

 <p>E.S.E Hospital <i>San Jerónimo</i> <small>Trabajamos por ti, por tu salud</small></p>	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 1 de 86

# ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA AREA DE PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD

**2020**

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 2 de 86

## 1. INTRODUCCION.

La planeación operativa consiste en establecer claramente la aplicación del plan estratégico conforme a objetivos específicos. El Modelo Integrado de Planeación y Gestión es el marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades públicas con el fin de generar resultados que atiendan a los planes de desarrollo y que resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos con integridad y calidad en los servicios. Este Modelo, en su versión actualizada está reglamentado por el decreto 1499 de 2017.

Para facilitar los procesos de planeación y gestión de calidad, las instituciones hospitalarias públicas, en el marco de la nueva gestión pública, deberán aplicar aquellas reformas que garanticen una mayor efectividad y eficiencia. Estas empresas operan en mercados imperfectos, deberán tener un manejo flexible, descentralización operativa y autonomía relativa, combinados en dosis prudentes con la planificación y los controles, junto con más y mejor inversión constituye el marco estratégico para la institución.

La planificación estratégica es una herramienta con plena vigencia y utilidad en la dirección de todo tipo de organizaciones, incluidas las organizaciones sanitarias. El nivel de la organización al que el proceso de planificación estratégica es pertinente es función del tamaño de la unidad, de su complejidad y de la diferenciación del servicio que se presta. Un servicio de cardiología o una unidad de electrofisiología o de hemodinámica pueden ser un nivel adecuado siempre que su plan se alinee con otros eventualmente existente en niveles superiores. Es el líder de cada unidad el responsable de promover el proceso de planificación, como parte esencial y nuclear de su función. El proceso para la planificación estratégica es programable, sistemático, racional y holístico e integra el largo, medio y corto plazo, lo que permite orientar la organización sanitaria hacia transformaciones relevantes y duraderas para el futuro.

## 2. OBJETIVO.

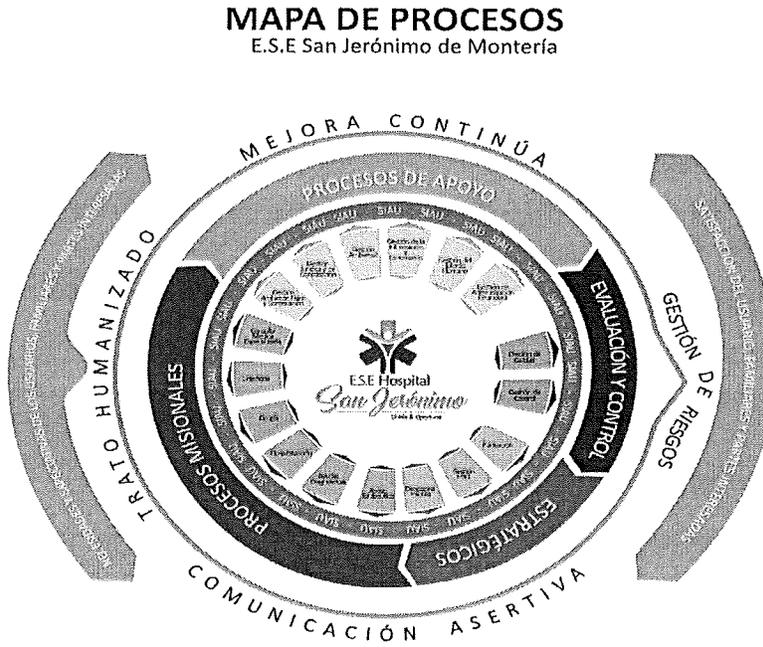
Es un conjunto de procesos llevados a cabo para identificar el futuro deseado de la organización y desarrollar las guías de decisión que conducen a él. Cuando una organización tiene un comportamiento consistente y sólido en el tiempo, es que tiene una estrategia. La estrategia es un medio que la organización elige para moverse desde donde está hoy hasta una situación deseada en el futuro.

## 3. ALCANCE.

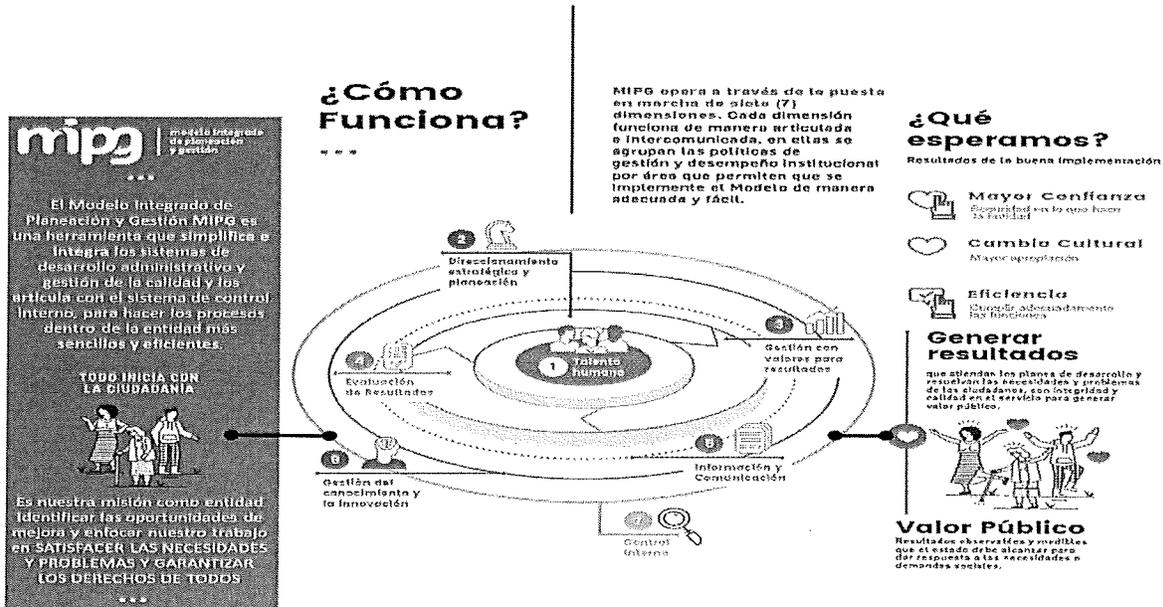
Los procesos del area aplican para todos los componentes definidos por el departamento administrativo de la funcion publica que coherentes con la planeacion estrategica de la empresa, asi como lo definido por el decreto unico reglamentario del sector salud referente a los sistemas de calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud..

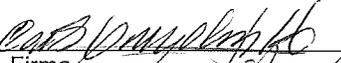
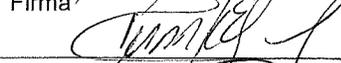
Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

4. MAPA DE PROCESOS DE LA ESE.



5. ARTICULACION CON EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION.



Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 4 de 86

MIPG en esta dimensión se establecen los siguientes atributos de calidad que la entidad debe proyectar, así:

- Direccionamiento estratégico orientado al propósito fundamental para el cual fue creada la entidad y la generación de valor público.
- Direccionamiento estratégico que responde al análisis del contexto externo e interno para su propósito y que afectan a su capacidad para lograr los resultados.
- Direccionamiento y planeación estratégica comunicada e interiorizada a todos los servidores y contratista.
- Los usos de los recursos disponibles atienden las políticas de transparencia, integridad y racionalización gasto público.
- Meta estratégica de gran alcance coherente con el propósito y las necesidades del los grupos de valor.
- La Entidad ofrece a los grupos de valor, información oportuna, clara, completa, imparcial y consistente frente a la prestación de los servicios.
- La entidad promueve espacios de participación ciudadana, los evalúa y genera acciones de mejora en los mismos.

## 6. ESTRUCTURA FUNCIONAL DEL AREA DE PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD.

El grupo funcional y operativo del area de planeacion y gestion de calidad esta conformado de la siguiente forma:

- Profesional Especializado Planeacion y Gestion de Calidad (Coordinador).
- Profesional Universitario Sistema de Informacion y SIAU.
- Profesional Universitario Area de la Salud Epidemiologia.
- Profesional Universitario Area de la Salud Seguridad del Paciente.
- Profesional Contratista de apoyo a la gestion de planeacion y calidad
- Auxiliar administrativo Estadísticas Vitales/Sivigila.
- Auxiliares Administrativos SIAU.
- Auxiliar de enfermería estadísticas.
- Auxiliares de Enfermería area de epidemiología.

## 7. ORGANIGRAMA FUNCIONAL AREA DE PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020



## 8. FUNCIONES GENERALES DEL AREA DE PLANEACION Y GESTION DE LA CALIDAD.

### 8.1 FUNCIONES DEL AREA DE PLANEACION Y GESTION DE LA CALIDAD.

Participar en la formulación, diseño, organización, ejecución y control de planes y programas del área asistencial de su competencia

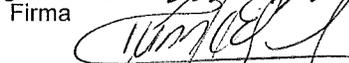
Coordinar, promover y participar en los estudios e investigaciones que permitan mejorar la prestación de los servicios a su cargo y el oportuno cumplimiento de los planes, programas y proyectos, así como la ejecución y utilización óptima de los recursos disponibles.

Proponer e implantar procesos, procedimientos, métodos e instrumentos requeridos para mejorar la prestación de los servicios a su cargo

Estudiar, evaluar y conceptuar sobre las materias de competencia del área interna de desempeño, y absolver consultas de acuerdo con las políticas institucionales.

Coordinar y realizar estudios e investigaciones tendientes al logro de los objetivos, planes y programas de la entidad y preparar los informes respectivos, de acuerdo con las instrucciones recibidas.

Adoptar a través de criterios definidos por el ministerio de salud, Secretaría de Desarrollo de la Salud, Departamento Administrativo de la Función Pública "DAFP", las metodologías para la elaboración de planes y programas que den respuesta a la visión y misión de la empresa.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

 <p>E.S.E Hospital <i>San Jerónimo</i> <small>Trabajamos por ti, por tu salud</small></p>	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>		Página 6 de 86

Diseñar juntamente con un equipo multidisciplinario, la elaboración del plan de desarrollo institucional, el plan operativo anual, los planes de mercadeo, para lograr el mejoramiento institucional en cantidad y calidad de los servicios que se ofrecen.

Participar y apoyar en coordinación con la Subgerencia Administrativa el proyecto de presupuesto de funcionamiento e inversión de la empresa, ajustados a los lineamientos normativos y plan de desarrollo institucional, para garantizar el normal funcionamiento de la empresa.

Fomentar la cultura del cambio organizacional, teniendo presente la evaluación permanente del entorno y las necesidades de los clientes.

Elaborar y presentar ante los entes pertinentes los proyectos elaborados para la aprobación de recursos para que estos surtan los resultados esperados.

Planear conjuntamente con los jefes de áreas o servicios las actividades encaminadas a garantizar el óptimo funcionamiento de la empresa, y el uso racional de los recursos para garantizar la calidad en la prestación de servicios.

Asesorar en la elaboración e implementación de herramientas para el diseño y aplicación de indicadores de gestión integral y medición efectiva de resultados que permitan la planeación en los

diferentes procesos de la organización.

Participar en la evaluación y análisis de los indicadores de gestión de la empresa para presentar al gerente las áreas críticas identificadas y proponer mecanismos de ajuste.

Participar en la revisión y ajuste de un sistema de control de calidad en la prestación de servicios de la empresa.

Dirigir y participar en la actualización y difusión de los manuales de normas y procedimientos de los procesos y programas de la empresa.

Participar en el análisis y proyecciones sobre el comportamiento económico del presupuesto de ingresos y gastos y realizar recomendaciones que garanticen la eficiencia de su manejo.

Apoyar técnica y administrativamente a la Gerencia en el diseño e implementación de las normas y procedimientos para la adecuada organización de la empresa.

Promover la Política de Calidad de la ESE.

Orientar y coordinar el Comité de Calidad de la ESE.

Apoyar y colaborar con los Servicios en el cierre y evaluación periódica de las brechas establecidas en el proceso de auditorías.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 7 de 86

Participar en la priorización, elaboración, aplicación, desarrollo y evaluación de programas de intervención de las áreas en la que se detecten brechas para el logro del cumplimiento de cada uno de los componentes del Decreto 1011 de 2006.

Participar en el diseño y desarrollo del Programa de Vigilancia, Prevención de Eventos Adversos y Seguridad del HSJM.

Identificar los tipos de documentación exigidos en el manual de Calidad y Proceso de Acreditación de la ESE y colaborar en propuesta de formato estándar para cada una de ellas.

Diseñar y proponer a la Gerencia la implementación y desarrollo de instrumentos de evaluación, de eficiencia, eficacia y de calidad de los servicios asistenciales que presta el Hospital.

Promover y colaborar en la confección de instructivos, protocolos, normas, manuales, guías clínicas, y otros documentos que pudiesen ser necesarios.

Colaborar en el proceso de capacitación en temas de calidad y de manera conjunta con el área de recursos humanos.

Preparar y presentar oportunamente los respectivos informes de ley de conformidad con la naturaleza del cargo.

Realizar supervisión de contratos, la cual consiste en el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico de los contratos propios del área; conforme a los estatutos, manuales y procedimientos de supervisión e interventoría de la entidad, y acorde a la normativa vigente aplicable al caso.

Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo con los manuales de procesos y procedimientos de la entidad, inherentes a la naturaleza del cargo.

## 8.2 FUNCIONES DEL AREA DE SISTEMA DE INFORMACION Y SIAU

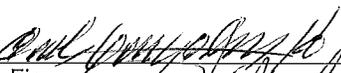
Participar en la formulación, diseño, organización, ejecución y control de planes y programas del Sistema de Información y atención al Usuario

Coordinar, promover y participar en los estudios e investigaciones que permitan mejorar la prestación de los servicios a su cargo y el oportuno cumplimiento de los planes, programas y proyectos, así como la ejecución y utilización óptima de los recursos disponibles.

Proponer e implantar procesos, procedimientos, métodos e instrumentos requeridos para mejorar la prestación de los servicios a su cargo

Estudiar, evaluar y conceptuar sobre las materias de competencia del área interna de desempeño, y absolver consultas de acuerdo con las políticas institucionales.

Coordinar y realizar estudios e investigaciones tendientes al logro de los objetivos, planes y programas de la entidad y preparar los informes respectivos, de acuerdo con las instrucciones recibidas.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 8 de 86

Promover y facilitar los procesos de participación social y comunitaria.

Asesorar y mantener activa la Asociación de Usuarios.

Promover acciones y actividades que conduzcan a ofrecer una adecuada orientación e información a los usuarios.

Promover la formulación de políticas y programas institucionales que permitan mejorar la calidad en la prestación de los servicios.

Establecer mecanismos que permitan la recolección, consolidación y análisis sistemático de la percepción del usuario sobre la calidad de los servicios, que sirva de base para el diseño de planes de mejoramiento.

Promover el uso adecuado de la red de servicios.

Dirigir, y ofrecer información veraz y oportuna a cada uno de los visitantes, usuarios y acompañantes, que requieran los servicios del hospital, a fin de que sean atendidos con eficacia y oportunidad.

Diseñar, administrar, analizar y mantener los mecanismos de atención de quejas, peticiones y reclamos de los usuarios.

Presentar informes a la gerencia sobre el nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en la ESE.

Participar en la planificación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y administración del área.

Desarrollar e implementar métodos, herramientas e instrumentos técnicos de monitoreo, seguimiento, análisis, estudio, evaluación y control de la gestión hospitalaria, contribuyendo en la toma de decisiones orientadas hacia la mayor eficacia y eficiencia de los distintos niveles de la organización.

Organizar procedimientos que agilicen el flujo de información y desarrollar registros secundarios básicos de acuerdo con programas, necesidades y propósitos del sistema de información del hospital.

Realizar los procedimientos técnicos específicos para la recolección, presentación y análisis de datos, institucionales y externas, para el cumplimiento de los fines misionales de la ESE.

Desarrollar la gestión operativa de la producción institucional, procurando la máxima eficacia, oportunidad, periodicidad de la producción de la información.

Revisar y analizar críticamente la codificación e información provenientes de las áreas de atención, con el objeto de determinar la complejidad clínica de los pacientes y asociando esta complejidad al consumo de recursos.

Monitorizar el cumplimiento de las metas institucionales, alertando oportunamente a los involucrados, con el fin de corregir las desviaciones reales o potenciales, al mismo tiempo apoyando metodológicamente en el desarrollo de planes de mejora al control del cumplimiento de compromisos institucionales adquiridos con los entes de control.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 9 de 86

Supervisar y controlar el cumplimiento de las normas sobre recolección y remisión de información correspondiente a los indicadores de la ESE.

Garantizar por el abastecimiento oportuno de formularios y generación de datos necesarios para el cálculo de los indicadores de la ESE.

Garantizar el cumplimiento del envío de los reportes de obligatorio cumplimiento relacionados con el sistema de información de la ESE.

Participar en el desarrollo de criterios y métodos para la determinación de indicadores de calidad en la prestación de los servicios de salud.

Preparar los resúmenes estadísticos requeridos y presentar los informes necesarios a la jefatura y demás usuarios.

Asesorar a los distintos niveles de la organización en la definición e implementación de los procesos de generación de la información, procurando la máxima eficacia, eficiencia, oportunidad y periodicidad de la información.

Preparar informes que le sean requeridos de los distintos niveles de la organización.

Velar por el cumplimiento en cuanto a calidad de los reportes institucionales como RIPS, Alerta Temprana, Sistema de vigilancia epidemiológica, entre otros.

Participar en los procesos de investigación interdisciplinaria, dentro del ámbito de convenios docente – asistencial y en los que sea necesario la vinculación del sistema de información de la ESE HSJM.

Realizar por designación la supervisión de contratos propios del área, la cual consiste en el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico de los contratos; conforme a los estatutos, manuales y procedimientos de supervisión e interventoría de la entidad, y acorde a la normativa vigente aplicable al caso.

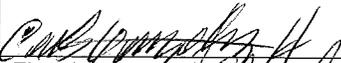
Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo con los manuales de procesos y procedimientos de la entidad, inherentes a la naturaleza del cargo.

### 8.3 FUNCIONES DEL AREA DE EPIDEMIOLOGIA.

Participar en la formulación, diseño, organización, ejecución y control de planes y programas en el área de epidemiología.

Coordinar, promover y participar en los estudios e investigaciones que permitan mejorar la prestación de los servicios a su cargo y el oportuno cumplimiento de los planes, programas y proyectos, así como la ejecución y utilización óptima de los recursos disponibles.

Proponer e implantar procesos, procedimientos, métodos e instrumentos requeridos para mejorar la prestación de los servicios a su cargo

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>		Página 10 de 86

Estudiar, evaluar y conceptuar sobre las materias de competencia del área interna de desempeño, y absolver consultas de acuerdo con las políticas institucionales.

Coordinar y realizar estudios e investigaciones tendientes al logro de los objetivos, planes y programas de la entidad y preparar los informes respectivos, de acuerdo con las instrucciones recibidas.

Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas, funciones y de procesos y procedimientos de las áreas asistenciales, con el fin de estandarizar el quehacer del personal profesional y operativo en cuanto al control de infecciones y vigilancia epidemiológica.

Dar a conocer las normas técnico-administrativas de vigilancia epidemiológica, promoviendo su aplicación y llevando a práctica los correctivos existentes para el cumplimiento de las mismas.

Fomentar el trabajo interdisciplinario y la coordinación intra e intersectorial para la búsqueda activa institucional a fin de mejorar las condiciones de seguridad al usuario.

Promover y participar en el desarrollo de investigaciones, aportando al mejoramiento de procesos y procedimientos seleccionados como prioritarios para el cumplimiento de la misión de la Institución.

Realizar la gestión clínica que permita evaluar oportunamente, las desviaciones a los lineamientos epidemiológicos asegurando la disminución de riesgos inherentes durante el proceso de atención al paciente.

Participar activamente en las diferentes actividades o reuniones de carácter científico y/o administrativo que le sean asignadas, con el fin de gestionar los cambios y medidas que considere convenientes para el mejoramiento de la Institución y promover el cumplimiento de las recomendaciones emanadas de estos.

Vigilancia activa de pacientes con presencia de factores de riesgo relacionados con infecciones asociadas al cuidado en salud (IACS), que oriente a la toma de decisiones, a la implementación, seguimiento y evaluación de planes de mejoramiento que favorezcan la disminución de dicho riesgo.

Detección, verificación y divulgación oportuna a entes municipales y departamentales de eventos de notificación obligatoria. Acatamiento e implementación institucional de directrices y planes de contingencia emanados por éstos. Seguimiento y evaluación de estos.

Establecimiento de normas, directrices y políticas institucionales encaminadas a prevenir y/o disminuir los riesgos asociados a los diferentes procesos de la atención en salud.

Vigilancia microbiológica en los procesos de central de mezclas, servicio de alimentación, re uso y demás pertinente a sus funciones, con elaboración de plan de mejoramiento y seguimiento.

Seguimiento de los procesos ejecutados en el programa de Clínica de Heridas de la Institución y presentar informes mensuales con indicadores de resultado.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 11 de 86

Acatar y cumplir con las directrices trazadas por la secretaria de salud Municipal y Departamental y las del Ministerio de la Protección Social, Sivigila, etc. Y presentar los informes pertinentes periódicamente y en forma oportuna.

Participar activamente del Comité de Infecciones en reuniones y acciones de mejora.

Participar Comité de Seguridad del paciente en reuniones y tareas asignadas.

Implementar los planes de mejoramiento y seguimiento recomendados por los entes de Habilitación, Acreditación y UCI.

Realizar las guías inherentes a sus funciones y socializarlas.

Participar en la inducción y reinducción de los funcionarios y personal rotatorio de convenios docente asistenciales.

Participación de unidades de análisis, cumplimiento de la notificación de eventos de interés en salud pública y participación del comité municipal de vigilancia.

Realizar supervisión de contratos, la cual consiste en el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico de los contratos; conforme a los estatutos, manuales y procedimientos de supervisión e interventoría de la entidad, y acorde a la normativa vigente aplicable al caso.

Contribuir de acuerdo con sus capacidades y competencias, y en concertación con el jefe inmediato y el líder de docencia e investigación, en los procesos de docencia, investigación e innovación promovidos por la organización.

