, la prestación y egreso del mismo, con el fin de controlar todos los aspectos necesarios.

Una vez definidos los requisitos del servicio, para dar cumplimiento a estos se verifica la capacidad instalada que cumpla y la conveniencia de abrir nuevos servicios para poder atender la población de acuerdo a lo estipulado por la red.

Los cambios de los requisitos de los servicios son comunicados al interior de la organización y se realizan los ajustes de la documentación para dar cumplimiento a estos, al igual que son comunicados al ente territorial y a la comunidad en general.

| PARTES INTERESADAS | REQUISITO | SEGUIMIENTO |
|--------------------|---|--|
| PACIENTES | <p>Necesidad y expectativa del Paciente</p> <p>Atención Segura</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de medicamentos • Plan de manejo e indicaciones de cuidados en casa (Signos de alarma, información y capacitación sobre la enfermedad) CONTINUIDAD <p>Atención Humanizada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trato amable • Comunicación e Información veraz y clara al paciente y su familia • Explicación de la enfermedad de forma clara • Respeto durante la atención en salud • Privacidad y Confidencialidad sobre su enfermedad | <p>Indicadores de Gestión</p> <p>Encuestas de Satisfacción</p> <p>Auditorías Internas de Habilitación, HSEQ</p> <p>Autoevaluación de Acreditación</p> <p>Auditorías de Control Interno</p> |

5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS

| | | |
|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Horarios de visita amplios • Atención preferencial <p>Ambiente Físico seguro y confortable</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orden y Aseo • Comodidad • Alimentación • Tecnología en salud Adecuada <p>Oportunidad en la atención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta externa: De acuerdo a normatividad vigente e Historicos Institucionales • Urgencias: Triage I atención inmediata, Triage II 30 minutos, Triage III y IV entre 3 y 6 horas. • Interconsultas menor a 7 horas • Oportunidad en imágenes diagnosticas:Tiempo desde que se genera la orden hasta la entrega del resultado: <ul style="list-style-type: none"> - rutinario en promedio 12 horas. TAC contrastado: Urgente en promedio 10 horas, - rutinario en promedio 4 horas. TAC Simple: Urgente en promedio 3 horas, - 2 horas; rutinario en promedio 4 horas RX convencional y portátil: Urgente en promedio - rutinario 12 horas Ultrasonografía: Urgente en promedio 6 horas; - en promedio 6 horas Doppler: Urgente en promedio 2 horas; rutinario - Mamografía en promedio 3 días - promedio 8 horas; rutinario 12 horas Procedimientos intervencionistas Urgente en - horas; rutinario en promedio 12 horas. Procedimientos menores Urgente en promedio 6 - Hemodinamia: En promedio 24 horas - 12 horas; rutinarios en promedio 48 horas. Neurointervencionismo: Urgentes en promedio | |
|--|---|--|

5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS

| | | |
|----------------------------------|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Electro fisiología: Se programan jornadas fijas en la semana (Jueves y/o sábado) - Vascular periférico: En promedio 48 horas • Oportunidad en laboratorio clínico y Patología <p style="text-align: center;">Laboratorio Clínico Institucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desde que se ordena hasta la entrega del resultado urgente (Coordinado con enfermería y laboratorio menos de 1 hora) - Rutinario (Menos de 6 horas) - Especiales (De acuerdo al examen) - Cultivos: De 3 a 8 días dependiendo del microorganismo - Ambulatorios menos de 8 horas <p style="text-align: center;">Patología</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urgentes biopsias por congelación: en promedio 30 minutos - Rutinarios: 3 días hábiles - Especiales: 4 días hábiles - Necropsia: 30 días • Tiempo para la atención de consulta externa ágil: menor a 45 minutos desde que llega el paciente hasta que se le factura la cita. • Tramites de egreso ágil. <p>Accesibilidad Pertinencia en la Atención de acuerdo a guías de practica clínica y resultados de la auditoria concurrente Trazabilidad de la atención (Historia Clínica)</p> <p>Del Hospital Universitario de La Samaritana</p> <p>Autocuidado y seguir indicaciones Pago del servicio recibido Cuidar las instalaciones el Hospital Universitario de La Samaritana</p> | |
| <p>ENTIDAD ADMINISTRADORA DE</p> | <p>Autorización de la atención Realización de la consulta médica, oportuna y pertinente, acorde con las necesidades del paciente y</p> | <p>Indicadores Encuestas de Satisfacción</p> |