Realizar supervisión de contratos, la cual consiste en el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico de los contratos propios del área; conforme a los estatutos, manuales y procedimientos de supervisión e interventoría de la entidad, y acorde a la normativa vigente aplicable al caso.

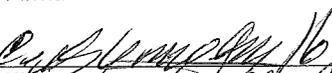
Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo con los manuales de procesos y procedimientos de la entidad, inherentes a la naturaleza del cargo.

#### 8.4 FUNCIONES DEL AREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Participar en la formulación, diseño, organización, ejecución y control de planes y programas en los programas de seguridad del paciente.

Coordinar, promover y participar en los estudios e investigaciones que permitan mejorar la prestación de los servicios a su cargo y el oportuno cumplimiento de los planes, programas y proyectos, así como la ejecución y utilización óptima de los recursos disponibles.

Proponer e implantar procesos, procedimientos, métodos e instrumentos requeridos para mejorar la prestación de los servicios a su cargo.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>		Página 12 de 86

Estudiar, evaluar y conceptualizar sobre las materias de competencia del área interna de desempeño, y absolver consultas de acuerdo con las políticas institucionales.

Coordinar y realizar estudios e investigaciones tendientes al logro de los objetivos, planes y programas de la entidad y preparar los informes respectivos, de acuerdo con las instrucciones recibidas.

Identificar, familiarizarse y comprender los puntos que hacen parte del programa de seguridad del paciente.

Fomentar en el equipo de trabajo la cultura de seguridad del paciente

Actualizarse y asegurarse que el equipo de trabajo se mantenga actualizado en temas referentes a seguridad del paciente.

Suscribir y cumplir acuerdos de gestión con las diferentes áreas asistenciales de la ESE.

Adaptar y adoptar las normas técnicas y los modelos de salud orientados a mejorar la prestación de los servicios.

Participar en las actividades de coordinación y evaluación docente asistencial, para lograr una mayor eficiencia en la prestación de los servicios y calidad del recurso humano en formación.

Asistir y participar activamente en los comités programados por la ESE y que son de competencia de la subdirección científica o a los que el jefe inmediato delegue la asistencia.

Fomentar el correcto diligenciamiento de la historia clínica con todos y cada uno de los parámetros asistenciales y administrativos de norma a través de programas de formación continua dirigido a todo el personal asistencial.

Evaluar y tomar los correctivos solicitados por otras áreas de los respectivos planes de mejoramiento generadas por personal médico y asistencial.

Coordinar la implementación del programa paciente trazador de la ESE.

Evaluar en conjunto con el comité de seguridad el análisis de los reportes de eventos adversos.

Analizar los diferentes reingresos que se presenten en el servicio de urgencias.

Actualizarse y asegurarse que el equipo de trabajo se mantenga actualizado en temas referentes a seguridad del paciente.

Promocionar continuamente el ambiente de seguridad del paciente, asegurando que hay los recursos requeridos.

Investigar e implementar las mejores prácticas existentes para el desarrollo de una cultura de seguridad de paciente.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>		Página 13 de 86

Liderar y convocar las reuniones del equipo de trabajo para analizar eventos adversos; y para definir las estrategias a implementar para el desarrollo del programa de seguridad del paciente.

Diseñar acciones específicas que fomenten y promueven la mitigación o disminución del nivel de ocurrencia de los incidentes o eventos adversos presentados.

Involucrar al equipo de trabajo en el proceso de identificación y reporte de eventos adversos; y de vigilancia activa.

Diseñar e implementar metodologías que conduzcan a la búsqueda activa eventos adversos independiente del autocontrol.

Vigilar que se realicen los reportes a entes de control relacionados con Tecnovigilancia.

Vigilar que se realicen los reportes a entes de control relacionados con Farmacovigilancia.

Vigilar que se realicen los reportes a entes de control relacionados con Reactivo vigilancia.

Desarrollar una política de comunicación abierta con los pacientes sobre asuntos de seguridad del paciente y su autocuidado.

Asegúrese de que los pacientes reciben una disculpa inmediata, y son tratados con respeto y cordialidad, en especial cuando se presenten eventos adversos.

Aprender y compartir lecciones de seguridad del paciente con el equipo de trabajo.

Promover acciones para el control efectivo de las infecciones intrahospitalarias.

Velar que las áreas locativas y equipos se encuentren en óptimas condiciones para efectiva prestación de los servicios de salud.

Promover la capacitación, actualización y reentrenamiento del personal asistencial.

Realizar supervisión de contratos, la cual consiste en el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico de los contratos propios del área; conforme a los estatutos, manuales y procedimientos de supervisión e interventoría de la entidad, y acorde a la normativa vigente aplicable al caso.

Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo con los manuales de procesos y procedimientos de la entidad, inherentes a la naturaleza del cargo.

### 8.5 FUNCIONES AUXILIAR ADMINISTRATIVO ESTADISTICAS VITALES.

Orientar a los usuarios y suministrar la información que les sea solicitada, de conformidad con los procedimientos establecidos.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>	Página 14 de 86	

Desempeñar funciones de oficina y de asistencia administrativa encaminadas a facilitar el desarrollo y ejecución de las actividades del área de desempeño.

Participar en la consolidación y tabulación de información epidemiológica.

Recolectar la información básica de utilidad para el desarrollo de las actividades de vigilancia epidemiológica

Apoyar en el cargue en la plataforma SIVIGILA y las plataformas informáticas que se deriven de los diferentes actores en el sistema general de salud relacionados con el proceso de epidemiología.

Validar la información del aplicativo RUAF-ND, de acuerdo con, el lineamiento establecido por el Ministerio de Salud y retroalimentar a la coordinación del área.

Apoyar en la retroalimentación del personal asistencial en el diligenciamiento de las fichas de vigilancia epidemiológicas y actas de nacimiento y defunción.

Apoyar en la consolidación de la base de datos de precriticas de las muertes presentadas en la institución.

Guardar la debida reserva y discreción de la información que se le ha confiado.

#### **8.6 FUNCIONES AUXILIAR ADMINISTRATIVO SISTEMA DE INFORMACION Y SIAU.**

Orientar a los usuarios y suministrar la información que les sea solicitada, de conformidad con los procedimientos establecidos.

Recibir y tramitar las diferentes peticiones, reclamos y sugerencias presentadas por los usuarios. Así mismo ser oportuno y claro en la respuesta al usuario.

Brindar a los usuarios información veraz, oportuna y de calidad sobre la forma de acceder a los servicios de salud, garantizando siempre que no se obstaculice el tratamiento o servicio del afiliado.

Solucionar y orientar problemas y/o situaciones sociofamiliares y económicos que afectan la salud de los pacientes.

Facilitar la intervención de los profesionales de psicología y trabajo social, comunicando oportunamente en los casos que se requiera.

Asesorar a los usuarios en la identificación y utilización adecuada de los recursos Institucionales y humanos para la solución de problemas.

Realizar encuestas a los usuarios de los servicios con el fin de conocer su percepción sobre la prestación del servicio y así establecer acciones de mejora.

Promover y garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y la normatividad vigente.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 15 de 86

## 9. ESTRATEGIAS DE GESTION.

**ESTRATEGIA 1:** Instalar la calidad y el mejoramiento continuo en la gestión hospitalaria tanto en el área asistencial, de apoyo clínico y administrativo totalmente centrada en el usuario y su familia.

**ESTRATEGIA 2:** Identificar los mayores problemas en tiempos de respuesta a demanda del usuario, adoptando las medidas necesarias para resolverlo según criterios de acceso y oportunidad.

**ESTRATEGIA 3:** Seguimiento permanente al flujograma general de operaciones de la ESE Hospital San Jerónimo de Montería, y coordinar todas las estrategias de mejoramiento centrado en el aumento de la facturación de servicios, aumento de radicación de cuentas y aumento en el recaudo por servicios prestados.

**ESTRATEGIA 4:** La implementación de una estructura de operación de la E.S.E basada en un sistema de costos hospitalarios.

## 10. PROCESOS DEL AREA DE PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD.

### 10.1 COMPONENTE PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD.

#### 10.1.1 PROCESO ELEBORACION PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL.

#### OBJETIVO:

Establecer las actividades para elaborar el Plan de Acción Institucional, como medio para asegurar la real y efectiva ejecución de los objetivos institucionales.

#### ALCANCE:

El procedimiento inicia cuando el área de planeación de la E.S.E comunica los lineamientos de la Alta Dirección, los cuales contienen la orientación estratégica para la siguiente vigencia y termina cuando el equipo de líderes de procesos analiza las oportunidades de mejora y determina la conveniencia o no de formular acciones de mejora, de acuerdo con el Informe de Gestión de la vigencia anterior.

#### DEFINICIONES:

- **ACTIVIDAD:** conjunto de acciones concretas, que ejecutadas logran el cumplimiento de un resultado específico que materializa tanto los objetivos de las dependencias y de los procesos, como el aporte e incidencia sobre los propósitos del Plan Estratégico y de los Objetivos Corporativos. Su redacción debe iniciar con un verbo en infinitivo que indique la acción.
- **ESTRATEGIA:** conjunto de acciones que se implementarán en un contexto determinado con el objetivo de lograr el fin propuesto.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>		Página 16 de 86

- **FACILITADOR DE PROCESO:** funcionario del área de Planeación encargado de orientar, asesorar, impulsar y poner en marcha estrategias para la debida implementación y el mejoramiento del Sistema Integrado de gestión.
- **GESTIÓN:** conjunto de acciones y actividades coordinadas, para dirigir y controlar una entidad, involucra la toma de decisiones orientadas a cumplir la misión institucional. La gestión parte del direccionamiento estratégico que involucra la misión, la visión, las políticas y objetivos, los planes, las metas y la asignación de recursos para obtener los resultados en la forma más eficiente y eficaz posible. Este proceso es dinámico y permanente y se lleva a cabo mediante directrices apoyadas en los flujos de información, el control, la evaluación, el análisis de datos y la cultura organizacional.
- **GESTOR DE PROCESO:** funcionario de las dependencias que conforman el equipo multidisciplinario de gestores del proceso, con el propósito de contribuir al logro de los objetivos institucionales.
- **INDICADOR:** representación cuantitativa (variable o relación entre variables), verificable objetivamente, a partir del cual se registra, procesa y presenta la información necesaria para medir el avance o retroceso en el logro de un determinado objetivo. Los indicadores son insumos necesarios para realizar seguimiento y evaluación, entendiéndose por seguimiento la verificación continua en el tiempo de información que permitan conocer el progreso de un objetivo específico, sin que conlleve al análisis de casualidad, situación que si se contempla en la evaluación.
- **INFORME DE GESTIÓN:** documento que esboza los resultados claves de la gestión realizada durante un periodo de tiempo establecido, determinando logros alcanzados, proyecciones y la manera como la dependencia o el proceso ha contribuido al cumplimiento de la misión institucional, los objetivos y las actividades del Plan Estratégico; por tanto, se considera un insumo fundamental de información para la toma de decisiones.
- **LÍNEA BASE:** dato que se tomará como inicio para establecer los valores futuros a alcanzar por el indicador, los que servirán para evaluar el grado de consecución de las metas.
- **META:** resultado cuantitativo en términos relativos o absolutos que se espera obtener en un periodo establecido para cumplir las actividades planteadas.
- **OBJETIVOS:** son las intenciones que la Contraloría persigue para satisfacer las necesidades de sus clientes a partir de su misión, visión, valores, principios y política establecidos. Estos deben ser claros, realistas, medibles y verificables en un plazo determinado.
- **PLAN DE ACCIÓN:** documento de planificación anual en el cual se registran las actividades y proyección de resultados a través de indicadores, que permite visualizar los parámetros de la planeación en términos de responsables, ejecutores, recursos, fechas programadas de inicio y terminación, metas e indicadores de gestión y los rangos de calificación. Funciona como una hoja de ruta que establece la manera en que se organizará, orientará e implementará el conjunto de actividades

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

 <p>E.S.E Hospital <b>San Jerónimo</b> <small>Trabajamos por ti, por tu salud</small></p>	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 17 de 86

necesarias para la consecución de los objetivos y estrategias del Plan Estratégico Institucional, permitiendo a cada dependencia orientar sus acciones para cumplir con los compromisos establecidos.

- **PLAN ESTRATÉGICO:** documento que recoge y difunde las principales líneas de acción y estratégicas que la Entidad se propone adelantar en el corto y medio plazo, orientadas al cumplimiento de la misión institucional.
- **REGISTRO:** documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades realizadas. Deben denominarse acorde con la tipología establecida en las Tablas de Retención Documental – TRD, para su conservación.
- **RESPONSABLE DE PROCESO:** encargado de garantizar el cumplimiento de los procedimientos y actividades del proceso a su cargo, su designación está definida en el Manual del Sistema Integrado de Gestión.
- **REVISIÓN:** actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos. La conveniencia se refiere al grado de alineación o coherencia del objeto de revisión con las metas y políticas organizacionales y adecuación a la determinación de la suficiencia total de las acciones, decisiones, etc., para cumplir los requisitos.
- **SEGUIMIENTO:** verificación efectuada para confirmar que las acciones planificadas se hayan implementado de acuerdo con lo planeado, generado información para la toma de decisiones.
- **SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD:** herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de servicios a cargo de las entidades.
- **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN:** conjunto formado por la estructura de la organización, orientaciones, políticas, responsabilidades, procesos, procedimientos, recursos e instrumentos destinados a garantizar un desempeño institucional articulado y armónico que busque de manera constatable la satisfacción de los grupos de interés.
- **TABLERO DE CONTROL:** herramienta control y seguimiento que permite establecer y monitorizar los objetivos del Plan Estratégico y Planes de Acción de los diferentes procesos y dependencias.

#### ELEMENTOS DE ENTRADA DEL PROCESO.

Plan de desarrollo institucional, objetivos y políticas de gestión, necesidades prioritarias de la ESE y necesidades prioritarias de los usuarios.

#### ELEMENTOS DE SALIDA DEL PROCESO.

Elaboración, ejecución, evaluación y seguimiento del Plan de Acción.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

**PARAMETROS DE CONTROL:**

% de Cumplimiento por metas en las diferentes áreas.

**ACTIVIDADES:**

No	ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	REGISTRO	PUNTOS DE CONTROL/ OBSERVACIONES
1	Comunica los lineamientos de la Alta Dirección, los cuales contienen la orientación estratégica para la siguiente vigencia.	Planeación	Profesional Especializado Planeación y Gestión de Calidad	Circular de Lineamientos	<b>Observación:</b> Esta actividad se debe cumplir antes de culminar la vigencia.
2	Conforma el equipo de líderes de proceso, según los parámetros y funciones definidas en el Anexo 1. Aspectos a tener en cuenta en la conformación del equipo de gestores de proceso.	Gerencia	Gerente/Subgerentes/Comité Directivo (Responsables de Proceso)	Memorando o correo electrónico	
3	Consulta el Diagnóstico DOFA del proceso e incorpora aquellos factores internos (debilidades y fortalezas) y externos (oportunidades y amenazas), priorizados (2 ó 3) y referenciadas con el documento "Plan de Acción".	Todas las áreas líderes de procesos	Gerente, Subgerentes, Jefe de Oficina, Profesional o Técnico de cada Proceso		<b>Observación:</b> El diagnóstico DOFA por proceso se encuentra publicado en la Intranet de la Entidad.
4	Formula las actividades e indicadores con la participación de todos los funcionarios de la dependencia, que permitan la medición y el cumplimiento de las estrategias y objetivos determinados en el Plan Estratégico Institucional, teniendo en cuenta los parámetros establecidos en la metodología para la formulación del Plan de Acción.  Elabora propuesta del Plan de Acción y Hoja de Vida del Indicador de la siguiente vigencia para la dependencia de acuerdo con lineamientos del proceso al cual pertenece y los registra en el aplicativo tablero de control, en los términos indicados por la alta		Gerente, Subgerentes, Jefe de Oficina, Profesional o Técnico de cada Proceso	Acta de mesa de trabajo	<b>Punto de control:</b> Verifica que aquellos indicadores que en la vigencia anterior arrojaron resultado o calificación mínima, estén incorporados en el plan de acción de la siguiente vigencia o en su defecto justificar su no incorporación  La formulación de la meta debe ser igual o superior a la línea base del indicador determinada para la vigencia, y en términos razonables no

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad

Firma

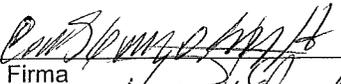
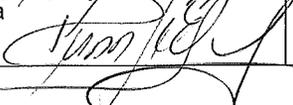
Fecha: 16 de Dic de 2020

Aprobado: Gerente

Firma

Fecha: 16 de Dic de 2020

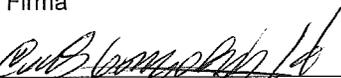
	<p>dirección para la formulación del Plan de Acción.</p> <p>Registra nota de formulación en el tablero de control para activar la revisión y validación por parte del responsable del proceso.</p>				<p>subvaluada.</p> <p><b>Observación:</b> La participación de todos los funcionarios se podrá realizar a través de la dinámica que establezca el nivel directivo del proceso que puede ser Mesa de Trabajo, Encuesta, Lluvia de Ideas, Correo Electrónico, entre otros</p> <p>El registro de la formulación de las actividades, indicadores, metas y rangos de calificación se debe realizar conforme a lo indicado en los manuales técnicos del aplicativo tablero de control por los usuarios a los cuales se les ha asignado el perfil correspondiente.</p>
5	<p>Analiza y define la propuesta del Plan de Acción por proceso.</p> <p>Registra nota de revisión o aprobación en el aplicativo para cada uno de los indicadores, si se requieren ajustes se plasmarán en la nota de revisión.</p>	<p>Planeación y Gestión de Calidad</p>	<p>Profesional especializado planeación y gestión de calidad</p>	<p>Reportes Plan de Acción y Hoja de Vida del Indicador por proceso</p>	<p><b>Punto de control:</b> Verifica que todas las dependencias que integran el proceso, hayan formulado actividades en el Plan de Acción.</p> <p>El Plan de Acción y Hojas de Vida de los Indicadores del proceso deben archivar en la dependencia del responsable del proceso.</p>

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

6	Efectúa revisión técnica de las actividades e indicadores de cada proceso y registra en el tablero de control para cada indicador y actividad según lo amerite nota de revisión con las observaciones técnicas que al respecto se presenten.	Planeación y Gestión de Calidad	Profesional especializado planeación y gestión de calidad	Revisa que los rangos de calificación propuestos sean coherentes con los lineamientos de la Alta Dirección y el histórico de líneas base.	<p><b>Punto de Control:</b> Verifica que las actividades establecidas en el Plan de Acción sean coherentes con los objetivos y estrategias definidas en el Plan Estratégico Institucional, los lineamientos de la Alta Dirección.</p> <p>Así mismo, verifica que se establezcan actividades que aseguren el cumplimiento de la totalidad de los objetivos y las estrategias del plan estratégico.</p> <p>Verifica que las unidades de medida de las variables de los indicadores sean coherentes y consistentes con las unidades de medida de las metas establecidas.</p>
7	Efectúa correcciones sugeridas a la formulación de actividades e indicadores del proceso en el tablero de control.  Informa a la oficina de Planeación sobre los ajustes realizados, en los términos establecidos.	Gerencia/Comité de gestión y desempeño	Gerente	Acta de revisión en comité	Verifica que los ajustes a las actividades e indicadores estén de conformidad con las observaciones indicadas por la oficina de Planeación.
8	Presenta en Comité Directivo el Plan de Acción consolidado Institucional para su aprobación.	Comité de gestión y desempeño	Profesional Especializado Planeación y Gestión de Calidad	Acta de comité	La presentación se realiza en PowerPoint, teniendo como insumo del consolidado del Plan de Acción que se genera del tablero de control como reporte.
9	Aprueba el Plan de Acción o solicita los ajustes a que haya lugar, en caso de existir ajustes regresa a la actividad número 7 de este procedimiento.	Comité de gestión y desempeño	Profesional Especializado Planeación y Gestión de Calidad	Acta de comité	<p>Verifica que el Plan de Acción se encuentre articulado con el Plan Estratégico y con los lineamientos de la Alta Dirección.</p> <p>En el acta de Comité</p>

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

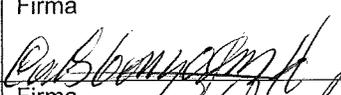
					Directivo se debe relacionar la aprobación de todos los planes, programas y mapa de riesgos institucional de cada vigencia.
10	Consolida a través de la herramienta tablero de control el documento de Plan de Acción Institucional y aplica Procedimiento para Mantener la Información Documentada del Sistema Integrado de Gestión - SIG.	Planeación y Gestión de Calidad	Profesional Especializado Planeación y Gestión de Calidad	Matriz tablero de control plan de acción institucional	<p>El Plan de Acción es un documento del SIG, para ello se elaboran dos documentos:</p> <p>En Word, el documento Plan de Acción que contiene como mínimo: portada, presentación, objetivos, estrategias, matriz y control de cambios.</p> <p>En Excel el Plan de Acción consolidado. Generado en los reportes del tablero de control.</p>
11	Publica el Plan de Acción Institucional en la página WEB e Intranet de la entidad.	Planeación y Gestión de Calidad/Sistemas	Profesional Especializado Planeación y Gestión de Calidad  Profesional Universitario Sistemas	Publicación en página web	El Plan de Acción vigente debe ser publicado en el link de Transparencia y Acceso a la Información Pública en cumplimiento a la normatividad (Estatuto Anticorrupción).
<b>Modificaciones y seguimiento al Plan de Acción</b>					
12	Presenta al responsable del proceso solicitud de creación, actualización, o eliminación al plan de acción de su dependencia	Todas las áreas	Lideres de procesos	Solicitud de modificación plan de acción	Utiliza formato de solicitud de creación, actualización, ajustes o eliminación de las actividades establecidas en el plan de acción.
13	Revisa, aprueba y remite a la oficina de Planeación la solicitud de creación, actualización, o eliminación, indicando los cambios a realizar con la información detallada de las variables (nombre, actividad, periodicidad, entre otros) del Plan de Acción y Hojas de Vida del Indicador registrando únicamente las actividades objeto de modificación.	Todas las áreas	Lideres de procesos	Solicitud de modificación plan de acción	<p>Verifica que encaminadas</p> <p>El responsable del proceso firma las casillas de "solicitado por".</p>

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

14	<p>Revisa técnicamente los documentos contentivos de la solicitud de modificación al plan de acción.</p> <p>En caso de encontrar observaciones solicita al responsable del proceso los ajustes correspondientes.</p>	Planeación y Gestión de Calidad	Profesional Especializado Planeación y Gestión de Calidad	Revisión de solicitud de ajustes	Verificar que
15	<p>Presenta al gerente la solicitud de actualización del plan de acción para su aprobación, de acuerdo con las solicitudes recibidas.</p>	Planeación y Gestión de Calidad	Profesional Especializado Planeación y Gestión de Calidad	Revisión de solicitud de ajustes	
16	<p>Analiza y aprueba las solicitudes de modificación y las remite a la oficina de Planeación.</p>	Gerencia	Gerente	Envía solicitud aprobada	Gerente firma en las casillas correspondientes a "Aprueba la solicitud".
17	<p>Actualiza la versión del Plan de Acción institucional, con las solicitudes de modificación aprobadas. Registrando en el tablero de control las modificaciones aprobadas.</p>	Planeación y Gestión de Calidad	Profesional Especializado Planeación y Gestión de Calidad	Plan de acción actualizado	Se debe mantener la numeración de las actividades y código de indicadores que aseguren su trazabilidad durante la vigencia del Plan.
18	<p>Recopila la información de los resultados de las variables establecidas en los indicadores, en las unidades de medida, los cortes y periodicidad definida en la formulación del indicador (Hoja de vida del Indicador).</p> <p>Registra el seguimiento del Plan de Acción por actividad e Indicador, en el tablero de control, registrando los datos de las variables de cada indicador con el análisis correspondiente. Realiza un análisis sobre el comportamiento del resultado del indicador frente a la meta propuesta, destacando los logros obtenidos durante el periodo.</p> <p>Deja notas de seguimiento para indicar que ha culminado el reporte.</p> <p>Elabora propuesta de informe de gestión, relacionando los resultados más relevantes obtenidos durante el periodo.</p>	Planeación y Gestión de Calidad	Profesional Especializado Planeación y Gestión de Calidad	Acta de seguimiento de plan de acción	<p>La fecha de reporte del seguimiento al Plan de Acción y entrega del informe de gestión será la establecida en la Circular de reporte de información definida por la Alta Dirección.</p> <p>La periodicidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de Acción - seguimiento (trimestral).</li> <li>- Informe de Gestión por Proceso (semestral).</li> </ul> <p>Si requiere adjuntar algún documento como evidencia del reporte realizado en la opción de adjuntar archivo puede efectuarse.</p>

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

19	<p>Revisa notas de seguimiento de los jefes de dependencia, aprueba si está conforme, en caso contrario registra en el tablero de control nota de revisión para los ajustes correspondientes en el aplicativo.</p> <p>Consolida el seguimiento del plan de acción por proceso y el informe de gestión del proceso</p>	Planeación y Gestión de Calidad	Profesional Especializado Planeación y Gestión de Calidad	Acta de seguimiento de plan de acción	<p>Para los procesos que cuentan con Secretaría Técnica, esta actividad será adelantada por la dependencia que cumple dicha función.</p> <p>Los registros del <b>Seguimiento</b> al Plan de Acción e Informe de Gestión de cada proceso se archivan conforme a la TRD en la oficina correspondiente.</p>
20	<p>Analiza la información reportada en el seguimiento comunica al responsable del proceso las alertas respectivas, en el evento de ser necesario, con el fin de que se realicen los ajustes correspondientes.</p>	Planeación y Gestión de Calidad	Profesional Especializado Planeación y Gestión de Calidad	Acta de seguimiento de plan de acción	<p>Confronta el resultado del indicador frente a la tendencia histórica del mismo, con el fin de determinar si la meta está <u>sub</u> o <u>sobre</u> estimada para sugerir ajustes técnicos.</p>
21	<p>Genera el reporte consolidado del formato Plan de Acción Institucional.</p> <p>Elabora el Informe de Avance sobre la Ejecución del Plan de Acción y lo adjunta en el campo correspondiente en el tablero de control.</p>	Planeación y Gestión de Calidad	Profesional Especializado Planeación y Gestión de Calidad	Acta de seguimiento de plan de acción	<p>La periodicidad de los documentos es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de</li> <li>- Informe de Avance sobre la Ejecución del Plan de Acción (trimestral).</li> </ul>
22	<p>Aprueba el consolidado del Plan de Acción Institucional e Informe de Avance sobre la Ejecución del Plan de Acción y solicita la publicación en la WEB e Intranet de la Entidad.</p>	Planeación y Gestión de Calidad	Profesional Especializado Planeación y Gestión de Calidad		<p>Verifica que los documentos sean coherentes con los parámetros establecidos en los anexos del presente procedimiento.</p>
23	<p>Revisa el Informe de Gestión del SIG y lo presenta al responsable de la Alta Dirección.</p>	Planeación y Gestión de Calidad	Profesional Especializado Planeación y Gestión de Calidad		<p>El Informe de Gestión del SIG debe ser publicado en la intranet y en la página Web de la Entidad.</p> <p>Su publicación será acorde a los términos establecidos por la normatividad externa</p>

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

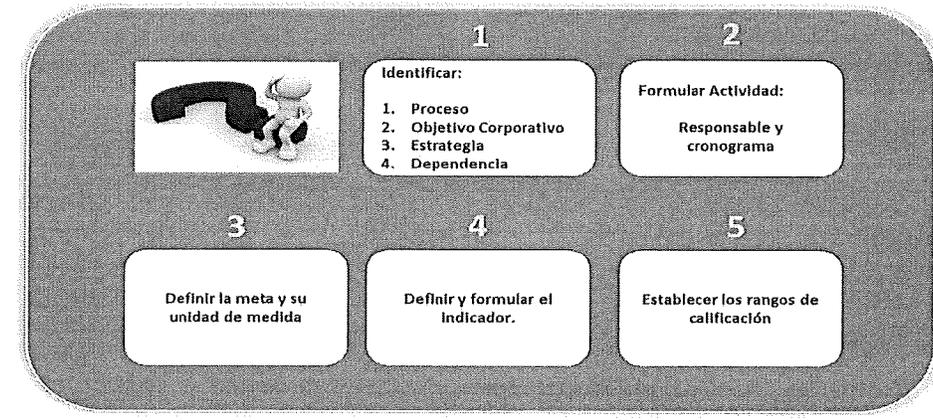
					aplicable (Estatuto Anticorrupción).
24	Analiza las oportunidades de mejora y determina la conveniencia o no de formular acciones de mejora, de acuerdo con el Informe de Gestión del SIG.	Planeación y Gestión de Calidad	Profesional Especializado Planeación y Gestión de Calidad		En el evento de formular acciones de mejora, éstas deben ser llevadas al Plan de Mejoramiento del proceso.

### METODOLOGIA ELABORACION PLAN DE ACCION.

Para la formulación del Plan de Acción se deben tener como marco de referencia institucional los siguientes aspectos:

- Plan de desarrollo o plan estratégico de la institución.
- Lineamientos de la alta gerencia.
- Normatividad aplicable.
- Métodos de medición.

Cuales son los pasos para formular el plan de acción institucional:



### ESTABLECER LOS RANGOS DE CALIFICACIÓN.

**Rangos de Calificación.** Establece intervalos o límites de calificación que se toman como referencia para determinar si el resultado obtenido en un periodo específico es Mínimo, Aceptable o Satisfactorio, así:

- **Sobresaliente.** Calificación que se obtendrá cuando el cumplimiento porcentual de la meta sea igual o superior al establecido con respecto a la meta. (>=90%).

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

 <p>E.S.E Hospital <b>San Jerónimo</b> Trabajamos por ti, por tu salud</p>	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>		Página 25 de 86

- **Aceptable.** Calificación que se obtendrá cuando el cumplimiento porcentual de la meta sea menor al valor establecido como superior y mayor al establecido como Mínimo. (<90% y <80%).
- **Mínimo.** Calificación que se obtendrá cuando el cumplimiento porcentual de la meta sea igual o inferior con respecto a la meta. <=80%.

**Nota.** Para indicadores que requieren rangos especiales, el diseño de los mismos debe ser coordinado con el facilitador de planeación.

### 10.1.2 PROCESO ELABORACION, EJECUCION, EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL PLAN OPERATIVO ANUAL.

#### OBJETIVO:

Establecer el procedimiento para la formulación, ejecución y evaluación de la planeación operativa anual en la ESE Hospital San Jerónimo de Montería dentro del desarrollo Institucional.

#### ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN:

Inicia con la identificación de los objetivos y metas estratégicos a desarrollar durante una vigencia y termina con el seguimiento y evaluación del Plan Operativo Anual.

Este documento aplica para los Equipos de Gestión en todas las áreas funcionales de la Institución.

#### RESPONSABLE DEL PROCESO:

Profesional Universitario Planeación.

Líderes de Procesos.

#### SUBORDINACION:

Gerencia.

#### PRODUCTO/SERVICIO

- Plan Acción Institucional.
- Plan Operativo por Áreas.

#### RECURSOS:

- **Tecnológicos:** Software, Internet, computador, impresora, Teléfono
- **Logísticos:** Elementos de oficina (Hojas de papel, tóner, Tinta de impresora, fotocopias, lapiceros, marcadores, lápiz etc.).
- **Humanos:** Todos los coordinadores de áreas de la empresa.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 26 de 86

## GENERALIDADES:

La Planeación es el proceso que tiene por objeto fijar el curso concreto de acción estableciendo los criterios que la orientan, la secuencia de operaciones para realizarla, determinaciones de tiempo, responsables y recursos para su ejecución.

Establece, además, la forma y periodicidad para medir los avances, dentro del logro de los objetivos misionales y estratégicos.

**Planeación Operativa (POA):** es la forma de hacer realidad de manera cierta los Planes Globales de Desarrollo, mediante la programación de actividades y metas desarrolladas a partir de los Objetivos de Mejor Gestión y las políticas de Operación, distribuidas en periodos anuales.

La planeación operativa es el procedimiento mediante el cual la E.S.E. alinea el quehacer diario de los servidores públicos en todos y cada uno de los Equipos de Gestión con los objetivos misionales y estratégicos de la empresa, presenta además los proyectos y las actividades a realizar en una vigencia no superior a un año.

Las etapas del procedimiento de planeación operativa en la E.S.E. responden a la necesidad de realizar una planeación ágil, gerencial y flexible, con políticas delineadas desde las áreas que la conforman, así mismo articula y operacionaliza los lineamientos trazados por el Plan\_De Desarrollo Institucional.

## DEFINICIONES:

**Actividades:** Se entiende por actividad la descripción de las principales acciones que se deberán ser realizadas durante un año para alcanzar los objetivos misionales de la ESE y estratégicos del plan de desarrollo.

**Metas:** Entendido como el horizonte en términos de cantidad y/o calidad que se propone alcanzar en un periodo de un año. Las metas deben definirse con sentido de realidad, sin subestimar ni sobreestimar sus capacidades y potencialidades, dado que en el transcurso del año las metas no pueden ser cambiadas. La correcta definición de metas permitirá medir la capacidad de planeación de quien dirige.

**Indicadores de Gestión:** Entendido como un elemento de control, que permite el seguimiento y evaluación de la gestión, mediante variables cuantitativas y/o cualitativas sujetas a la medición, que permiten observar tendencias y contra tendencias en los resultados de la gestión.

Los tipos de indicadores pueden ser de:

Eficacia: Miden el grado de cumplimiento de los objetivos definidos.

Eficiencia: Establece la relación entre los costos y productos del proceso; determina la productividad con la cual se administran los recursos en la obtención de los resultados y cumplimiento de los objetivos.

Efectividad: (impacto): miden la satisfacción de las necesidades de los usuarios o las partes interesadas.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

 <p>E.S.E Hospital <b>San Jerónimo</b> Trabajamos por ti, por tu salud</p>	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 27 de 86

### ELEMENTOS DE ENTRADA DEL PROCESO.

Plan de desarrollo institucional, objetivos y políticas de gestión, necesidades prioritarias de la ESE y necesidades prioritarias de los usuarios.

### ELEMENTOS DE SALIDA DEL PROCESO.

Elaboración, ejecución, evaluación y seguimiento del Plan Operativo Anual.

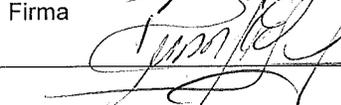
### PARAMETROS DE CONTROL:

% de Cumplimiento por metas en las diferentes áreas.

### ACTIVIDADES: CONSTRUCCIÓN DE LA PLANEACIÓN OPERATIVA.

Para la construcción de la Planeación Operativa es necesario seguir los siguientes pasos:

No.	DESCRIPCION ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	REGISTROS	PUNTOS DE CONTROL
1	Teniendo en cuenta el plan de desarrollo institucional, plan de acción, las necesidades prioritarias de los usuarios y de la institución y planes de mejora del año anterior, el gerente y las subgerencias convoca a los coordinadores de áreas para seleccionar los objetivos estratégicos o de gestión y las políticas de operación directamente relacionados con la Misión, Visión y Objetivos corporativos, para desarrollarse durante un año.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gerencia</li> <li>Subgerencias</li> <li>Planeación</li> </ul>	Gerente. Subgerentes. Profesional de Planeación	Acta de reunión que contenga los objetivos y políticas a desarrollar durante un año.	Esta actividad se debe desarrollar una vez se tenga aprobado el plan de desarrollo o plan de acción institucional.
2	Cada área funcional de la ESE define las actividades, las metas e indicadores, mediante las cuales se desarrollarán y alcanzarán los objetivos institucionales, los del área y los definidos por gerencia.	Responsable de cada área.	Líderes de procesos	Documento físico y magnético con las actividades definidas a desarrollar por área.  Diligenciar <i>Formato Elaboración Plan Operativo Anual</i> .	Los planes operativos anuales deben ser enviados a la oficina de planeación y calidad antes del 31 de enero de cada vigencia.
3	Recopilar todas las	Planeación y	Profesional	Consolidado de	

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 28 de 86

	actividades enviadas por área.	gestión de calidad	Planeación y gestión de calidad.	actividades establecidas por las áreas para desarrollar	
4	Enviar consolidado de las actividades de todas las áreas para revisión del gerente	Planeación y gestión de calidad	Profesional Planeación y gestión de calidad.	Documento físico y magnético con las actividades consolidadas	
5	Publicación de los diferentes POAs en la pagina web de la ESE	Sistemas	Profesional de Sistemas	Publicación en página web	La publicación se debe realizar a más tardar el día 31 de enero de cada vigencia

### SEGUIMIENTO A LA PLANEACIÓN OPERATIVA

La importancia de la Planeación Operativa no es solo la proyección de las acciones que serán realizadas en una unidad de tiempo determinada, sino además el seguimiento que se le hace al cumplimiento de las acciones programadas. El seguimiento a la planeación se realizará trimestralmente.

Las actividades que se realicen deberán contar con las respectivas evidencias, que garanticen su veracidad ante los órganos de control.

### MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN

El análisis de cumplimiento del PLAN OPERATIVO ANUAL se realizará a partir de los informes de gestión que se generen trimestralmente y mediante la Semaforización de procesos, en donde se establece de acuerdo al porcentaje de avance los colores asignados que identifican el grado de cumplimiento, con el fin de orientar la construcción de planes de mejoramiento y el logro de los objetivos propuestos, quedando de la siguiente manera:

Color verde: Un cumplimiento entre 70% y 100%.

Color Amarillo: Un cumplimiento entre 41% y 69%.

Color Rojo: Un cumplimiento entre 0% y 40%.

Las metas incumplidas deberán ser retomadas y alcanzadas para el trimestre próximo, sin que esto afecte el progreso y ejecución de las actividades planteadas en este trimestre, esto con el fin de garantizar que el plan anual se cumpla en su totalidad en el tiempo establecido.

### RESPONSABLES DE LA PLANEACIÓN OPERATIVA.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 29 de 86

En todos los casos el responsable de la Planeación Operativa es el jefe de planeación, con apoyo de los coordinadores de cada una de las áreas de la ESE, sin perjuicio de que se puedan apoyar en una o varias personas, o delegar a quienes ellos decidan, sin olvidar que la delegación no exime de la responsabilidad.

#### TERMINOS Y FECHAS.

La Planeación operativa debe realizarse por un periodo de un año, y su despliegue deberá efectuarse durante la primera quincena del mes de enero de cada año.

Las mediciones del avance en el logro de las metas propuestas, se realizará en los últimos 15 días del mes de abril, julio, octubre y diciembre del año de la vigencia.

Una vez realizada la evaluación del último trimestre se tomarán aquellas actividades no ejecutadas como prioritarias para la elaboración del plan operativo anual de la próxima vigencia, con el fin de dar a continuidad a los procesos planeados y la consecución de objetivos y metas institucionales.

#### 10.1.3 PROCESO EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL Y CUMPLIMIENTO DE METAS.

##### OBJETIVO:

Emitir concepto sobre la utilización del presupuesto y cumplimiento de las metas establecidas en cada área de la empresa.

##### ALCANCE Y CAMPO DE APLICACION:

Inicia con la verificación y liquidación inicial del presupuesto de la vigencia hasta la verificación del cumplimiento del mismo en los componentes de ingresos y gastos de operación.

##### RESPONSABLES DEL PROCESO:

Profesional Planeación y Gestión de Calidad.

##### SUBORDINACION:

Gerencia.

##### PRODUCTO/SERVICIO:

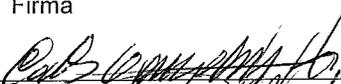
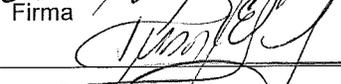
Evaluación de metas y Ejecución Presupuestal

##### RECURSOS:

**Tecnológicos:** Software, Internet, computador, impresora, Teléfono

**Logísticos:** Elementos de oficina (Hojas de papel, tóner, Tinta de impresora, fotocopias, lapiceros, marcadores, lápiz etc.)

**Humanos:** Profesionales especializados, profesionales Universitarios

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 30 de 86

**ELEMENTOS DE ENTRADA DEL PROCESO:**

Ejecución presupuestal.

**ELEMENTOS DE SALIDA DEL PROCESO:**

Evaluación de la ejecución presupuestal y metas por áreas.

**PARAMETROS DEL CONTROL:**

• **INDICADORES:**

- % de Cumplimiento por metas en las diferentes áreas
- % de Ejecución Presupuestal: Presupuesto ejecutado / presupuesto programado.

**ACTIVIDADES:**

No.	DESCRIPCION ACTIVIDADES	AREA	RESPONSABLE	REGISTROS	PUNTOS DE CONTROL
1	Solicitar al subgerencia administrativa y financiera la ejecución presupuestal mensual de gastos por cada unidad y el consolidado de ingresos de la vigencia inmediatamente anterior una vez se haya realizado el cierre en el software institucional.	Planeación y Gestión de Calidad	Profesional Especializado Planeación y Gestión de Calidad	Solicitud de ejecución presupuestal	Recepción de Documento físico y magnético con la ejecución presupuesta mensual de gastos
2	Analizar y validar la información recibida y compararla con las proyecciones iniciales del presupuesto establecido para la respectiva vigencia.  En el caso de que existan desviaciones representativas entre lo planeado y lo ejecutado, dar a conocer los respectivos hallazgos a la subgerencia administrativa y financiera.	Planeación y Gestión de Calidad	Profesional Especializado Planeación y Gestión de Calidad	Informe de verificación de ejecución de presupuesto de la vigencia anterior.	Documento físico y magnético con las proyecciones por unidad y consolidados por total de la empresa.
3	Presentación del informe a la	Planeación y Gestión de Calidad	Profesional Especializado Planeación y Gestión de	Informe de verificación de ejecución de presupuesto de	Entrega de documento físico y magnético con las proyecciones

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 31 de 86

Gerencia.		Calidad	la vigencia anterior.	obtenidas y las recomendaciones a las que haya lugar.
-----------	--	---------	-----------------------	---

#### 10.1.4 METODOLOGIA PARA LA IDENTIFICACION Y VALORACION DEL RIESGO.

##### INTRODUCCIÓN:

La administración del riesgo en las entidades es de mucha importancia debido a los constantes cambios que se presentan en el contexto interno y externo de las organizaciones; estos cambios generan incertidumbre en el logro de las metas y objetivos dando cabida a lo que se denomina riesgo. En relación a lo anterior, el Estado colombiano, mediante el Decreto 1537 de 2001, estableció una serie de elementos técnicos requeridos para el desarrollo adecuado y fortalecimiento del Sistema de Control Interno de las diferentes entidades y organismos de la Administración Pública, uno de ellos es la "Administración del Riesgo", considerando que la identificación y análisis del riesgo entrega información suficiente y objetiva que les permitirá aumentar la probabilidad de alcanzar sus objetivos institucionales.

Así mismo a través del Decreto 1599 de 2005 se adoptó el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) para todas las entidades del Estado, en el que la "Administración del Riesgo" se define como uno de los componentes del Subsistema de Control Estratégico y en el Anexo Técnico como "el conjunto de elementos de control que, al interrelacionarse, permiten a la entidad pública evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función. Se constituye en el componente de control que al interactuar sus diferentes elementos le permite a la entidad pública autocontrolar aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos". (Departamento Administrativo de la gestión pública DAFP, 2011)

En esta guía se encontraran los lineamientos que se deben tener en cuenta en la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería para identificar y valorar los riesgos de las áreas asistenciales y administrativas que permitan tener un panorama más claro de las principales fuentes de riesgo, causas, consecuencias y de este modo generar alternativas para gestionar de la forma más adecuada los riesgos identificados, en el marco de la resolución 345 de 2014, emitida por la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería por medio de la cual de adoptan las políticas de administración de riesgo de la empresa social del estado Hospital San Jerónimo.

##### OBJETIVO:

Administrar de forma adecuada los riesgos de mayor incidencia en la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería, con el fin de prevenir su ocurrencia y/o mitigar el impacto en caso de que se materialicen.

##### ALCANCE:

Aplica a todas las áreas de la ese, contempla la identificación y valoración de los riesgos.