5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS

| | | |
|---------------------------------------|--|---|
| PLANES DE BENEFICIO (EAPB) | basada en las guías de práctica clínica Accesibilidad Calidad al precio justo con uso racional de los recursos Soportes de la atención Gestión de los trámites oportunos y pertinentes | |
| ENTES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL | Cumplimiento normatividad vigente | Auditorías externas |
| COLABORADORES DEL HOSPITAL | Calidad del trabajo Estabilidad laboral Clima laboral Cumplimiento del código de ética Cumplimiento del código de Buen Gobierno Compromiso con el sistema de gestión y la entidad | Evaluación de desempeño Indicadores Buzón de sugerencias |
| PROVEEDORES | Cumplimiento de los pagos Tiempos de entrega Calidad de los productos Cumplimiento de Especificaciones técnicas | Selección de proveedores Evaluación de proveedores Re evaluación de proveedores |
| COMPETENCIA | Innovación Tarifas Calidad del producto o servicio | Referenciación |
| FAMILIA | Accesibilidad Apoyo emocional Apoyo psicológico Apoyo social | Indicadores Informes del Hospital |
| MEDIO AMBIENTE | Cumplimiento de normatividad vigente Cumplimiento de programas medio ambientales institucionales | Informes del Hospital Indicadores |

CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE

A través de la prestación de nuestros servicios este requisito se encuentra aplicado en su totalidad, de acuerdo al diseño e implementación del proceso de Gestión de Bienes y Servicios, que inicia desde la justificación de necesidades de compra, hasta la reevaluación del proveedor, detallándose las fases de selección, evaluación inicial de proveedores, recepción en las bodegas correspondientes y distribución en los diferentes servicios, el control se lleva por medio de las cláusulas contractuales y las supervisiones de los contratos.

PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO

| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
|  | MANUAL | |  |
| | PROCESO | GESTIÓN DE LA CALIDAD | |
| | NOMBRE: | MANUAL DE CALIDAD | |
| | CÓDIGO DEL DOCUMENTO: | 01GC03-V3 | |
| | | | 05GC05-V2 |

5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS

El Hospital brinda atención al usuario y su familia a través de un modelo de gestión por procesos en la prestación de servicios de salud de alta complejidad entre los cuales contamos con: Atención al paciente de Urgencias, Atención al paciente Ambulatorio, Atención al paciente Quirúrgico, Atención al paciente Hospitalizado (Cuidado Intensivo Adulto y Neonatos, Hospitalización – Cuidado Intermedio Adulto), Apoyo Diagnóstico (Laboratorio – Patología), Banco de Sangre, Imágenes diagnósticas y Atención farmacéutica.

La prestación del servicio se enmarca en la documentación e implementación de Manuales, Procedimientos, Protocolos, Guías de práctica clínica, Formatos y Registros, Procedimientos Técnicos; como también los medios por los cuales se realiza la trazabilidad del servicio, que para nuestro caso es la Historia Clínica Electrónica, dando cumplimiento a la normatividad legal vigente.

CONTROL DE SALIDAS NO CONFORMES

Para el Hospital Universitario de La Samaritana una salida No Conforme son los Eventos Adversos derivados de la Atención en salud a los cuales se realiza el tratamiento de acuerdo al procedimiento 02GC04 Gestión de novedades de seguridad del paciente. Adicionalmente las Quejas y Reclamos realizadas por los Pacientes y su familia

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

Se realiza seguimiento y medición de los procesos de acuerdo al monitoreo y análisis de los indicadores de gestión de cada proceso, auditorías internas, Medición de quejas y reclamos tomando las acciones necesarias para su ajuste, mejoramiento y control. En cuanto al servicio prestado se realiza de acuerdo al monitoreo del diligenciamiento de la historia clínica, PQRS y Análisis de novedades de seguridad del paciente.