##### REFERENTE NORMATIVO:

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>		Página 32 de 86

**Ley 87 de 1993.** Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones. (Modificada parcialmente por la Ley 1474 de 2011). Artículo 2 Objetivos del control interno: literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. Literal f). Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos.

**Ley 489 de 1998.** Estatuto Básico de Organización y Funcionamiento de la Administración Pública. Capítulo VI. Sistema Nacional de Control Interno.

**Decreto 2145 de 1999.** Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones. (Modificado parcialmente por el Decreto 2593 del 2000 y por el Art. 8º. de la ley 1474 de 2011).

**Directiva presidencial 09 de 1999.** Lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción.

**Decreto 2593 del 2000.** Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2145 de noviembre 4 de 1999.

**Decreto 1537 de 2001.** Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado. El párrafo del Artículo 4º señala los objetivos del sistema de control interno (...) define y aplica medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones (...) y en su Artículo 3º establece el rol que deben desempeñar las oficinas de control interno (...) que se enmarca en cinco tópicos (...) valoración de riesgos. Así mismo establece en su Artículo 4º la administración de riesgos, como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas (...).

**Decreto 1599 de 2005.** Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado colombiano y se presenta el anexo técnico del MECI 1000:2005.

1.3 Componentes de administración del riesgo.

**Decreto 4485 de 2009.** Por el cual se adopta la actualización de la NTCGP a su versión 2009. Numeral 4.1 Requisitos generales literal g) "establecer controles sobre los riesgos identificados y valorados que puedan afectar la satisfacción del cliente y el logro de los objetivos de la entidad; cuando un riesgo se materializa es necesario tomar acciones correctivas para evitar o disminuir la probabilidad de que vuelva a suceder". Este decreto aclara la importancia de la Administración del riesgo en el Sistema de Gestión de la Calidad en las entidades.

**Ley 1474 de 2011.** Estatuto Anticorrupción. Artículo 73. "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano" que deben elaborar anualmente todas las entidades, incluyendo el mapa de riesgos de corrupción, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias anti-trámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.

**Resolución 345 de 2014.** Por medio del cual se adoptan las políticas de administración de riesgo en la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

 <p>E.S.E Hospital <b>San Jerónimo</b> <small>Trabajamos juntos, por tu salud</small></p>	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>		Página 33 de 86

## TÉRMINOS Y DEFINICIONES:

**Amenaza:** son las condiciones que pueden, a partir de la vulnerabilidad, desencadenar un incidente o una situación no deseada en la organización, produciendo daños materiales o pérdidas inmateriales en sus activos, lesiones o enfermedades en las personas o impactos negativos en el medio ambiente o en el negocio.

**Causa:** Son los medios, circunstancias y agentes que generan los riesgos. También se conocen como los detonantes de la materialización de un riesgo.

**Consecuencia:** Resultado o impacto de la materialización un evento. Las consecuencias pueden variar desde positivas hasta negativas, se puede expresar cualitativamente y cuantitativamente en relación con el logro de los objetivos.

**Control:** Se refiere a toda medida preexistente para mitigar o gestionar el riesgo, y para que la probabilidad de que el negocio / proceso logre sus metas, proporcionando una seguridad razonable en su implementación.

**Factores de riesgo:** Se entiende por factores de riesgo, las fuentes generadoras de eventos en las que se originan las pérdidas por riesgo operativo. Son factores de riesgo el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura y los acontecimientos externos. Dichos factores se deben clasifican en:

- Internos: Los recursos humanos; los procesos; la tecnología; y la infraestructura. Sobre estos factores, la organización tiene un control directo.
- Externos: son eventos asociados a la fuerza de la naturaleza u ocasionados por terceros. Escapan en cuanto a su causa y origen al control de la entidad.

**Impacto:** Corresponde a la evaluación del efecto y la consecuencia producida al materializarse un riesgo.

**Plan de acción:** Es la acción encaminada a reducir o eliminar el impacto y/o la probabilidad de ocurrencia de las causas, para que su afectación sea mínima para los riesgos negativos, en los casos positivos se deberá incrementarla probabilidad y/o el impacto de ocurrencia. Este plan de acción debe tener una gestión que involucra un responsable, unas fechas de cumplimiento, la generación de alarmas y un seguimiento y reporte sobre la gestión.

**Probabilidad:** Es un porcentaje dado por el coeficiente entre eventos o resultados específicos en relación con la cantidad total de los mismos.

**Riesgo de cumplimiento:** Se asocian con la capacidad de la entidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad.

**Riesgo de imagen:** Es la posibilidad de pérdida en que incurre una entidad por desprestigio, mala imagen, publicidad negativa, cierta o no, respecto de la institución y sus prácticas de negocios, que cause pérdida de clientes, disminución de ingresos o procesos judiciales.

**Riesgo estratégico:** Se asocia con la forma en que se administra la Entidad. El manejo del riesgo estratégico se enfoca a asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la clara definición de políticas, diseño y conceptualización de la entidad por parte de la alta gerencia.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>		Página 34 de 86

**Riesgo financiero:** Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad que incluyen: la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes.

**Riesgo de corrupción:** la posibilidad de que, por acción u omisión, uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesionen los intereses de una entidad y en consecuencia del Estado, para la obtención de un beneficio particular.

**Riesgo de tecnología:** Están relacionados con la capacidad tecnológica de la Entidad para satisfacer sus necesidades actuales y futuras y el cumplimiento de la misión.

**Riesgo Operativo (RO):** Se entiende por Riesgo Operativo, la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos. Esta definición incluye el riesgo legal y reputacional, asociados a tales factores.

**Perfil de Riesgo:** Resultado consolidado de la medición de los riesgos a los que se ve expuesta una entidad.

**Riesgo residual:** Nivel resultante del riesgo después de aplicar los controles. Es el riesgo que queda, una vez se han instrumentado los controles pertinentes para su tratamiento. En todo caso exige un permanente monitoreo para observar su evolución.

**Riesgo inherente:** Nivel de riesgo propio de la actividad, sin tener en cuenta el efecto de los controles.

**Tratamiento:** involucra la selección de una o más opciones para modificar los riesgos y la implementación de tales acciones

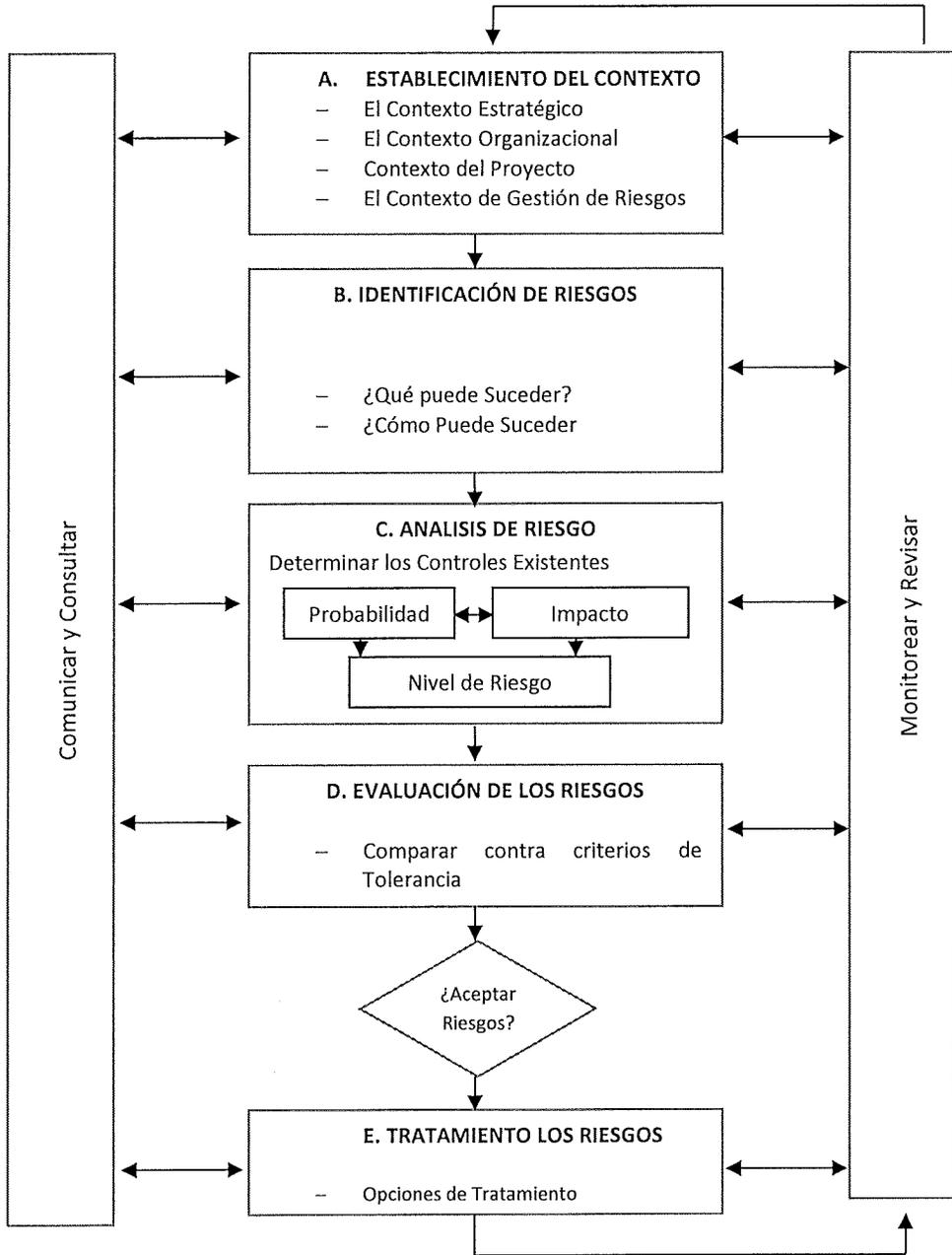
#### ROLES Y RESPONSABILIDADES:

De acuerdo a la resolución 345 del 16 de octubre de 2014, el responsable de la definición de las políticas de administración de riesgos de la E.S.E, es el comité coordinador de control interno de la E.S.E.

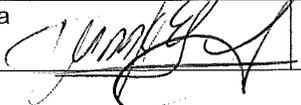
#### METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN, MEDICIÓN, CONTROL Y MONITOREO DE LOS RIESGOS OPERATIVOS:

La gestión de Riesgo en la E.S.E. Hospital San Jerónimo permite definir estrategias a corto plazo que mantengan la estabilidad financiera de la compañía, protegiendo a las personas, los activos físicos e ingresos y, en el largo plazo minimizar las pérdidas ocasionadas por la ocurrencia de dichos riesgos. A continuación, se describe la metodología utilizada.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020



Gráfica 1. Metodología

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>		Página 36 de 86

### Establecimiento del Contexto:

Se revisa toda la documentación y se analiza

### Identificación de riesgos:

Son las condiciones internas y del entorno, que pueden generar eventos que originan oportunidades o afectan negativamente el cumplimiento de la misión y objetivos de una institución. Las situaciones del entorno o externas pueden ser de carácter social, cultural, económico, tecnológico, político y legal, bien sean internacional, nacional o regional según sea el caso de análisis.

Externas: Son eventos asociados a la fuerza de la naturaleza u ocasionados por terceros, que escapan en cuanto a su causa y origen al control de la entidad, tales como: eventos naturales, problemas de orden público, aspectos regulatorios.

Internas: Eventos generados por la compañía, están relacionados con el recurso humano, definición de procedimientos, infraestructura (equipos, instalaciones), y factores tecnológicos. Los riesgos se identifican por áreas, asistenciales y administrativas, se hace uso de la matriz RAM de riesgo, la cual contiene los siguientes campos:

#### Parte I. Identificación del riesgo

- Proceso: Nombre del área o proceso.
- Líder del área o proceso.
- Código del riesgo:
- Nombre del riesgo: Representa la posibilidad de ocurrencia de un evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y afectar el logro de sus objetivos.
- Descripción del riesgo: Se refiere a las características generales o las formas en que se observa o manifiesta el riesgo identificado.
- Clasificación: Riesgo operativo, riesgo de imagen, riesgo de cumplimiento, riesgo de tecnología, riesgo estratégico, riesgo de corrupción, riesgo financiero.
- Causas (factores internos o externos): Son los medios, las circunstancias y agentes generadores de riesgo. Los agentes generadores que se entienden como todos los sujetos u objetos que tienen la capacidad de originar un riesgo.
- Consecuencias: Constituyen las consecuencias de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos de la entidad; generalmente se dan sobre las personas o los bienes materiales o inmateriales con incidencias importantes tales como daños físicos y fallecimiento, sanciones, pérdidas económicas, de información, de bienes, de imagen, de credibilidad y de confianza, interrupción del servicio y daño ambiental.

### Análisis y valoración de los Riesgos:

- **Riesgo Inherente:**

Este primer análisis del riesgo se denomina Riesgo Inherente y se define como aquél al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones por parte de la Dirección para modificar su probabilidad o impacto. Es el riesgo intrínseco de cada actividad, sin tener en cuenta los controles que de éste se hagan a su interior. Este riesgo

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 37 de 86

surge de la exposición que se tenga a la actividad en particular y de la probabilidad que un choque negativo afecte la rentabilidad y el capital de la empresa. El riesgo inherente es propio del trabajo o proceso, que no puede ser eliminado del sistema; es decir, en todo trabajo o proceso se encontrarán riesgos para las personas o para la ejecución de la actividad en sí misma.

**Nivel Riesgo inherente = Frecuencia \* impacto**

El nivel del riesgo inherente se obtiene del producto entre la frecuencia asignada al riesgo y el impacto o gravedad que este genere en caso que se materialice. Su valoración se hace de acuerdo a la experticia de los participantes en el proceso o área, y se analiza teniendo en cuenta los valores relacionados en la siguiente tabla:

FRECUENCIA / PROBABILIDAD		
Escala	Valoración	Descripción
Baja	1	Cuando la frecuencia se considera baja se le asigna valor de "uno (1)"
Media	2	Cuando la frecuencia se considera media se le asigna valor de "dos (2)"
Alta	3	Cuando la frecuencia se considera alta se le asigna valor de "tres (3)"

Para la tabla anterior se asigna una escala de uno "1" a tres "3", tomándose 1 como lo menos frecuente y 3 lo más frecuente.

IMPACTO/GRAVEDAD		
Escala	Valoración	Descripción
Leve	5	Cuando la frecuencia se considera leve se le asigna valor de "cinco (5)"
Moderado	10	Cuando la frecuencia se considera moderado se le asigna valor de "diez (10)"
Catastrófico	20	Cuando la frecuencia se considera catastrófico se le asigna valor de "veinte (20)"

Para la tabla anterior se asigna una escala de cinco "5" a veinte "20", tomándose 5 como el menor impacto "leve" y veinte como el mayor impacto "Catastrófico".

Nota 2: La frecuencia y la probabilidad se califica por cada causa que se identifique como generadora del riesgo, por lo tanto, cuando se asignan varias calificaciones (frecuencia – impacto), se promedia el resultado de la valoración de cada una de las calificaciones y se obtiene el "Riesgo Inherente".

Nivel de riesgo inherente		
Escala	Valoración	Descripción
Aceptable	Fre * Imp	Menor o igual a "cinco (5)"
Tolerable	Fre * Imp	Mayor o igual a "cinco (5)" y menor o igual a "diez (10)"
Moderado	Fre * Imp	Mayor a "diez (10)" y menor o igual "veinte (20)"
Importante	Fre * Imp	Mayor a "veinte(20)" y menor o igual a "cuarenta (40)"
Inaceptable	Fre * Imp	Mayor a "cuarenta (40)"

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 38 de 86

- **Riesgo Residual:**

Es aquel riesgo que subsiste, después de haber implementado controles. Es importante advertir que el nivel de riesgo al que está sometida una compañía nunca puede erradicarse totalmente. Por ello, se debe buscar un equilibrio entre el nivel de recursos y mecanismos que es preciso dedicar para minimizar o mitigar estos riesgos y un cierto nivel de confianza que se puede considerar suficiente (nivel de riesgo aceptable). El riesgo residual puede verse como aquello que separa a la empresa de la seguridad absoluta. En una Organización, el riesgo residual es aquél que permanece después de que la dirección desarrolle sus respuestas a los riesgos. El riesgo residual refleja el riesgo remanente una vez se han implantado de manera eficaz las acciones planificadas por la dirección para mitigar el riesgo inherente.

Para efectos de la metodología aplicada en la E.S.E. Hospital San Jerónimo y teniendo en cuenta las condiciones internas de la E.S.E, el nivel de riesgo residual se valorará de acuerdo dos factores que son: si existe control o no y si estos controles se encuentran documentados o no. Basado en lo anterior se asignan valores que permiten calcular el riesgo residual resultante de la aplicación de los controles sobre los riesgos identificados.

¿Existe control?	¿Control documentado?	Valoración control
NO	NO	0%
SI	NO	50%
SI	SI	75%

Tabla 1. Valoración de controles

$$\text{Nivel Riesgo residual} = \text{Riesgo inherente con aplicación de controles}$$

$$\text{Nivel Riesgo residual} = \text{Riesgo inherente} - (\text{Riesgo inherente} * \text{valoración control})$$

Nota 3: Los controles se valoran por el riesgo inherente cuyo valor se multiplica por el porcentaje resultante de la aplicación de los controles, luego entonces en ese mismo grado se disminuye el riesgo inherente. Luego entonces, se genera el Mapa de Calor del Riesgo residual (después de aplicar los controles), el cual se valora de acuerdo a la siguiente escala.

MAPA DE CALOR				
Frecuencia	Valor			
Alta	3	Moderado (15)	Importante (30)	Inaceptable (60)
Media	2	Tolerable (10)	Moderado (20)	Importante (40)
Baja	1	Aceptable (5)	Tolerable (10)	Moderado (20)

<b>Gravedad</b>	<b>Leve</b>	<b>Noderada</b>	<b>Catastrófica</b>
<b>Valor</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>20</b>

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 39 de 86

### Evaluación de los riesgos y tratamiento:

Dependiendo de la evaluación del riesgo, así se definirá el tratamiento. De acuerdo a la resolución 345 de 2014 los tratamientos a aplicar a los riesgos se clasifican así:

Si el riesgo se ubica en la zona de riesgo Aceptable (calificación menor o igual a 5), el tratamiento es aceptar el riesgo.

Si el riesgo se ubica en la zona de riesgo inaceptable (calificación mayor a 40), el tratamiento es:

- Eliminar la actividad que genera el riesgo.
- Si no es posible eliminar la actividad, se debe implementar controles de prevención para reducir la frecuencia del riesgo, de protección para disminuir la gravedad o compartir el riesgo si es posible a través de pólizas de seguros u otras opciones que estén disponibles.

Si el riesgo se ubica en cualquiera de las otras zonas (tolerables, moderadas o importantes) se deben tomar medidas para llevar los riesgos a la zona aceptable o tolerable, en lo posible. Las medidas dependen de la celda en la cual se ubica el riesgo, por lo tanto los pasos a seguir son:

- Los riesgos de gravedad leve y frecuencia alta (calificación 15) se previenen.
- Los riesgos de gravedad moderada y frecuencia baja (calificación 10), se protege la entidad y se comparte el riesgo si es posible.
- Los riesgos con frecuencia alta y media y la gravedad sea moderada o catastrófica (calificaciones 40, 30 o 20; es posible combinar estas medidas con prevención. En los casos en los cuales se comparte la pérdida ocasionada por un riesgo a través de los contratos de seguros, la entidad debe tener en cuenta que asume la parte del riesgo que el seguro no cubre.

Si el riesgo se ubica en la zona de riesgo Tolerable (calificación 10), su frecuencia es media y su gravedad leve, el paso a seguir es:

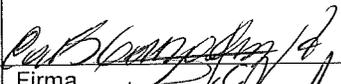
- Realizar un análisis del beneficio / costo con el que se pueda decidir entre prevenir el riesgo, asumirlo o compartirlo.

Si el riesgo se ubica en la zona de riesgo Moderado (calificación 20), su frecuencia baja y gravedad catastrófica, el paso a seguir es:

- Tratar de compartir el riesgo, proteger la entidad en caso de que este se presente.

### 10.1.5 PROCESO AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD.

#### DEFINICIÓN:

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>		Página 40 de 86

Por medio de este procedimiento se establecen las responsabilidades y requisitos necesarios para la planificación y realización de auditorías internas al Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C) de la ESE Hospital San Jerónimo de Montería, así como para informar sus resultados, mantener los registros de calidad que se deriven de su aplicación y para el aseguramiento de la competencia de los integrantes del equipo auditor.

La ejecución del ciclo de auditorías internas de calidad determina si el Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C):

- Es conforme con lo planeado, con los demás requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C) establecidos por el Hospital
- Satisface plenamente los requisitos establecidos por la norma NTCGP 1000:2004 y el SOGC Res. 2181 de 2008 y resolución 123 de 2012.
- Se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.

#### GENERALIDADES:

El Representante de la Gerencia para el Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C), basado en un análisis previo de competencias, es responsable de la selección del servidor o los Servidores Públicos que actúan como Auditores Internos de Calidad (Equipo Auditor), los cuales siempre son avalados por el Gerente, teniendo presente que las auditorías son realizadas por personal independiente de quienes tienen responsabilidad directa en la Dependencia que se audita y que los auditores se han capacitado y cumplen los criterios definidos en el Anexo 7 de este procedimiento "Definición de competencias para auditores internos de calidad".

El Representante de la Gerencia para el Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C), es responsable de la programación del ciclo anual de auditorías internas de calidad. La programación del ciclo anual de auditorías internas de calidad incluye:

- Dependencias y procesos a auditar.
- Requisitos a auditar.
- Mes previsto de ejecución de la auditoría.
- Equipo Auditor, indicando el Auditor Principal.

Para la elaboración de la programación del ciclo anual de auditorías internas de calidad el Representante de la Gerencia para el Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C) considera los siguientes aspectos:

- Se cubren la totalidad de los requisitos de la norma NTCGP 1000:2004 en el lapso de tiempo indicado (un año).
- Los procesos de la cadena de valor de las diferentes Dependencias tienen prioridad sobre los demás procesos.
- Aquellos procesos que en auditorías previas presenten desviaciones significativas respecto a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C), se auditan con mayor frecuencia y profundidad.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 41 de 86

El Auditor Principal designado es responsable de la realización del plan de auditorías internas de calidad (Plan de Auditorías Internas de Calidad, de la ejecución oportuna de la auditoría, de la realización de las reuniones de apertura y cierre de auditorías y de la entrega del respectivo Informe de Auditoría Interna de Calidad.

El Equipo Auditor (Auditor Principal y Auditores Internos de Calidad) es responsable del diligenciamiento del formato donde se reportan las No Conformidades. El Auditor Principal debe anexarle al Informe de Auditoría Interna de Calidad, los formatos donde se reportan las No Conformidades.

El responsable del proceso auditado coordina las actividades de ejecución de acciones correctivas necesarias para la eliminación de las no conformidades encontradas, de acuerdo con lo establecido en el Procedimiento de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento, además de la conservación de los Informes de Auditoría Interna de Calidad, es responsabilidad de los Jefes de los procesos auditados, la participación de los Servidores Públicos que están a su cargo, en la totalidad de la ejecución de las actividades de la auditoría, el suministro de las evidencias solicitadas por el Equipo Auditor (Auditor Principal y Auditores Internos de Calidad) y la corrección a través de acciones correctivas de las no conformidades encontradas.

#### EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS DEL AUDITOR:

No.	Actividad	Responsable
1	Elabora un listado de los funcionarios de la E.S.E. que han participado en auditorías internas de calidad y demás servidores que han recibido algún tipo de formación en calidad, auditorías de calidad y todos aquellos que muestren interés en participar de las mismas.	Representante del SGC
2	<p>Revisa las competencias de los funcionarios listados en el paso anterior, según los parámetros definidos en el Anexo 7 de este procedimiento, "Definición de competencias para auditores internos de calidad", donde se definen los parámetros de competencia para auditores internos de calidad.</p> <p>A) Si el funcionario cumple con los parámetros básicos de competencia establecidos, lo incluye en la lista de elegibles para auditores internos de calidad.</p> <p>B) Si el funcionario no cumple con los parámetros básicos establecidos, no se incluye en el listado de elegibles para auditores internos de calidad del periodo y se coordina con el proceso de formación del talento humano la complementación de conocimientos del servidor público si su interés de participación persiste.</p> <p>Nota: Si el funcionario ya había participado en un proceso de auditoría interna de calidad, verifica además los resultados de retroalimentación del auditor en el formato de Evaluación de Auditoría Interna de Calidad.</p>	Representante del SGC
3	<p>a) Realiza una prueba general donde se incluyan los siguientes conocimientos y habilidades genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminología relacionada con la calidad.</li> <li>• Principios de gestión de calidad y su aplicación.</li> </ul>	Representante del SGC

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

 <p>E.S.E Hospital <b>San Jerónimo</b> Trabajamos por ti, por tu salud</p>	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>		Página 42 de 86

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principios, procedimientos y técnicas de auditoría.</li> <li>• Estructura y documentos del sistema de gestión de calidad.</li> </ul>	
4	<p>a) Cita a los funcionarios inscritos en el listado de elegibles para auditores internos de calidad, que manifiesten disponibilidad de participación, a la realización de la prueba, especificando lugar y fecha de la misma.</p> <p>b) Procede a la realización de la prueba según lo planificado.</p>	Representante del SGC
5	<p>Una vez realizada la prueba, analiza los resultados y procede así:</p> <p>A) Si el funcionario pasa la prueba según criterios de evaluación previamente establecidos, hará parte de la lista definitiva de elegibles para integrante del equipo auditor del periodo en curso.</p> <p>B) Si el funcionario no pasa la prueba, notifica y coordina con el proceso de formación del talento humano la realización de actividades de capacitación si su interés de participación en auditorías de calidad persiste.</p>	Representante del SGC

#### PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA:

No.	Actividad	Responsable
1	<p>Para el desarrollo de la programación de las auditorías internas de calidad, procede así:</p> <p>a) Realiza anualmente la programación del ciclo anual de auditorías internas de calidad acorde a los procesos priorizados en el PAMEC.</p> <p>b) Selecciona el Equipo Auditor (Auditor Principal y Auditores Internos de Calidad) del listado de elegibles para integrante del equipo auditor generado en el paso 05 del numeral 2.2 Evaluación de competencias del auditor y bajo el criterio de los mejores resultados en la prueba realizada.</p> <p>c) Envía la programación del ciclo anual de auditorías internas de calidad y el Equipo Auditor propuesto al Gerente para su aprobación.</p>	Representante del SGC
2	<p>Aprueba la programación del ciclo anual de auditorías internas de calidad y el Equipo Auditor (Auditor Principal y Auditores Internos de Calidad), procede así:</p> <p>a) Oficializa a los Jefes de procesos y al Equipo Auditor (Auditor Principal y Auditores Internos de Calidad), en reunión informativa la programación del ciclo anual de auditorías internas de calidad.</p> <p>b) Envía al Representante de la Dirección para el S.G.C un mensaje donde aprueba la programación del ciclo anual de auditorías internas de calidad y el Equipo Auditor</p>	Gerente

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	(Auditor Principal y Auditores Internos de Calidad)	
3	<p>Recibe el mensaje de aprobación enviado por el Gerente, procede así:</p> <p>a) Guarda registro del mismo.</p> <p>b) Envía a los Jefes de Dependencia y al Equipo Auditor (Auditor Principal y Auditores Internos de Calidad) la programación del ciclo anual de auditorías internas de calidad con 8 días de anticipación como mínimo.</p>	Representante del SGC
4	<p>Recibe la programación de auditorías internas de calidad y la conformación del Equipo Auditor (Auditor Principal y Auditores Internos de Calidad), procede así:</p> <p>a) Realiza el plan de auditorías, en el formato de Plan de Auditorías Internas de Calidad.</p> <p>b) Envía oportunamente (Con 3 días de anticipación como mínimo), el plan de auditorías, en el formato de Plan Auditorías Internas de Calidad), al jefe de la Dependencia próxima a la auditoría.</p>	Equipo Auditor
5	<p>Envía al Auditor Principal un mensaje donde confirma el conocimiento del Plan Auditorías Internas de Calidad.</p> <p>Nota: En caso de que exista alguna dificultad para la ejecución del plan de auditorías, concertar con el Auditor Principal los cambios pertinentes, si no llegan a un acuerdo lo notifican al Representante de la Gerencia para el S.G.C.</p>	Jefe de Proceso
6	<p>Recibe la confirmación y aceptación del Plan de Auditorías Internas de Calidad, por parte del Jefe de la Dependencia, procede así:</p> <p>a) Guarda registro del correo que envía el Jefe de la Dependencia.</p> <p>b) Reúne con anticipación los documentos que necesite, solicitándolos a manera de préstamo al Gerente ó al Jefe de la Dependencia auditada.</p> <p>c) Convoca al Equipo Auditor (Auditor Principal y Auditores Internos de Calidad) y preparan la Lista de Verificación para Auditorías Internas de Calidad.</p>	Equipos Auditor

**EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA AUDITORÍA:**

No.	Actividad	Responsable
1	<p>Una vez notificada la auditoría, realiza la reunión de apertura con el Jefe de la Dependencia auditada, los Servidores Públicos que éste designe y el Equipo Auditor (Auditor Principal y Auditores Internos de Calidad), con el fin de que se traten los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación del Equipo Auditor (Auditor Principal y Auditores Internos de</li> </ul>	Auditor Principal

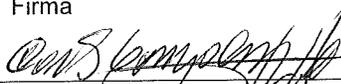
Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 44 de 86

	<p>Calidad).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación de la metodología de trabajo.</li> <li>• Objetivo de la auditoría.</li> <li>• Horario.</li> <li>• Disponibilidad de recursos.</li> <li>• Aclaración de inquietudes.</li> <li>• Fecha y hora de reunión de cierre.</li> </ul>	
2	<p>Terminada la reunión, procede así:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Ejecuta el trabajo de campo (De acuerdo con el plan de Auditoría) recolectando evidencias acerca del funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.G) de la Dependencia auditada.</li> <li>b) Entrevista a los Servidores Públicos de la Dependencia auditada, con la Lista de Verificación para Auditorías Internas de Calidad.</li> <li>c) Confronta la entrevista con la ejecución de la actividad, hace muestreos y seguimiento.</li> </ol>	Equipo Auditor
3	<p>Terminada la ejecución de la auditoría, procede así:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Coordina una reunión con el Equipo Auditor (Auditor Principal y Auditores Internos de Calidad) donde se discutan los hallazgos y se definan cuáles son catalogados como evidencias objetivas de no conformidades.</li> </ol> <p>De presentarse una no conformidad, la registran en el Formato donde se reportan las No Conformidades y seguimiento de acciones correctivas y preventivas.</p>	Auditor principal
4	<p>Realiza la reunión de cierre con las mismas personas que participaron en la reunión de apertura; procede así:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Informa las oportunidades de mejora halladas en el estudio de campo.</li> <li>b) Entrega copia del Reporte de No Conformidades y seguimiento de acciones correctivas y preventivas, al Jefe de la Dependencia auditada.</li> <li>c) Valida la no conformidad con la Dependencia auditada y permite que presenten evidencias objetivas de conformidad no observadas por el Equipo Auditor (Auditor Principal y Auditores Internos de Calidad).</li> <li>d) Solicita se emprendan acciones correctivas para las no conformidades que se levantaron.</li> </ol> <p>Nota: No se compromete aportando soluciones a las no conformidades.</p>	Auditor Principal
5	Para la implementación de acciones correctivas a las no conformidades	Jefe de Proceso

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	<p>encontradas, procede así:</p> <p>a) Ejecuta el Procedimiento de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento, para las no conformidades registradas por el Equipo Auditor (Auditor Principal y Auditores Internos de Calidad).</p> <p>b) Envía al Auditor Principal y al Representante de la Gerencia para el S.G.C, el formato de seguimiento de acciones correctivas y preventivas, máximo 15 días hábiles después de la reunión de cierre.</p>	
6	<p>Terminada la reunión de cierre, procede así:</p> <p>a) Presenta el Informe de Auditoría Interna de Calidad, por escrito al Jefe de la Dependencia auditada en los 10 días hábiles siguientes a la reunión de cierre.</p> <p>b) Anexa las no conformidades registradas durante la auditoría en los Formatos de Reporte de No Conformidades.</p> <p>c) Envía el Informe de Auditoría Interna de Calidad, al Gerente, al Representante de Gerencia para el S.G.C y al Jefe de la Dependencia auditada, recibiendo confirmación de éstos, para que el Auditor Principal guarde registro de ello.</p> <p>d) Envía a todos los auditados el formato de Evaluación de Auditoría Interna de Calidad y analiza los resultados para ser comentados en el próximo comité de calidad y tenerlos en cuenta para próximos ciclos de Auditoría.</p>	Auditor Principal
7	<p>Realiza el seguimiento de la implementación de las acciones correctivas y de su eficacia, procede así:</p> <p>a) Verifica la eficacia de las acciones correctivas emprendidas y registra los resultados obtenidos en Formato de seguimiento de acciones correctivas y preventivas.</p> <p>b) Presenta el informe de seguimiento a la implementación de acciones correctivas al vencimiento del cierre de las no conformidades al Gerente, al Representante de la Gerencia para el S.G.C y al Jefe de la Dependencia auditada.</p> <p>b) Guarda los registros respectivos.</p> <p>Nota: La auditoría sólo se cierra una vez se hayan cerrado la totalidad de las no conformidades levantadas.</p>	Equipo Auditor

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>		Página 46 de 86

### 10.1.6 PROCESO ELABORACION DE PLANES DE MEJORAMIENTO.

#### OBJETIVO:

Elaboración de planes de mejoramiento en base a las auditorías y autoevaluaciones de los diferentes servicios de la E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería.

#### ALCANCE Y CAMPO DE APLICACION:

Este proceso aplica a todas las áreas de la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería, inicia con recepción de informes de evaluación y termina con la propuesta del plan de mejora.

#### RESPONSABLES DEL PROCESO:

Gestión de Calidad.  
Área responsable del proceso.

#### SUBORDINACION:

Gerencia.

#### PRODUCTO/SERVICIO:

Planes de mejoramiento enfocados en las necesidades de la E.S.E.

#### RECURSOS:

- **Tecnológicos:** Software, Internet, computador, acceso a bases de datos especializadas, fotocopidora, impresora, Teléfono.
- **Logísticos:** Elementos de oficina (Hojas de papel, tóner, Tinta de impresora, fotocopias, marcadores, lápiz etc.).
- **Humanos:** Profesionales diferentes áreas.

#### ELEMENTOS DE ENTRADA DEL PROCESO:

Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC.  
Informes de auditorías internas y externas y autoevaluaciones.  
Informe de programa Paciente Trazador.

#### ELEMENTOS DE SALIDA DEL PROCESO:

Planes de Mejoramiento.

#### PARAMETROS DEL CONTROL:

- **INDICADORES**

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

 <p>E.S.E Hospital <b>San Jerónimo</b> <small>Trabajamos por ti, por tu salud</small></p>	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 47 de 86

% de planes de mejoramiento diseñados = N° Total de informes de evaluación recibidos / N° Total de planes de mejoramiento elaborados en base a los informes recibidos X 100

% de Cumplimiento de planes de mejoramiento = N° de Metas logradas del plan de mejoramiento / Total de Metas propuestas en el plan de mejoramiento X 100

**DESCRIPCION DE ACTIVIDADES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	DEPENDENCIA	RESPONSABLE	REGISTRO
Recepción y análisis de informes de evaluación.	Recepción de informes de auditorías internas y externas, autoevaluaciones, paciente trazador y demás que arrojen resultados acerca del funcionamiento de los procesos de la institución.	Planeación y Gestión de Calidad.	Profesional de planeación y gestión de calidad	Informes de auditoria
Definir procesos a mejorar.	En base a los resultados del análisis de los diferentes informes se establece cuáles son los procesos de la institución que requieren planes de mejoramiento.	Planeación y Gestión de Calidad.	Profesional de planeación y gestión de calidad	Matriz de priorización de procesos
Priorización de procesos.	Posterior a la selección de los procesos se realiza la priorización de los mismos haciendo uso de la Matriz de priorización que sea más pertinente según el caso e identificando las causas y consecuencias de las fallas.	Planeación y Gestión de Calidad.  Área responsable del proceso.	Profesional de planeación y gestión de calidad  Responsable del proceso.	Matriz de priorización de procesos
Elaborar plan de mejoramiento.	Teniendo los procesos priorizados y conociendo sus causas y consecuencias se diseña la estrategia a seguir para lograr la mejora del proceso y sus tiempos de ejecución.	Planeación y Gestión de Calidad.  Área responsable del proceso.	Profesional de planeación y gestión de calidad  Responsable del proceso.	Plan de Mejoramiento
Diseñar indicadores	Diseñar los indicadores de medición que se utilizaran para realizar control	Planeación y Gestión de	Profesional de planeación y gestión	

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>		Página 48 de 86

de medición.	al cumplimiento del plan de mejoramiento elaborado.	Calidad	de calidad	
Desarrollo y análisis de indicadores.	Desarrollar los indicadores propuestos y analizar la información obtenida de los mismos para evaluar el grado de cumplimiento de los planes de mejoramiento propuestos.	Planeación y Gestión de Calidad	Profesional de planeación y gestión de calidad	Informe de indicadores
Socialización de resultados.	Durante reunión ordinaria del Comité de Calidad o con el área responsable del proceso se socializan los resultados obtenidos.	Planeación y Gestión de Calidad	Profesional de planeación y gestión de calidad	

#### 10.1.7 PROCESO DE REFERENCIACION COMPETITIVA.

##### OBJETIVOS:

- Describir el proceso de Referenciación Competitiva institucional que ayude al hospital en la toma de acciones para el mejoramiento de su desempeño.
- Crear espacios de motivación para el personal que labora en la E.S.E mostrando como ejemplo de superación las estrategias que usaron otras instituciones que en su momento tuvieron problemas y lograron afrontarlos, contemplando la posibilidad de adaptación de dichas estrategias a nivel institucional.

##### ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN:

Este proceso aplica para todos los procesos y procedimientos establecidos en la E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería.

##### DEFINICIONES:

REFERENCIACION COMPETITIVA O BENCHMARKING: Proceso estratégico de identificación y aprendizaje de las mejores prácticas organizacionales de cualquier parte del mundo, para lograr el mejoramiento del desempeño organizacional a través del aprendizaje continuo. Es un facilitador de calidad al ofrecerle a las organizaciones modelos para aprendizaje institucional a partir de las mejores prácticas y metodologías formales para que esta comparación y aprendizaje se traduzca en mejoramiento concreto.

##### RESPONSABLES DEL PROCESO:

Planeación y Gestión de Calidad.

##### SUBORDINACION:

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 49 de 86

Gerencia.

**PRODUCTO / SERVICIO:**

Guía de desarrollo de procesos según Referenciación Competitiva ajustada a los procesos institucionales.

**RECURSOS:**

**Tecnológicos:** Computadores, Dinámica Gerencial y demás equipos requeridos.

**Logísticos:** Papelería, formatos pre-impresos,

**Humanos:** Equipo líder de referenciación.

**Económicos:** Recursos necesarios para realizar visitas de referenciación.

**ELEMENTOS DE ENTRADA DEL PROCESO:**

- **Entradas:** Solicitud de Referenciación Competitiva.

**ELEMENTOS DE SALIDA DEL PROCESO:**

- **Salidas:** Guía de desarrollo de procesos y procedimientos elegidos para la referenciación.

**PARAMETROS DE CONTROL:**

- **INDICADORES**

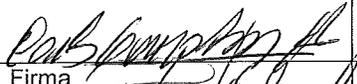
N° de visita de referenciación realizadas en un periodo de tiempo / N° de visitas de referenciación programadas en un periodo de tiempo determinado X 100

N° de procesos con Guía de desarrollo de procesos según Referenciación Competitiva / N° de procesos elegidos para referenciación X 100

N° de Guías de desarrollo de procesos según Referenciación Competitiva aplicadas / N° de Guías de desarrollo de procesos según Referenciación Competitiva elaboradas X 100

**ACTIVIDADES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	DEPENDENCIA	RESPONSABLE	REGISTRO
Definir procesos prioritarios de la E.S.E.	Identificar a través de la malla de priorización de procesos cuales son los críticos y que deben ser sujetos a referenciación competitiva.	Planeación y Gestión de Calidad.	Profesional Planeación y Gestión de Calidad	Malla de priorización de procesos

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 50 de 86

Identificar las fallas.	Definir las fallas más frecuentes de los procesos prioritarios.	Planeación y Gestión de Calidad.	Profesional Planeación y Gestión de Calidad	
Definir los factores claves a medir.	Identificar cuáles son los factores más críticos dentro del proceso y que se deben ajustar con el fin de garantizar su operatividad en la institución.	Planeación y Gestión de Calidad.	Profesional Planeación y Gestión de Calidad	
Identificar entidades con prácticas más avanzadas.	Identificar las entidades que cuentan con procesos y procedimientos más avanzados y que puedan ser comparables con la institución.	Gerencia Planeación y Gestión de Calidad.	Gerente Profesional Planeación y Gestión de Calidad	Informe de empresas y procesos a referenciar
Definir los recursos.	Se debe definir con las directivas de la E.S.E los recursos económicos necesarios para realizar las visitas de referenciación.	Gerencia Subgerencia Administrativa.	Subgerente Administrativo.	
Conformación de equipo de referenciación.	Se conforma grupo de referenciación competitiva que realizara las visitas a la entidad designada.	Planeación y Gestión de Calidad	Profesional Planeación y Gestión de Calidad	
Medición de procesos.	Medir los procesos designados a evaluar en las entidades seleccionadas mediante la observación de su funcionamiento diario.	Hospitales a Referenciar.	Equipo de Referenciación.	
Acta de visita de referenciación.	Una vez terminada la programación de la visita se levantara un acta describiendo los resultados encontrados y los procesos y procedimientos explicados.  Se debe dejar copia del acta a la institución de referencia.	Hospitales a Referenciar.	Equipo de Referenciación.	Acta de visita de referenciación
Comparación de desempeño.	Confrontar el desarrollo de los procesos y procedimientos seleccionados de la institución referenciada con de los propios de la E.S.E. con el fin de establecer diferencias y similitudes para posterior adaptación.	ESE Hospital San Jerónimo.	Equipo de Referenciación.	Plan de Mejora referenciación
Elaboración de Guía de desarrollo	Luego de confrontar el desarrollo de los procesos se procede a elaborar una Guía de	ESE Hospital San	Equipo de	

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 51 de 86

procesos de Referenciación.	desarrollo de los procesos de Referenciación, donde se establezcan las pautas que según las cuales deben desarrollarse los procesos institucionales, teniendo en cuenta el aprendizaje obtenido en la referenciación y las condiciones propias de la E.S.E.	Jerónimo.	Referenciación.	
Plan de Mejoramiento.	Se desarrollará un plan de mejoramiento que nos permita ajustar las condiciones de la E.S.E a las indicadas por las Guías de Referenciación, buscando incorporar en nuestros procesos las mejores prácticas encontradas en las instituciones de referencia.	ESE Hospital San Jerónimo.	Equipo de Referenciación.	
Compromisos y responsabilidades.	Identificar y designar los responsables de cumplir con los compromisos adquiridos para el cumplimiento de los planes de mejoramiento.	ESE Hospital San Jerónimo.	Equipo de Referenciación.	
Seguimiento medición.	Establecer las fechas de seguimiento de los planes de mejoramiento y definir el grado de avance.	ESE Hospital San Jerónimo.	Equipo de Referenciación.	

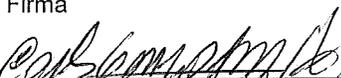
## 10.2 COMPONENTE SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO.

### 10.2.1 MANUAL GENERAL DE INDICADORES.

La disponibilidad de información sustentada en datos válidos y confiables es condición necesaria para el análisis y evaluación objetiva de la situación sanitaria, la toma de decisiones basada en evidencia y el efecto de los programas de salud.