Se realiza seguimiento a la información relativa a la percepción de nuestros clientes y usuarios, con respecto al cumplimiento de sus necesidades y expectativas, por medio de los procesos de Recepción, tramite y respuesta de quejas y reclamos, Información general a usuarios y sus familiares del HUS, Apertura del Buzón de sugerencias y Aplicación de encuestas de satisfacción al usuario



El Hospital Universitario de la Samaritana recopila y analiza información y datos requeridos, para evaluar la adecuación y efectividad del sistema de gestión de la Calidad, la satisfacción del Cliente y para identificar oportunidades para el mejoramiento continuo. Los datos e información recopilada en los registros, son archivados y analizados periódicamente, para determinar tendencias en el desempeño y efectividad del sistema de gestión.

AUDITORIA INTERNA

El HUS ha desarrollado un Modelo Integral de Auditorías Internas, en el cual se determinan las responsabilidades y requisitos para la planificación y realización de las auditorías, para informar los resultados y para mantener los registros correspondientes, incluyendo el informe final de resultados.

Como parte del mejoramiento continuo (Ciclo PHVA), en la ESE Hospital Universitario de La Samaritana se tiene definido el Programa de Auditoría, el cual incluye la auto evaluación

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|------------------------|
| Estado de documento: VIGENTE | Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración. | Tipo de copia: | Nº | Tabla de Retención: | Página 20 de 23 |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|------------------------|

| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
|  | MANUAL | |  |
| | PROCESO | GESTIÓN DE LA CALIDAD | |
| | NOMBRE: | MANUAL DE CALIDAD | |
| | CÓDIGO DEL DOCUMENTO: | 01GC03-V3 | |
| | | | 05GC05-V2 |

5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS

del Sistema Único de Habilitación, la Auto evaluación del Sistema de Acreditación, así como el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Gestión de Novedades de Seguridad del paciente, Recepción, trámite y respuesta de peticiones de usuarios y acciones médico legales, Paciente Trazador, encaminadas al fortalecimiento del Sistema Integrado de Calidad del Hospital.

Con el fin de asegurar el buen desarrollo de los procesos, el hospital promueve actividades, procesos, mecanismos de seguimiento y acompañamiento técnico, para el fortalecimiento del mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.

Se cuenta con un Equipo Humano del proceso de gestión de la calidad quienes, en conjunto con los Líderes de Proceso se encargan de realizar las actividades de seguimiento y verificación de los requisitos establecidos en el Sistema.

REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

La Gerencia es la estancia encargada de realizar la revisión periódica al Sistema de Gestión de manera anual para su posterior presentación y aprobación por el Comité Directivo y de ser necesario, del Comité Coordinador de Control Interno.

La revisión se basa en identificar e implementar las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar los cambios necesarios en el Sistema Integrado de Calidad incluyendo la Política y los Objetivos de Calidad.

La información para la revisión incluye:



- Resultados de Auditoría interna y externa,
- Retroalimentación del cliente,
- Desempeño de procesos y conformidad de los servicios,
- Estado de acciones correctivas y preventivas,
- Acciones de seguimiento de revisiones por la Dirección previas,
- Cambios que podrían afectar al Sistema Integrado de Calidad,
- Resultados programas institucionales
- Recomendaciones para la mejora.

De esta revisión se toman las decisiones y acciones relacionadas con el sistema de gestión en cuanto a las oportunidades de mejora, recursos y necesidades de cambio.