La búsqueda de medidas objetivas que reflejen el estado de salud de la población es una antigua tradición en salud pública, particularmente en epidemiología. En la actualidad, cada día se genera una gran cantidad de información sobre los servicios y la operación de programas de salud; esta información debe ser racionalizada con el objetivo de analizarla y utilizarla para conocer el estado que guardan los servicios de salud en un momento dado.

Para facilitar la cuantificación y evaluación de las diferentes dimensiones del estado de salud de una población se utilizan los indicadores de salud. La disponibilidad de un conjunto básico de indicadores constituye la materia prima para los análisis de salud. Con ellos se puede facilitar el monitoreo de objetivos y metas en salud, estimular el fortalecimiento de las capacidades analíticas en los equipos de salud y, servir como plataforma para promover el desarrollo de sistemas de información en salud intercomunicados.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>	Página 52 de 86	

En términos generales, con el manejo de Indicadores en salud, se busca el control de la gestión integral en las acciones encaminadas a mantener la estabilidad de un proceso, dentro de cierto margen, actuando sobre los insumos o el medio ambiente en que se desarrolla el proceso. Usualmente el control de la gestión hospitalaria se realiza en tres pasos sucesivos: la captura del dato, su comparación con una norma o estándar, y la toma de decisiones para corregir desviaciones o normas inadecuadas. En consecuencia, para realizar un control es necesario contar con planes operativos, con normas, indicadores y estándares que permitan lograr una medición objetiva y que puedan ser retroalimentados en todos los servicios de la ESE, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

El **monitoreo** es el proceso sistemático de recolectar, analizar y utilizar información para hacer seguimiento al progreso de un proceso en POS de la consecución de sus objetivos, y para guiar las decisiones de gestión. El monitoreo generalmente se dirige a los procesos en lo que respecta a cómo, cuándo y dónde tienen lugar las actividades, quién las ejecuta y a cuántas personas o entidades beneficia. El monitoreo está orientado a la observación periódica y continua de las actividades priorizadas. Implica la elaboración de un diseño que pueda ofrecer información cotidiana sobre los aspectos que se quiera monitorear. Debe determinar si los recursos se están suministrando en las cantidades previstas y en los momentos oportunos, y si su utilización está generando los productos esperados. La identificación de situaciones críticas debe tener como consecuencia la implementación correctiva. El monitoreo de las actividades hospitalarias con enfoque estratégico, es una herramienta gerencial que provee de insumos para la mejor utilización de los recursos, el cumplimiento óptimo de las actividades en las mejores condiciones de calidad técnica y la satisfacción tanto de los pacientes como de los propios trabajadores de salud.

La **supervisión** es la parte del control de la gestión, que permite conocer los logros y la calidad de trabajo del personal que interviene en la ejecución de las actividades de una organización. Determina si el desempeño de los equipos de trabajo concuerda con las funciones que le han sido asignadas, identifica al personal que sobresale por sus destrezas y habilidades, y las necesidades de capacitación del personal. Constituye una oportunidad para detectar deficiencias y reorientar el trabajo hacia el logro de los objetivos. La supervisión orientada hacia el desarrollo del potencial humano, debe tener un enfoque pedagógico y no fiscalizador. Es muy importante para lograr la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios. La identificación oportuna de problemas de desempeño del personal, con la supervisión periódica, puede ser trascendente al corregir o evitar las desviaciones que se puedan presentar durante la ejecución de las actividades hospitalarias.

La **evaluación** es un conjunto de actividades organizadas y sistemáticas que se realizan para conocer los avances y logros del proceso productivo en relación a los objetivos institucionales planteados. El acto de evaluar consiste en la emisión de un juicio de valor, que resulta de la comparación de las características observadas con un patrón de referencia, y del análisis explicativo de las coincidencias y diferencias detectadas en dicha comparación. La evaluación permite también detectar problemas y obstáculos, hacer modificaciones y evitar errores, de tal manera que se incrementen los resultados positivos. Se puede realizar en cualquiera de los niveles del proceso productivo, por lo que es una actividad permanente durante la gestión de un establecimiento de salud; sus resultados permiten tomar decisiones sobre dicho proceso y en consecuencia reforzarlo o desactivarlo. La evaluación exige la búsqueda y sistematización de información útil y su uso para decidir las diversas posibilidades de acción de la organización. Incluye la formulación de sus propios objetivos, la identificación de criterios a ser usados en la medición, la determinación y explicación del grado de éxito y la elaboración de recomendaciones para actividades en el futuro.

**DEFINICIÓN:**

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 53 de 86

Los indicadores, son relaciones cuantitativas entre dos cantidades o variables susceptibles de ser observadas y medidas, asociadas a eventos determinados y que por sí solos no son relevantes, sino que adquieren importancia cuando se les compara con patrones de referencia o con el mismo tipo de cantidades o variables, correspondientes a períodos anteriores.

Los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud; vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población, permitiendo vigilarla. Son instrumentos de evaluación que pueden determinar, directa o indirectamente, modificaciones. Así, brindan una idea del estado que guarda una condición de salud, por ejemplo, la ocurrencia de una enfermedad u otro evento relacionado con la salud o de un factor asociado con la misma.

La construcción de un indicador es un proceso de complejidad variable, que va desde el recuento directo, hasta el cálculo de proporciones, razones, tasas o índices más sofisticados. La calidad de un indicador depende fuertemente de la calidad de los componentes de frecuencia de casos, tamaño de población en riesgo utilizado en su construcción, así como de la calidad de los sistemas de información, recolección y registro de tales datos.

Específicamente, la calidad y utilidad de un indicador está primordialmente definida por los siguientes criterios:

- ✓ **Validez**, si efectivamente mide lo que intenta medir.
- ✓ **Confiabilidad**, si su medición repetida en condiciones similares reproduce los mismos resultados.
- ✓ **Especificidad**, que mida solamente el fenómeno que se quiere medir.
- ✓ **Sensibilidad**, que pueda medir los cambios en el fenómeno que se quiere medir.
- ✓ **Mensurabilidad**, que sea basado en datos disponibles o fáciles de conseguir.
- ✓ **Relevancia**, que sea capaz de dar respuestas claras a los asuntos más importantes de las políticas de salud)
- ✓ **costo-efectividad**, que los resultados justifiquen la inversión en tiempo y otros recursos.
- ✓ **Sencillez**, debe ser sencillo de administrar, de aplicar y de explicar.

Los indicadores deben ser fácilmente utilizados e interpretados por los analistas y comprensibles para los usuarios de la información, los gerentes y, tomadores de decisión, tanto en el ámbito local y nacional.

También se requiere cumplir con varios atributos sobre la calidad del conjunto de indicadores, como, por ejemplo:

- ✓ **Integridad**, que no falten datos.
- ✓ **consistencia interna**, que, vistos solos o en grupos, los valores de los indicadores sean posibles, coherentes y no se contradigan.

#### DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN:

El mantenimiento del conjunto de indicadores depende también de la disponibilidad de las fuentes de datos y de la operación regular de los sistemas de información, así como de la simplicidad de los instrumentos y métodos utilizados. El monitoreo de los indicadores es importante porque éste condiciona el nivel de confianza de los usuarios en la información de salud y, con mayor razón, su uso regular. Éste depende también de la política de

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>		Página 54 de 86

diseminación de los indicadores de salud, incluyendo la oportunidad y frecuencia de su compilación. Por ejemplo, para que un indicador utilizado en actividades de monitoreo tenga relevancia, el tiempo entre la recolección de los datos, su compilación, análisis y diseminación debe ser corto. Generados de manera regular y manejados dentro de un sistema de información dinámico, los indicadores de salud constituyen una herramienta fundamental para los tomadores de decisión en todos los niveles de gestión. En este contexto, los indicadores de salud válidos y confiables son herramientas básicas que requiere la gerencia para la gestión en salud.

Las principales fuentes de datos, utilizadas en la ESE, son:

- ✓ Software Institucional Dinámica Gerencial.
- ✓ Planillas ubicadas en áreas determinadas.
- ✓ Software Archidoc.
- ✓ Software Audisoft.
- ✓ Software Sinapsys.
- ✓ Encuestas.

#### CLASIFICACION OPERACIONAL DE LOS INDICADORES:

Los indicadores de salud pueden ser divididos en amplias categorías, a utilizar en la ESE Hospital San Jerónimo de Montería, las siguientes categorías:

- ✓ Indicadores Asistenciales/epidemiológicos.
- ✓ Indicadores operacionales.
- ✓ Indicadores de Eficiencia.
- ✓ Indicadores de Eficacia.
- ✓ Indicadores Administrativos.
- ✓ Indicadores Financieros.

Los **indicadores epidemiológicos** se utilizan para estimar la magnitud y trascendencia de una situación determinada. Siempre deben estar referidos a:

- ✓ La población a partir de la cual se calculan.
- ✓ El periodo de tiempo que representan.
- ✓ El lugar geográfico del cual proviene la información (variables de persona, de tiempo y de lugar).

Se puede medir el impacto o los efectos de los programas de salud comparando un mismo indicador epidemiológico antes y después de la ejecución de las actividades de un programa determinado.

Los indicadores epidemiológicos tienen gran utilidad en la etapa de formulación diagnóstica y en la de evaluación del programa. La evaluación es, en cierto modo, un diagnóstico de situación actualizado.

Los **indicadores operacionales** miden el trabajo realizado, ya sea en función de la cantidad o de la calidad de él. Miden la cantidad de actividades y procedimientos realizados, en relación con metas o estándares establecidos previamente.

Como las metas son objetivos cuantitativos, los indicadores dan la medida en que se ha logrado cumplir dichas metas. El valor de los indicadores depende del criterio con el cual se establecen las metas: lo ideal es que la meta programada corresponda al número de acciones que se supone necesario realizar para tener algún impacto sobre el problema.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 55 de 86

Cuando las metas se establecen solamente en función de los recursos financieros disponibles o de la capacidad administrativa para desarrollar acciones de salud en general, la consecuencia es la obtención de resultados operacionales aparentemente buenos, pero que pueden tener escaso impacto sobre el problema de salud pública.

Los indicadores operacionales que miden calidad de trabajo pueden ser de tres tipos: de productividad, de costo promedio y de calidad técnica.

1. Los de productividad relacionan el trabajo con el tiempo de recurso humano (hora-médico) o material disponible (día-cama), y expresan el promedio de producción por unidad de tiempo-recurso humano. Ejemplo: promedio de exámenes realizados por tecnólogo médico por hora, egresos por mes-cama.
2. Los de costo promedio, relacionan el trabajo realizado con sus costos, expresando el costo requerido en la producción de una unidad de trabajo. Ejemplo: valor promedio por cada examen realizado por un tecnólogo médico. Requiere del detalle de costos en cada etapa de un proceso productivo.
3. Los de calidad técnica, relacionan el trabajo realizado con los índices de eficiencia aceptables o convenidos para dicho trabajo; en general, expresan la proporción de trabajo realizado dentro de un determinado patrón o estándar. Ejemplo: proporción de pérdida de exámenes en el procesamiento de ellos; número de baciloscopías efectuadas en relación al total de consultas médicas.

La ESE maneja la clasificación definida por el Ministerio de Salud:

**Financieros:**

- ✓ Facturación.
- ✓ Cartera.
- ✓ Pasivos.
- ✓ Balance general.
- ✓ Estados de actividades.
- ✓ Ejecución presupuestal.
- ✓ Ingresos.
- ✓ Gastos.

**Asistenciales:**

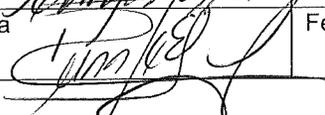
- ✓ calidad (accesibilidad/ oportunidad, calidad técnica, gerencia del riesgo y lealtad)
- ✓ producción.

**Jurídicos:**

- ✓ Contratación
- ✓ Procesos judiciales.

**Administrativos y Recursos Humanos:**

- ✓ Recurso humano.
- ✓ Capacidad instalada
- ✓ Infraestructura

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>	Página 56 de 86	

#### PATRONES DE LOS INDICADORES:

**Atributo:** Es el que identifica la meta.

**Escala:** Corresponde a las unidades de medida en que se especificará la meta.

**Status:** Es el valor actual de la escala, el punto de partida.

**Umbral:** Es el valor de la escala que se desea alcanzar.

**Horizonte:** Hace referencia al período en el cual se espera alcanzar el umbral.

**Fecha Iniciación:** Cuando se inicia el horizonte.

**Fecha Terminación:** Finalización de lapso programado para el logro de la meta.

**Responsable:** Persona que tendrá a su cargo la ejecución de la estrategia o logro de la meta.

#### DETERMINAR, PARA CADA INDICADOR, ESTADO, UMBRAL Y RANGO DE GESTION:

Es necesario determinar para cada indicador, estado, umbral y rango de gestión:

- **ESTADO:** Valor inicial o actual del indicador.
- **UMBRAL:** Es el valor del indicador que se requiere lograr o mantener.
- **RANGO DE GESTION:** Es el espacio comprendido entre los valores mínimo y máximo que el indicador puede tomar.

#### ESTANDARIZAR Y FORMALIZAR:

Es el proceso de especificación completa, documentación, divulgación e inclusión entre los sistemas de operación del negocio de los indicadores de gestión. Es durante esta fase que se desarrollan y quedan definidos y formalizados los manuales de indicadores de gestión del negocio.

#### MANTENER Y MEJORAR CONTINUAMENTE:

Lo único constante es el cambio y esto genera una dinámica muy especial en los sectores y en las organizaciones, el sistema de indicadores de gestión debe ser revisado a la par con los objetivos, estrategias y procesos de las empresas.

Hacer mantenimiento al sistema es básicamente, darle continuidad operativa y efectuar los ajustes que se deriven del permanente monitoreo del sistema de la empresa y de su entorno.

Mejorar continuamente significa incrementar el valor que el sistema de indicadores de gestión agrega a las personas usuarias; es hacerlo cada vez más preciso, ágil, oportuno, confiable y sencillo.

#### REGLAS PRÁCTICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CONJUNTO O SISTEMA DE INDICADORES:

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 57 de 86

Existen algunas reglas prácticas para la implementación de un conjunto de indicadores, las cuales se muestran a continuación:

- Debe hacerse por etapas (tal como se expuso en el punto anterior). No pasar a otra etapa sin probar y consolidar la actual.
- Fuerte implicación y participación de los directivos.
- Debe contemplarse y conducirse como un cambio y no como un simple cambio de herramienta.
- No solo se trata de implantar un nuevo sistema o cambio, sino además de crear procedimientos que en el futuro sirvan para que el sistema evolucione.
- Se deben clarificar los papeles de las diferentes áreas funcionales, para efectos del control.
- El sistema de indicadores y su control debe obedecer a las opciones organizativas y no a la inversa.

#### PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES:

Los procesos y procedimientos de la ESE Hospital San Jerónimo de Montería, se diseñan acorde al Mapa de Procesos Institucional.

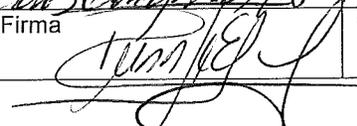
#### CONTENIDO DE FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES:

- Nombre del Indicador.
- Formula.
- Requisito Legal.
- Periodicidad.
- Fuente de la Información.
- Responsable.
- Periodicidad.
- Destinatario.
- Área de servicio.
- Observaciones finales.

#### CICLO BASICO PARA CONSTRUCCION DE INDICADORES:

- Identificación del producto o servicio que se va a medir.
- Identificar las medidas claves de desempeño.
- Establecer Responsabilidades.
- Establecer referentes de comparación.
- Establecer línea base y línea meta.
- Recopilar información necesaria.
- Fórmulas de cálculo.
- Análisis de la Información.

#### INDICADORES POR AREAS FUNCIONALES:

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

INDICADORES ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS	
ÁREA	INDICADOR
CONTABILIDAD	Monto de deuda por descuentos de nómina
	Monto de la deuda de aportes a seguridad social
	Monto de la deuda de parafiscales
	Monto de la deuda de salarios y prestaciones sociales
	Monto de la deuda de servicios personales directos
	Días de rotación de cuentas por pagar
	Monto acumulado de cuentas por pagar (incluye deudas de personal y servicios personales indirectos)
	cuadro comparativo INGRESOS vs COSTOS y GASTOS
	Margen bruto operacional
	Margen neto de utilidad
	Nivel de endeudamiento
	Días de rotación de cartera
	Costos operacionales por área
FACTURACIÓN	Porcentaje de facturación radicada en el período
	Porcentaje de cumplimiento en la meta de facturación del período
	Valor de facturación del período
	Facturación por aseguradoras
CARTERA Y GLOSAS	Cartera por edades
	Cartera por edades por pagador
	% de participación cartera por cliente
	% de Recaudo anual
	% recaudo por aseguradora
	Valor Cartera sin radicar mes
	Detalle de facturación estado sin radicar
	Porcentaje de glosa definitiva
	Porcentaje de glosa inicial (objeción)
	% de Glosas por asegurador
conciliaciones realizadas 2019	
Glosas por conciliar	
PRESUPUESTOS	Equilibrio presupuestal con reconocimiento
	Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)
	Equilibrio presupuestal con reconocimiento ( Sin CXC y CXP)
	Equilibrio presupuestal con recaudo ( Sin CXC y CXP)
	Ingreso Total Reconocido Excluye CxC
	Total Venta de Servicios
Cuentas por cobrar Otras vigencias	

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	Ingreso Total Reconocido
	Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)
	Total Venta de Servicios
	Cuentas por cobrar Otras vigencias
	Ingreso Total Recaudado
	% de recaudos / reconocimientos
	Total Venta de Servicios
JURÍDICA	Porcentaje recuperación títulos judiciales
	% de contrato con todos los requisitos.
	No. de Conciliaciones presentadas por mes
	No. de conciliaciones asistidas
	No. de conciliaciones aprobadas judicialmente
	No. de demandas radicadas.
	% de audiencias asistidas.
	No. Procesos a favor de la ESE.
	% de respuesta en el término legal.
	Numero de derechos de petición contestados en el mes.
TALENTO HUMANO	Procesos judiciales contestados dentro del término legal, incluidas las acciones constitucionales.
	Planta de cargos por nivel
	%Cumplimiento del Plan de capacitaciones
	% de personal que cumplió los requisitos establecidos
	% personal que recibió inducción
	% de expedientes actualizados
	Nomina entregada dentro de las fechas previstas.
	Valor mensual de nómina.
	Ejecución de evaluaciones de desempeño
	ausentismo
	índice de frecuencia de accidentes de trabajo
	índice de frecuencia de accidentes de trabajo con incapacidad
	índice de severidad de accidentes de trabajo
	gestión de los peligros identificados
	cobertura de re - inducción
	cobertura de inducción
	porcentajes de inspecciones real
	condiciones mejoradas
	investigación de accidentes laborales
	investigación de incidentes laborales
cumplimiento legal	

Revisado: Planeación y Gestión  
de Calidad

Firma

Fecha: 16 de Dic de 2020

Aprobado: Gerente

Firma

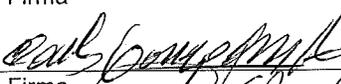
Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 60 de 86

	gestion del copasst política sst mortalidad de accidentes laborales prevalencia de la enfermedad laboral índice de enfermedad laboral
SIAU	Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS (Res. 256 de 2016) Proporción de usuarios que recomendarían la IPS a familiares y amigos (Res. 256 de 2016) N° de apertura de buzones N° de personas sensibilizadas Proporción de PQRSF gestionadas Reporte de quejas
SUMINISTROS	Numero de Inventario realizados en la vigencia. % de Equipos dados de Baja en un periodo determinado. % de ejecución plan de compras N° de evaluaciones realizadas a proveedores N° de informes análisis de centros de costos presentados % de áreas con inventario de activos fijos
GESTIÓN AMBIENTAL	N. gestiones realizadas por productos no conformes encontrados relacionados con el uso adecuado de insumos y elementos de seguridad industrial N° monitoreos o rondas de seguimiento a la dotación de elementos, insumos y herramientas de trabajo requeridos para el cumplimiento del PGRHS N° solicitudes atendidas de elementos requeridos en el PGRHS Obras gestionadas para el arreglo de la bodega de residuos N° gestiones realizadas por productos no conformes encontrados en rondas de seguimiento a las directrices del PGRHS N° de reportes enviados a la CVS, anuales a la Contraloría y al IDEAM N° Gestiones realizadas por cada tipo de residuos no convencional N° capacitaciones Protocolo de limpieza y desinfección y otras directrices hospitalarias de bioseguridad en operación N° pruebas efectuadas (evaluaciones a los principales actores encargados del manejo de residuos) N° Herramientas de herramientas visuales preventivas - informativas para el manejo de residuos diseñadas y aplicadas N° Manejo Integrado de Plagas y Vectores desarrollados anualmente ejecutados % avance en el Plan de Manejo de la Población Felina del sector No. Cadáveres gestionados

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	Estudio técnico para evaluar los problemas de suministro y almacenamiento interno de agua y medidas del estudio ejecutadas
	N° controles implementados sobre el agua de consumo
	Registros de consumo / mes de agua
	No. medidas implementadas de uso racional de energía
	Registros de consumo / mes Energía
	Informes presentados sobre la gestión de consumo de servicios por parte de la UTINP, con destino a facturación
	Estudio y conceptos sobre medidas a tomar del cumplimiento de los requisitos de la Autoridad Ambiental frente al tema de vertimientos y otros temas de su competencia
AMBIENTE FÍSICO	% de cumplimiento de cronograma de mantenimientos preventivos
	Gestión de mantenimientos correctivos
	Oportunidad de atención a solicitudes mantenimiento
	Número de Políticas de administración y manejo racional de los recursos implementadas
CONTROL INTERNO CONTABLE	N° de Auditorías realizadas durante la vigencia.
	Seguimiento a los procesos de depuración contable realizados
	N° de informes de seguimiento a auditorías anteriores
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIOS	N° de expedientes en indagación
	N° de expedientes en investigación
	N° de expedientes archivados
	N° de sanciones
	Actuaciones activas
	Actuaciones con términos vencidos
CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	Actividades de fomento cultura de control en la E.S.E. realizadas
	Planes de mejoramiento institucional e informes de Ley presentados a los organismos de control externos.
	Seguimiento y evaluación del Mapa de riesgos institucional
	Actas suscritas Comité coordinador de Control Interno
	N° de Informes de auditorías realizados
	Informes de Ley presentado ante los respectivos organismos o entes de control.
TESORERÍA	Ingresos Anuales (Discriminar por tipo)
	Resumen Recaudo versus Ingresos
	Egresos Anuales
SISTEMAS	Inventario de equipos general y por área
	% Cumplimiento del cronograma de mantenimientos preventivos
	%Capacitaciones realizadas en la vigencia
	Estado de licencias y softwares institucionales
	Tiempo promedio de respuesta a soportes

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>		Página 62 de 86

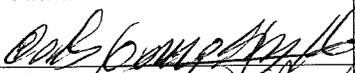
	Tiempo de respuesta a consultas ofimáticas
ARCHIVO GENERAL	Eficacia en la entrega de la correspondencia
	Tabla de Retención Documental aplicada correctamente
	Eficiencia en la atención a consultas y requerimientos de archivo
	Transferencia documental realizada correctamente
<b>INDICADORES ASISTENCIALES</b>	
<b>ÁREA</b>	<b>INDICADORES</b>
CONSULTA EXTERNA	Número de citas asignadas
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita
	Porcentaje de citas cumplidas por asignación
	Porcentaje de citas cumplidas por disponibilidad
	Porcentaje de citas canceladas
	Porcentaje de citas incumplidas
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de primera vez
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa
URGENCIAS	No. De pacientes clasificados en Triage
	Tiempo de espera para clasificación en Triage II (Fénix y Res. 256)
	Tiempo promedio de espera para en la atención en consulta de Urgencias Triage II (minutos) (Fénix y Res. 256)
	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas. (por mil). Res 256
	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días. (por mil) Res. 256
	Porcentaje de ocupación en urgencias (por 100) Fénix
	Porcentaje de pacientes con estancias superiores a 24 horas en urgencias (por 100) Fénix
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias
	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias
SERVICIOS HOSPITALARIOS	Egresos generales
	% Mortalidad general antes de 48 horas
	% Mortalidad general después de 48 horas
	Egresos Hospitalarios
	% Mortalidad hospitalaria antes de 48 horas
	% Mortalidad hospitalaria después de 48 horas
	Promedio día estancia hospitalario
	Giro de cama
Porcentaje ocupacional	
SALAS DE CIRUGÍA Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Número de procedimientos quirúrgicos realizados
	% de procedimientos quirúrgicos cancelados por causas atribuibles a la institución

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	% de procedimientos quirúrgicos cancelados por causas atribuibles al paciente
	% de procedimientos quirúrgicos cancelados por orden médica
	% total de procedimientos quirúrgicos cancelados
	% de reintervenciones quirúrgicas
	% de complicaciones quirúrgicas
	Promedio de procedimientos quirúrgicos realizados por paciente
	Porcentaje de adherencia a manual de buenas prácticas de esterilización. (Fénix)
LABORATORIO CLÍNICO	Número de reporte de Laboratorio Clínico por áreas
	Tiempo de espera para el reporte del resultado del examen. General y por área
	% de contaminación de los hemocultivos de sangre periférica
	% de concordancia de Gram del hemocultivo con la identificación final en el cultivo
	% de cultivos con resultado positivo
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Número de reporte de imágenes diagnósticas
	Tiempo promedio de espera para la toma del estudio
	Porcentaje de solicitudes con errores
	Porcentaje de pacientes no atendidos por errores en la preparación
	Porcentaje de errores en el procesamiento de la muestra
	Porcentaje de errores en los resultados
	Porcentaje de Resultados intercambiados entre pacientes
	Porcentaje de sobre exposición en el servicio
BANCO DE SANGRE	Porcentaje de Hemocomponentes Entregados
	Número de pacientes transfundidos
	Donantes aceptados
	Hemocomponentes y Sangre total (banco de sangre)
	Porcentajes de reacciones adversas transfusionales
CARDIODIAGNÓSTICO	Número de estudios de cardiodiagnóstico realizados
	Porcentaje Complicaciones de prueba de esfuerzo que requieren un tratamiento específico.
	Porcentaje complicaciones de eco transesofágico
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de cardiodiagnóstico
TERAPIAS	Número de sesiones de Terapias realizadas por tipo
	Porcentaje de errores en los resultados en el área de terapias
	Porcentaje de Resultados intercambiados entre pacientes en el área de terapias
FARMACIA	Presentación de informes de gestión
	Adherencia al listado básico
	% Suficiencia
	Conformidad técnica
	Proporción de vencimiento en inventario
	% de Averías

Revisado: Planeación y Gestión  
de Calidad

Firma



Fecha: 16 de Dic de 2020

Aprobado: Gerente

Firma



Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 64 de 86

	% Devoluciones de productos
	% Reportes de eventos adversos
AUDITORÍA CONCURRENTE	% de Historias Clínicas auditadas por servicio mes a mes en la vigencia.
	Hallazgos identificados por áreas hospitalarias
	% de historias clínicas correctamente diligenciadas en el periodo
	Identificación de estancias superiores a 6 días
	Numero de Estancias prolongadas gestionadas
COORDINACIÓN DE ENFERMERÍA	% de accidentes de trabajo del personal de enfermería.
	% de ausentismo del personal de enfermería
	% de incapacidades del Personal de enfermería
	Personal Capacitado durante la vigencia.
	Numero de no conformidades identificadas en registros clínicos de enfermería
	Numero de no conformidades identificadas en proceso de atención de enfermería
SEGURIDAD DEL PACIENTE	Porcentaje de vigilancia de eventos adversos
	Numero de eventos presentados
	Numero de modos de fallo
	Numero de incidentes
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización. (Res. 256)
	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización. (Res. 256)
	Porcentaje de reacciones adversas a los medicamentos
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de imágenes diagnósticas
	Tasa de úlceras por presión. (Res. 256)
	Sesiones breves realizadas
EPIDEMIOLOGÍA	Razón de Mortalidad Materna x 100000
	Tasa de mortalidad mayor a 48 horas
	Tasa de mortalidad perinatal x 1000
	% de Infecciones Intrahospitalarias
	Oportunidad en el registro de nacidos vivos
	Oportunidad en el registro de actas de defunción
	N° de eventos de salud pública reportados al SIVIGILA por tipología
	Letalidad de los eventos de salud pública reportados
PATOLOGÍA	N° de reporte de estudios de patología
	Número de estudios de patología realizados
	% de errores en el procesamiento de la muestra en el laboratorio de patología
	% de errores en los resultados en el laboratorio de patología.
	% de resultados intercambiados entre pacientes en el laboratorio de patología.

### 10.2.1 ANALISIS DE DATOS ESTADISTICOS.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 65 de 86

**OBJETIVO:**

Realizar análisis de informes estadísticos y matriz de indicadores de calidad con el fin de conocer el comportamiento de la E.S.E en cuanto a criterios de eficiencia, efectividad y producción, para la generación de planes de mejoramiento y reporte a entes de control.

**ALCANCE Y CAMPO DE APLICACION:**

Aplica para todas las áreas de la E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería, que generen información asistencial, financiera y administrativa.

**RESPONSABLES DEL PROCESO:**

Profesional de planeación y gestión de calidad.  
 Profesional de sistema de información y SIAU.  
 Profesional responsable del área donde se generó la información.

**SUBORDINACION:**

Gerencia.  
 Subgerencia Asistencial.  
 Subgerencia Administrativa y Financiera.

**PRODUCTO/SERVICIO:**

Análisis de informes estadísticos e indicadores de calidad por periodo de tiempo determinado.

**RECURSOS:**

- Tecnológicos: Equipos de Cómputo, Software Dinámica Gerencial.
- Logísticos: Papelería, servicios de apoyo técnico, herramientas y equipos de medición.
- Físicos: Equipos de oficina.
- Humanos: Profesionales líderes de procesos.

**ELEMENTOS DE ENTRADA DEL PROCESO:**

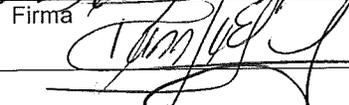
Información asistencial, administrativa y financiera aportada por las diferentes áreas.

**ELEMENTOS DE SALIDA DEL PROCESO:**

Análisis estadístico y de indicadores de la E.S.E.

**PARAMETROS DEL CONTROL:**

- INDICADORES:

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 66 de 86

N° Total de Análisis estadísticos en un tiempo determinado/ N° total de informes estadísticos en el mismo periodo de tiempo X 100

N° Total de Análisis de reportes de indicadores en un tiempo determinado / N° total de reportes de indicadores en el mismo periodo de tiempo X 100

#### ACTIVIDADES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	DEPENDENCIA	RESPONSABLE
Envío de datos.	Al cierre de mes cada centro de costo debe realizar reporte a Estadística con copia a Gestión de Calidad de los datos generadas en el servicio de forma manual, dicha copia se envía a Calidad con el fin de realice el análisis correspondiente.	Centros de costos.	Responsable de cada centro de costo.
Recolección de información.	La oficina de sistema de información con apoyo de las áreas de Sistemas y Facturación el primer día de cada mes hace corte del mes inmediatamente anterior en Dinámica Gerencial.	Planeación y Gestión de Calidad.	Profesional Sistema de Información y SIAU
Validación de información.	La Oficina de Estadística procede a realizar una validación de la información recolectada del sistema Dinámica Gerencial respecto a los datos manuales suministradas por el centro de costos, con el fin de confrontar la veracidad de los datos y garantizar la calidad de la información.	Planeación y Gestión de Calidad.	Profesional Sistema de Información y SIAU
Entrega de información e indicadores.	Luego de organizar y garantizar la veracidad y calidad de los datos, se entrega el informe estadístico mensual a Gerencia, Subgerencias y a los Coordinadores de Área.	Planeación y Gestión de Calidad.	Profesional Sistema de Información y SIAU
Análisis estadístico y de indicadores.	Se convoca a comité de Sistemas de Información donde se procede a analizar la información estadística y los indicadores suministrados.	Planeación y Gestión de Calidad.  Comité Sistemas de Información.	Profesional Planeación y Gestión de calidad.  Miembros de Comité de Sistemas de Información.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 67 de 86

Generación de planes de mejoramiento y seguimiento.	Después de analizar la información estadística, los indicadores y llegar a conclusiones, se procede a generar planes de mejoramiento y seguimiento para adoptar las medidas preventivas y correctivas necesarias.	Planeación y Gestión de Calidad.  Comité Sistemas de Información.	Profesional Planeación y Gestión de calidad.  Miembros de Comité de Sistemas de Información.
Envío de reporte final a entes de control.	Finalmente, luego de consolidar y analizar la información se reporta el informe general a los entes controladores, Circular 030, SIHO y los demás que se requieran.	Planeación y Gestión de Calidad.	Profesional Sistema de Información y SIAU

### 10.2.3 MANUAL DE ATENCION E INFORMACION AL USUARIO.

Implementar en la E.S.E HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA, las herramientas necesarias para la ejecución de los servicios de información y atención al usuario SIAU de una forma clara, eficaz, y oportuna, con la activa participación de la institución, los usuarios y la comunidad y así contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios.

#### NORMATIVIDAD APLICABLE:

- Decreto 1757 de 1994 que reglamenta las modalidades de participación social de la prestación de los servicios de salud se establece un servicio de Atención al Cliente, debe contar con una línea telefónica y garantizar el recurso humano necesario para atender, sistematizar y canalizar los requerimientos e implementará el sistema de información y control de calidad del servicio basado en la atención e información al usuario.
- LEY 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991.
- Ley Anti tramite, decreto 19 del 2012. Enero 10, Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.
- Modificación de Circular Externa No. 049 de 2008 de la Súper Salud. Título VII capítulo I Protección del Usuario y la participación Ciudadana Oficina de Atención al usuario.
- Decreto 780 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

#### PROCESOS DEL AREA:

Los procesos establecidos y adoptados en el manual de atención e información al usuario son los siguientes:

- Procedimientos de recepción y trámite de PQRSF.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>		Página 68 de 86

- Procedimiento para realización y análisis de las encuestas de satisfacción de los usuarios.
- Trabajo social.
- Ubicación y orientación al paciente.
- Educación continua al paciente y su familia.

Los procesos anteriores se encuentran descritos en el manual de atención e información al usuario aprobado mediante resolución No. 447 del 24 de noviembre de 2020.

### 10.3 COMPONENTE SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

#### INTRODUCCION.

El Departamento de Epidemiología Hospitalaria es la unidad organizativa del hospital, que brinda apoyo a la actividad asistencial, encargada de asesorar a la Dirección, Departamentos, Servicios y Áreas del sistema hospitalario, en los aspectos epidemiológicos con base en el análisis e investigación de los perfiles y tendencias epidemiológicas de los principales problemas de salud de la población de referencia del hospital, la evaluación de los servicios y programas de salud, la prevención y promoción de la salud, cuyos resultados repercuten sobre la calidad de la asistencia médica que reciben los pacientes a través de las actividades que desarrolla el personal médico, técnico y los demás trabajadores hospitalarios.

Los Departamentos de Epidemiología Hospitalaria usando la experiencia clínica y de la epidemiología, combinada con la administración de salud pública tienen el objetivo de consolidar y fortalecer la calidad de la atención médica hospitalaria. La estructura de los Departamentos debe obedecer a la complejidad de la institución hospitalaria, servicios que presta, tecnología que tiene, número de camas y población que atiende.

Entre los objetivos más importantes de la Epidemiología hospitalaria están el incorporar el método epidemiológico en el abordaje de los problemas de salud en todas las disciplinas médicas del hospital, desarrollar el enfoque de promoción y prevención, mantener un sistema de vigilancia integral de los principales problemas de salud de la población, investigar acerca de los factores determinantes y condicionantes de salud, incorporar la metodología para la evaluación de tecnologías sanitarias y facilitar la integración con la atención primaria de salud, contribuyendo a mejorar la calidad de la asistencia médica.

El Departamento de Epidemiología Hospitalaria es un área de apoyo para todo el Hospital en lo relacionado con Vigilancia Epidemiológica, Microbiología Clínica, Farmacoepidemiología, e Investigación, el cual fue creado con el fin de realizar una mejor vigilancia y control a problemas como las infecciones nosocomiales, las enfermedades de notificación obligatoria, la resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, el uso inadecuado de los medicamentos, el uso inadecuado de antibióticos, los problemas relacionados con medicamentos, así como vigilancia, control e impulso a la investigación.

El propósito fundamental es lograr que los problemas mencionados se mantengan en un nivel tolerable o aceptable, a través de un sistema de monitoreo continuo basado en mediciones, generación y análisis de indicadores, capacitación, normatización y trabajo multidisciplinario. Por otro lado se pretende que la investigación siga los lineamientos éticos y científicos requeridos, y que exista una mayor participación de nuestro personal en la misma.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 69 de 86

Dado que la vigilancia epidemiológica es un instrumento fundamental para controlar la incidencia creciente de enfermedades del trópico y dado que nos encontramos en un área endémica para ETV, se requiere dicha vigilancia de manera permanente por el médico especialista en epidemiología, lo cual contribuiría al cambio cultural de malas prácticas y la creación de nuevos hábitos sanitarios respecto al adecuado manejo de los factores de riesgo para el adecuado control de enfermedades transmisibles.

La ESE Hospital San Jerónimo, debe participar activamente como ente de referencia departamental en las diferentes mesas de trabajo y acciones intersectoriales con participación de las secretarías, procuraduría, personería y EAPB, para lograr estrategias asertivas en cuanto al cumplimiento en los lineamientos nacionales en temas de salud pública y determinación de los riesgos y condiciones de salud de la población objeto.

En el 2006, la Organización Mundial de la Salud estimó que faltaban en el mundo más de cuatro millones de trabajadores sanitarios en general; la falta de estos trabajadores –en especial médicos con la especialidad en epidemiología y experiencia específica en cargos de salud pública, lo cual genera insuficiencias en la atención, disminución de la adherencia a las guías y lineamientos nacionales, inoportunidad en la realización de comités, desconocimiento del personal sanitario en normatividad en salud pública vigente entre otros.

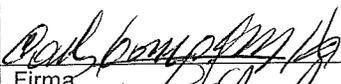
Dentro de las competencias Institucionales en las UPGD, establecidas por el Decreto 3518 de 2006 se encuentra la prevención, vigilancia epidemiológica y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, de acuerdo al perfil epidemiológico, también desarrollar estrategias intersectoriales que impacten de manera positiva en la calidad de la atención de los pacientes y disminuyan los riesgos en salud pública, se establece la necesidad de promover la participación de los diferentes sectores institucionales tanto administrativos como asistenciales articulándolos, para lograr la prevención de factores de riesgo y control en la transmisión de las enfermedades transmisibles.

En la actualidad la oficina de vigilancia epidemiológica se encuentra a cargo de un funcionario de planta : profesional universitario del área de la salud enfermera jefe, sin embargo y dado las actuales exigencias del ministerio de salud y protección social y el instituto nacional de salud en cuanto a Análisis individual de Morbimortalidad asociada a salud pública, la exigencia en cuanto a las asesorías especializadas en temas de medicina del trópico y microbiología y protocolos actualizados, guías de atención médica, se hace necesario contar con el perfil de un especialista en epidemiología con amplia experiencia en el cargo, así mismo apoyar el proceso de seguridad del paciente y estadísticos vitales en cuanto al apoyo en análisis de causalidad de eventos y Mortalidad.

#### OBJETIVO:

Establecer los lineamientos generales que guíen la organización y funcionamiento del personal multidisciplinario que conforman los servicios de epidemiología en el ámbito hospitalario.

En el caso específico del control y la prevención de las infecciones intrahospitalarias relacionadas con la atención Médica, el área tiene los siguientes propósitos y objetivos generales y específicos.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>		Página 70 de 86

• **OBJETIVOS GENERALES:**

- Prevenir las infecciones intrahospitalarias.
- Disminuir los costos asociados a las infecciones intrahospitalarias, por concepto de hospitalización prolongada, uso de antibióticos, material de curaciones y otros.
- Reducir el riesgo de exposición laboral del equipo de salud a los agentes patógenos.

• **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Reducir la incidencia de brotes de IIH.
- Reducir la incidencia de IIH asociadas a procedimientos invasivos.
- Determinar la magnitud de las IH y de la mortalidad por esta causa, identificando servicios y localización de infecciones más frecuentes y los factores de riesgo asociados.
- Establecer prioridades entre los problemas de morbilidad y de mortalidad identificados, definir estrategias de prevención y control para aquellos problemas considerados de primer orden dentro del hospital.
- Desarrollar los aspectos microbiológicos relacionados con la IH, en especial los mapas microbiológicos por servicios que son la base para el desarrollo de una política racional en el uso de los antibióticos, antisépticos y desinfectantes.
- Reducir la mortalidad incidencia de IIH.
- Incrementar la eficiencia y sensibilidad del sistema de vigilancia.
- Incrementar la eficiencia de las actividades de prevención y control de las IIH en todos los hospitales del sistema nacional de salud.
- Mejorar el trabajo de los laboratorios de microbiología en función de las IIH.
- Establecer una adecuada estrategia de información, educación, adiestramiento y comunicación continua que influya positivamente en los conocimientos, actitudes y comportamiento del personal de salud en el control de las IIH.

**ALCANCE:**

Este proceso cubre la atención del usuario ya sea adulto, materna o pediátrico desde la recepción, planeación, ejecución del tratamiento, egreso del paciente del servicio de hospitalización y termina con el mejoramiento continuo de la calidad del proceso.

**MARCO LEGAL:**

La ley 09 de 1979 consideró la salud como un bien de interés público y estableció normas de vigilancia y control epidemiológico para el diagnóstico, pronóstico, prevención y control de las enfermedades transmisibles, así como para la divulgación de la información epidemiológica.

Posteriormente, en 1984, el decreto reglamentario 1562 estableció en el capítulo III: Todo hospital ubicado en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, conformará su respectivo comité de infecciones intrahospitalarias... (Artículo 23); además, fija la obligatoriedad de la información y la notificación epidemiológica (artículos 27 y 34), lo cual es ratificado por el decreto 1918 de 1994 (reglamentario de la ley 100).

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 71 de 86

El registro, control, prevención e investigación de las infecciones intrahospitalarias es parte de los requisitos esenciales que debe cumplir cualquier IPS, ARS o ESE para la certificación por parte de las autoridades de salud y la contratación por parte de las EPS.

Las resoluciones 04153 de 1993, 974 de 1997, 0300 de 1998 y el decreto 2676 regulan el manejo de residuos hospitalarios y similares, y la resolución 4445 de 1996 establece las normas sobre condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares, definiendo como establecimientos hospitalarios o similares todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, privadas o mixtas, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación física o mental.

#### PRINCIPIOS QUE RIGEN EL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- **Oportunidad:** La información debe generarse a la par con los acontecimientos, de modo que permita generar tendencias y evaluar el comportamiento de una enfermedad en tiempo real.
- **Simplicidad:** La estructura del sistema debe ser lo suficientemente sencillo para que pueda implementarse con medios manuales. Es necesario tener en cuenta los métodos de recolección, limpieza, análisis y mecanismos de difusión de la información.
- **Flexibilidad:** Hace referencia a la capacidad del sistema de adaptarse a cambios en su estructura, sin que el número de eventos monitoreados como trazadores afecte el proceso básico del mismo. Pudiendo de igual manera adaptarse a las condiciones específicas de cada entidad territorial donde se opere.
- **Sensibilidad:** Es la capacidad del Sistema de identificar la mayor proporción posible de casos de los que ocurren en la población (disminuyendo los falsos negativos).
- **Valor Predictivo positivo:** Es la capacidad del sistema de diferenciar e identificar correctamente los casos de los no casos. Se optimiza en la medida en que la definición de caso este bien delimitada, disminuyendo la posibilidad de falsas clasificaciones.
- **Representatividad:** Se refiere a la capacidad del sistema de identificar la magnitud real de un problema y depende de que se incluyan todas las unidades generadoras que están en contacto con la población analizada.
- **Confidencialidad:** Se refiere a la reserva y anonimato que debe tener el equipo de salud con los responsables de la notificación frente a los datos obtenidos y a su utilización.
- **Continuidad:** Se refiere a la necesidad de que el sistema opere permanentemente de tal forma que sea posible la valoración continua del comportamiento de los eventos bajo vigilancia y en consecuencia la construcción continua de los escenarios epidemiológicos de cada uno, de modo que permita anticiparse a las posibles condiciones de riesgo y en los casos donde no es posible, detectar tempranamente los eventos de salud antes del deterioro de la salud de la población.