MEJORA

Los esfuerzos de mejoramiento son conducidos por metas definidas en la política y objetivos de calidad. Las oportunidades de mejora son identificadas analizando los datos e información sobre el desempeño de la calidad. Los proyectos de mejoramiento son definidos a través de acciones correctivas y/o preventivas y de las acciones tomadas en la

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|------------------------|
| Estado de documento: VIGENTE | Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración. | Tipo de copia: | Nº | Tabla de Retención: | Página 21 de 23 |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|------------------------|

| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
|  | MANUAL | |  |
| | PROCESO | GESTIÓN DE LA CALIDAD | |
| | NOMBRE: | MANUAL DE CALIDAD | |
| | CÓDIGO DEL DOCUMENTO: | 01GC03-V3 | |
| | | | 05GC05-V2 |

5. RELACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS E INTERACCIÓN ENTRE ELLOS

revisión por la Gerencia, la metodología definida por la organización para mejoramiento esta descrita en el procedimiento 02GC03 Formulación, seguimiento y cierre del Plan Único de mejora por proceso – PUMP.

En el seguimiento de la mejora se verifica el cumplimiento de las acciones de mejora planificadas y se evalúa que el impacto sea el esperado, esta verificación se hace a través de seguimiento semestral, en los cuales se registran los soportes del avance, las observaciones relevantes, lo pendiente por ejecutar y se califica el estado del avance: Completo, En desarrollo, Atrasado o No iniciado, de esta manera se verifica la eficacia de las acciones de mejora.

Se Registran las barreras, problemas o limitantes presentados para el cumplimiento de la acción de mejora.

Se evalúa el comportamiento del indicador de impacto o el objetivo esperado, relacionado con el cumplimiento de la meta establecida midiendo el avance del mejoramiento y el cumplimiento de la meta, de esta manera se verifica la efectividad de las acciones de mejora

El desempeño de la calidad, es evaluado mediante análisis de la información acerca de la Satisfacción del Cliente, resultado de Auditorías Internas y Externas, registros de no conformidades, de la retroalimentación efectuada por los Comités e información relevante a la gestión de la calidad.

Cuando un objetivo de la calidad es logrado, la revisión por la dirección fija un nuevo objetivo más alto en esa área y nuevas acciones de mejoramiento continuo para lograrlo. Este proceso de facilitar la mejora continua, mediante el uso de la política de la Calidad, objetivos y análisis de datos. Se fortalecerá el autocontrol, la autogestión y el liderazgo hacia la calidad en cada uno de los procesos.

6. BIBLIOGRAFÍA

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN (ICONTEC). Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos. Cuarta actualización. Bogotá D.C.: ICONTEC, 2015. NTC-ISO 9001.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN (ICONTEC). Términos definiciones. Bogotá D.C.: ICONTEC, 2015. NTC-ISO 9000.

Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014



Resolución 2082 de 2014

Resolución 2003 de 2014

7. CONTROL DE CAMBIOS

| VERSIÓN | FECHA | ÍTEM MODIFICADO | JUSTIFICACIÓN |
|---------|------------|---|---|
| 1 | 16/12/2015 | La transición de documentos de acuerdo a la reingeniería de proceso de acuerdo al nuevo mapa de procesos. | Nuevo mapa de procesos, transición documental |

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|------------------------|
| Estado de documento: VIGENTE | Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración. | Tipo de copia: | Nº | Tabla de Retención: | Página 22 de 23 |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|------------------------|

| | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|---|
|  <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>El compromiso siempre es el resultado</i></p> | MANUAL | |  |
| | PROCESO | GESTIÓN DE LA CALIDAD | |
| | NOMBRE: | MANUAL DE CALIDAD | |
| | CÓDIGO DEL DOCUMENTO: | 01GC03-V3 | |
| | | | 05GC05-V2 |

| | | | |
|---|------------|--|--|
| 2 | 05/02/2016 | Ajustes en la relación de los procedimientos e interrelación entre ellos | Modificaciones frente a control documental |
| 3 | 24/08/2017 | Todo el documento | Cambio de la NTC ISO 9001 versión 2008 a NTC ISO 9001 versión 2015 |

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|------------------------|
| Estado de documento: VIGENTE | Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración. | Tipo de copia: | Nº | Tabla de Retención: | Página 23 de 23 |
|-------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------------------------|------------------------|