#### DEFINICIONES:

- **Unidad primaria de generación de datos:** toda persona natural o jurídica relacionada con prestación de servicios de salud dentro o fuera del sistema general de seguridad social en salud SGSSS, además de la

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>	Página 72 de 86	

comunidad y organizaciones fuera del sector salud, que directa o indirectamente produce datos útiles relacionados con la salud individual o colectiva. Las unidades primarias de generación pueden estar alimentadas por otras unidades generadoras no primarias, como los laboratorios clínicos utilizados para la confirmación o descarte de los casos presuntivos.

**Unidad notificadora:** Organizaciones de salud, IPS, EPS, ARS, que con base en información suministrada por las UPGD que prestan servicios a su población logran configurar un caso a través de procedimientos epidemiológicos, e introducirlo al sistema para el análisis.

**Eventos de notificación obligatoria al estado:** Aquellas cuya importancia para la salud colectiva es evidente, considerando criterios de frecuencia, gravedad, posibilidad de prevención y transmisibilidad. Cada evento incluido en el listado de la obligatoria notificación reúne sus propios criterios y es seleccionado por la Organización Mundial de la Salud y debe ser monitoreado dado que requiere medidas específicas y oportunas de intervención y para la prevención de nuevos casos. Este grupo de eventos se compone de los siguientes subgrupos:

- Eventos transmisibles y de Fuente común.
- Enfermedades prevalentes no transmisibles.
- Mortalidad evitable.

**Eventos transmisibles y de fuente común:** Enfermedades que por sus condiciones de transmisibilidad tienen poder epidémico en la comunidad y/o cuya presencia representa el retroceso en las medidas de erradicación, además se incluyen aquellos eventos que aunque pudiendo no ser transmisibles, su presencia se relaciona con una fuente común de exposición. Su monitoreo es necesario porque su control exige reacción con intervenciones rápidas para evitar el impacto negativo a nivel poblacional, se incluye en este grupo las infecciones intrahospitalarias como un subgrupo especial (ver listado de eventos).

**Las semanas epidemiológicas:** inician en domingo y terminan en sábado; la semana epidemiológica en la que se agrupa un evento depende del carácter agudo o crónico del mismo, dado que en algunos se toma la fecha de inicio de síntomas, erupción, o en el caso de PFA de inicio de la parálisis, para las mortalidades la fecha de la defunción y en algunos eventos crónicos se toma como base la fecha de confirmación por el laboratorio cuando este sea el caso.

**Hospitalización o internación:** Ingreso de una persona a un hospital para diagnóstico y tratamiento.

**Brote epidemiológico de infección nosocomial:** A la ocurrencia de dos o más casos de infección adquirida por el paciente o por el personal de salud en la unidad hospitalaria representando una incidencia mayor a la esperada y en los que existe asociación epidemiológica. En hospitales donde la ocurrencia de determinados padecimiento es casi nula, la presencia de un solo caso se definirá como brote epidemiológico de infección nosocomial, ejemplo: meningitis por meningococo.

**Casos de notificación (semanal e inmediata):** Número de casos reportados en las plataformas establecidas por los entes de control.

**Epidemiología:** Rama de la medicina que se encarga del estudio del proceso Salud-Enfermería en las poblaciones humanas.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 73 de 86

**Expediente clínico:** Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento de atención médica, ya sea público o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención médica del paciente, con apego a las disposiciones normativas aplicables.

**Sistema de vigilancia epidemiológica:** Organización y conducción sistemática de recolección, análisis e interpretación de información de riesgos y daños a la salud, así como de recursos y programas, acordes con los elementos que conforman la vigilancia epidemiológica, para la prevención y control de enfermedades en la población hospitalaria y comunitaria.

**Vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales:** A la observación y análisis de sistemáticos, continuos y activos de la ocurrencia y distribución de las infecciones nosocomiales, así como de los factores de riesgo asociados a éstas.

**VPH:** Son las siglas para referirse al Virus del Papiloma Humano (o HPV en inglés). Los VPH son un grupo de más de 150 virus relacionados. A cada variedad de VPH en el grupo se le asigna un número, lo que es llamado tipo de VPH. Los VPH son llamados virus del papiloma debido a que algunos tipos de VPH causan verrugas o papilomas, los cuales son tumores no cancerosos. Sin embargo, se sabe que algunos tipos de VPH son causantes de cáncer, especialmente cáncer de cuello uterino o cervical (la base de la matriz en la parte superior de la vagina).

#### ROLES DEL AREA DE EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA:

##### Función Asesora:

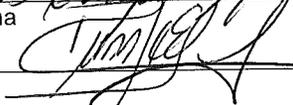
- Contribuir a elevar la calidad en la gestión, organización, prestación y satisfacción de la asistencia médica, utilizando las posibilidades que brinda la Epidemiología como ciencia, para orientar el proceso de dirección en las instituciones de salud.

##### Función Técnica:

- Utilizar las herramientas que brinda la Epidemiología para identificar problemas de salud, sus condicionantes y determinantes, así como la vigilancia, prevención, control y evaluación del proceso salud-enfermedad en el ámbito hospitalario.

##### Función de investigación:

- Realizar investigaciones del proceso salud-enfermedad en el ámbito hospitalario relacionándolas con el territorio donde la población procede.
- Realizar investigaciones epidemiológicas en el hospital que permitan evaluar la calidad del diagnóstico, optimizar el proceso de toma de decisiones médicas, mejorar el tratamiento y realizar pronósticos.
- Realizar investigaciones evaluativas que contribuyan al mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	<b>ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD</b>		Página 74 de 86

**Función docente:**

- Participar en el proceso de formación de profesionales, técnicos y directivos del sistema que requieran adquirir conocimientos y habilidades sobre aspectos de la Epidemiología que conduzcan al mejoramiento de su desempeño en el hospital.

**Función comunitaria:**

- Proveer y facilitar a los directivos del sistema de instrumentos y herramientas metodológicas y técnicas de la Epidemiología como ciencia, indispensables para lograr la plena integración de los servicios de salud hospitalarios y comunitarios.

**10.3.1 PROCESO DE NOTIFICACION OBLIGATORIA:**

**OBJETIVO:**

Notificar al SIVIGILA (sistema de vigilancia epidemiológica) los eventos de interés de salud pública captados en la E.S.E hospital San Jerónimo de Montería para su vigilancia y control.

**ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN:**

Este procedimiento aplica para todas las áreas asistenciales donde se presenten eventos epidemiológicos que deben ser notificados ante el SIVIGILA.

**DEFINICIONES:**

- **SIVIGILA:** sistema de vigilancia epidemiológica
- **EPIDEMIOLOGIA:** Es el área encargada del estudio de la frecuencia, distribución y tendencia de las enfermedades y eventos relacionados con la salud.
- **EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA:** Aquellos eventos considerados como importantes o trascendentes que afecten la salud colectiva.
- **SGSSS:** Sistema general de seguridad social en salud.
- **COVE:** Comité de vigilancia epidemiológica.

**RESPONSABLES DEL PROCESO:**

- Médicos.
- Enfermeras.
- Profesional Área de la Salud Epidemiología.

**PRODUCTO/SERVICIO:**

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 75 de 86

Notificación de Eventos de Vigilancia Epidemiológica.

**RECURSOS:**

- **Tecnológicos:** Computadores, Dinámica Gerencial, Pagina WEB
- **Logísticos:** Papelería, formatos preimpresos,
- **Humanos:** Enfermeras, Médicos, profesionales de la salud.

**ELEMENTOS DE ENTRADA DEL PROCESO:**

**Entradas:** Identificación del Evento de vigilancia epidemiológica.

**ELEMENTOS DE SALIDA DEL PROCESO:**

**Salidas:** Notificación del evento de vigilancia epidemiológica.

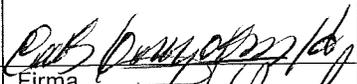
**PARAMETROS DE CONTROL:**

○ **INDICADORES:**

- Numero de eventos reportados.
- % de eventos reportados con respecto a los egresos.
- Porcentaje de eventos no notificados en la ESE.
- % Aplicación de los protocolos de manejo.
- % Fichas correctamente diligenciadas.

**ACTIVIDADES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	DEPENDENCIA	RESPONSABLE	REGISTRO
Identificar los eventos de salud pública.	Identificar los eventos de salud pública que deben ser notificados en cada uno de los servicios.	Áreas Asistenciales.	Medico/Enfermera	Notificación de Evento
Diligenciar ficha de notificación del evento.	Al reportarse el evento de interés en salud pública, la auxiliar de enfermería diligencia la ficha de notificación correspondiente al evento captado en la ESE, con las características y soportes de laboratorio que confirmen el caso, luego entrega la ficha de notificación al departamento de epidemiología.	Áreas Asistenciales.	Medico/Enfermera	Ficha de notificación

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

Verificar que la ficha de notificación esté correctamente diligenciada.	La auxiliar de epidemiología quien recibe la ficha de notificación del evento captado, verifica que la ficha esté correctamente diligenciada y cuente con los datos necesarios para cada evento, también verifica que los soportes médicos y de laboratorio sean los requeridos para el caso evaluado.	Epidemiología.	Auxiliar de Epidemiología.	
Verificación y cumplimiento de los protocolos de manejo para cada evento.	Una vez diligenciadas correctamente las fichas de notificación de los eventos captados en la ESE, se verifica que los protocolos de manejo para cada evento se aplicaron de forma correcta.	Epidemiología.	Profesional Universitario Área de la Salud Epidemiología.	Lista de chequeo verificación de protocolo
Recolección diaria de fichas de notificación de casos confirmados, para reportar al SIVIGILA (base de datos)	Diariamente se agrupan las fichas de los eventos captados en la ESE, para reportarlos al SIVIGILA (sistema de vigilancia epidemiológica), la auxiliar de epidemiología y el auxiliar de sistemas se encargan de la digitación en el programa del SIVIGILA, para la notificación de los eventos en la semana epidemiológica correspondiente.	Epidemiología.	Profesional Universitario Área de la Salud Epidemiología.  Auxiliar de Epidemiología	
Notificación inmediata de eventos que lo requieran.	Para los eventos de interés en salud pública que sean de notificación inmediata se diligencia la ficha del evento y se envía de manera inmediata vía fax con exámenes de laboratorio y epicrisis del paciente a las secretarías de salud departamental y municipal.	Planeación y Gestión de Calidad (Epidemiología).	Profesional Universitario Área de la Salud Epidemiología.  Auxiliar de Epidemiología	
Hacer el análisis estadístico descriptivo y comparativo de los datos recolectados	Con la base de datos reportada al programa del SIVIGILA de los eventos de interés en salud pública captados en la ESE, el proceso de estadística procede a realizar un análisis general de la información y datos recolectados en las semanas epidemiológica en que se presentó el caso y presenta un	Planeación y Gestión de Calidad (Estadísticas)	Profesional Universitario Sistema de Información	Análisis Estadístico

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad

Firma

Fecha: 16 de Dic de 2020

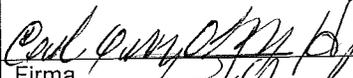
Aprobado: Gerente

Firma

Fecha: 16 de Dic de 2020

	<p>reporte detallado al área de epidemiología para el monitoreo y control de los eventos captados en la ESE.</p>			
<p>Desplegar el seguimiento epidemiológico y vigilancia de los eventos captados en la ESE.</p>	<p>El área de epidemiología despliega el seguimiento epidemiológico de los eventos captados en la ESE, para la vigilancia y control de los mismos, realizando COVE para hacer el diagnóstico de la situación, toma de decisiones y realizar planes de mejoramiento.</p>	<p>Planeación y Gestión de Calidad (Epidemiología).</p>	<p>Profesional Universitario Área de la Salud Epidemiología.</p>	
<p>Verificar el cumplimiento de la aplicación de los TTO estipulados en los protocolos de manejo estipulados por el INS.</p>	<p>Se verifica que los TTO aplicados en todos los eventos fueron los correspondientes a cada caso y se evalúa que se hayan aplicado correctamente y no se incurrió en ningún error con base a los protocolos de manejo estipulados por el INS.</p>	<p>Planeación y Gestión de Calidad (Epidemiología).</p>	<p>Profesional Universitario Área de la Salud Epidemiología.</p>	<p>Lista de chequeo verificación de protocolo</p>
<p>Notificación vía correo electrónico de las fichas de los eventos captados en la ESE, soportes clínicos y de laboratorio al SIVIGILA y a las secretarías de salud</p>	<p>Se notifica semanalmente a las secretarías de salud departamental y municipal por medio del programa del SIVIGILA los eventos captados en la ESE por semana epidemiológica, con los soportes respectivos que confirmen el evento.</p>	<p>Planeación y Gestión de Calidad (Epidemiología).</p>	<p>Profesional Universitario Área de la Salud Epidemiología.  Auxiliar de Epidemiología</p>	<p>Soporte de notificación</p>
<p>Realizar ajustes necesarios para garantizar la calidad del dato, confirmar o descartar casos según resultados de pruebas confirmatorias</p>	<p>Se hace seguimiento semanalmente a los resultados obtenidos en pruebas confirmatorias y se ajustan los casos teniendo en cuenta la positividad o negatividad de la prueba</p>	<p>Epidemiología</p>	<p>Profesional Universitario Área de la Salud Epidemiología</p>	<p>Soporte de notificación</p>

**ACTIVIDADES DE CONTROL:**

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 78 de 86

ID	ACTIVIDAD Y PUNTO DE CONTROL	RIESGO	ACCION DE CONTROL INTERNO	MECANISMO DE CONTROL
1	Captar y notificar eventos de interés de salud pública en la ESE.	Que se capte y no se notifique el evento de interés de salud pública.	Monitorear la captación de los eventos de interés de salud pública y comparar con los eventos notificados.	Normalizar el proceso de notificación. realizar plantillas que reporten la notificación de los servicios a el departamento de epidemiología y se haga constar el recibido
2	Captar y notificar cada día los eventos presentados en la ESE.	No notificar todos los eventos.	Garantizar que se notifiquen todos los eventos de interés de salud pública captados en la ESE.	Hacer una revisión diaria de los registros médicos y comparar con los eventos captados para garantizar que no se están dejando de notificar los eventos de interés de salud publica
3	Notificar al SIVIGILA.	Que se presenten complicaciones posteriores, asociadas con el mal diligenciamiento de las fichas.	Evitar el mal diligenciamiento de las fichas.	-Realizar capacitaciones de diligenciamiento de fichas de notificación. -Verificar diligenciamiento de fichas por el personal experto
4	Aplicación de TTO	Que no se proporcione el tto correcto.	Buscar la eficiencia en la gestión asistencial.	Hacer auditorias en el cumplimiento de protocolos de manejo en la ESE.

### 10.3.2 PROCEDIMIENTO PARA LA BÚSQUEDA DE FACTORES DE RIESGO:

#### OBJETIVO:

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 79 de 86

Establecer e identificar los factores de riesgo predisponentes a infecciones nosocomiales en pacientes hospitalizados.

**ALCANCE:**

El procedimiento inicia con el ingreso del paciente al servicio de hospitalización y termina con su egreso. Se desarrolla mediante la vigilancia continua de los factores de riesgo invasivo-no invasivo. Participa personal médico, enfermería y área de epidemiología.

**POLITICAS:**

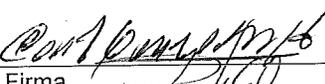
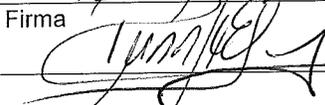
- Identificación y vigilancia de factores de riesgo.
- Búsqueda intencionada de signos y datos de infección.
- Contar con información oportuna y útil para implementar medidas de prevención y control.

**DEFINICIONES FACTOR DE RIESGO DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL:**

Depende de condiciones inherentes al propio enfermo hospitalizado, a las del área física de internamiento, a la presencia de microorganismos o sus toxinas y a la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

**ACTIVIDADES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	DEPENDENCIA	RESPONSABLE	REGISTRO
Identificación de estancias prolongadas	Pasa visita a pacientes hospitalizados e identifica aquellos con estancia hospitalaria prolongada.	Áreas Asistenciales.	Auxiliar de Enfermería Epidemiología Profesional Área de la Salud Epidemiología Profesional Área de la Salud Seguridad del Paciente	Censo de camas
Notificación de riesgo	Observa y captura principales factores de riesgo invasivo, o no invasivo; e informa al médico	Áreas Asistenciales.	Auxiliar de Enfermería	Ficha de notificación

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

 <p>E.S.E Hospital <b>San Jerónimo</b> <small>Trabajamos por ti, por tu salud</small></p>	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 80 de 86

	cualquier signo de infección.		Epidemiología Profesional Área de la Salud Epidemiología Profesional Área de la Salud Seguridad del Paciente	
Alarma de infección	Identifica signos de infección y notifica a jefe inmediato.	Áreas Asistenciales.	Enfermera Jefe de Servicio	Notificación de infección
Verificación y cumplimiento de los protocolos de manejo para cada evento.	Informa al personal de epidemiología y/o seguridad del paciente y médico sobre sospecha de infección en Hx Qx, catéter central, etc.	Áreas Asistenciales.	Enfermera Jefe de Servicio	Notificación de infección
Toma de muestra	El área de epidemiología Sugiere al médico el policultivo.	Planeación y Gestión de Calidad (Epidemiología)	Profesional Universitario Área de la Salud Epidemiología.	
Toma de muestra	Realiza toma de cultivos y entrega muestra bacteriología, con el formato correspondiente	Planeación y Gestión de Calidad (Epidemiología)	Profesional Universitario Área de la Salud Epidemiología.  Auxiliar de Epidemiología	
Recepción de muestra	Recibe muestra para cultivar, proporciona número de registro a médico o enfermero.	Laboratorio	Bacteriólogo	Resultado

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 81 de 86

Seguimiento de resultado	Por medio del No. De registro da seguimiento para notificar cualquier resultado.	Planeación y Gestión de Calidad (Epidemiología)	Profesional Universitario Área de la Salud Epidemiología.	
Publicación de resultado	Publica resultado y antibiograma.	Planeación y Gestión de Calidad (Epidemiología)	Profesional Universitario Área de la Salud Epidemiología.	
Tratamiento	Informa y/o entrega antibiograma sugerido.  Ajusta tratamiento adecuado	Áreas Asistenciales	Medico	Tratamiento en HC

### 10.3.3 PROCEDIMIENTO EN UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA:

#### OBJETIVO:

Conocer los lineamientos y precauciones para el manejo de pacientes con enfermedad contagiosa.

#### ALCANCE:

El procedimiento inicia con el ingreso del paciente al servicio de hospitalización; se identifica el diagnóstico de base, así como el padecimiento infectocontagioso; se notifica al departamento de epidemiología y a su vez al SIVIGILA.

#### POLITICAS:

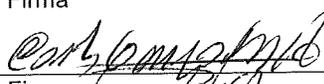
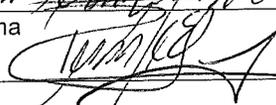
Ajustarse a los lineamientos para el manejo y/o aislamiento de pacientes infectocontagiosos.

Corroborar el Dx mediante la consulta de expediente clínico.

Notificación al área de epidemiología.

Notificación y reporte al sistema de enfermedades transmisibles.

#### DEFINICIONES:

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 82 de 86

**Enfermedad infecciosa transmitida por medio del contacto directo o indirecto:** Son enfermedades que se propagan solo por contacto de una persona a otra. Tanto las enfermedades infecciosas como las contagiosas son producidas por microorganismos.

**ACTIVIDADES:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	DEPENDENCIA	RESPONSABLE	REGISTRO
Identificación de paciente	Recibe paciente al ingreso al servicio de hospitalización, realiza ingreso administrativo	Áreas Asistenciales.	Enfermera Jefe de Servicio	Censo de camas
Dx de paciente	Informa a jefe de piso el Diagnóstico del paciente.	Áreas Asistenciales.	Auxiliar de Enfermería Epidemiología Profesional Área de la Salud Epidemiología Profesional Área de la Salud Seguridad del Paciente	Ficha de notificación
Verificar diagnostico	Verifica el Diagnóstico en expediente clínico y confirma con el médico tratante: Informa a epidemiología. Investiga si requiere medidas de aislamiento. Notifica a epidemiología.	Áreas Asistenciales.	Profesional Universitario Área de la Salud Epidemiología.	
Atención de paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instala paciente.</li> <li>• Informa a paciente y familiares las medidas de precaución que competen.</li> <li>• Proporciona insumos necesarios.</li> </ul>	Áreas Asistenciales.	Enfermera Jefe de Servicio	Historia Clínica

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 83 de 86

Verificación de medidas	Corroborar medida de aislamiento e instala tarjeta de identificación de precauciones	Planeación y Gestión de Calidad (Epidemiología)	Profesional Universitario Área de la Salud Epidemiología. Auxiliar de Enfermería (Epidemiología).	Lista de verificación
Medidas de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realiza técnicas y procedimientos con las medidas de control y seguridad adecuadas.</li> <li>Informa cualquier posible contagio.</li> </ul>	Áreas Asistenciales.	Enfermera Jefe de Servicio	Historia Clínica

### 10.3.4 PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE AISLADO:

#### OBJETIVO:

Establecer los lineamientos los pasos a seguir al ingreso del paciente que requiere medidas de aislamiento.

#### ALCANCE:

El procedimiento inicia al ingreso del paciente al servicio de hospitalización; se identifica el Diagnóstico de base, así como las razones por las que requiere las medidas de aislamiento.

#### POLÍTICAS:

Ajustarse a los lineamientos internos y vigentes por el instituto nacional de salud, para determinar el aislamiento del paciente hospitalizado.

Corroborar el Diagnóstico mediante la consulta del Expediente Clínico.

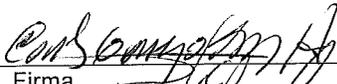
Notificación al área de epidemiología.

Notificación y reporte al SIVIGILA.

#### DEFINICIONES:

¿Qué es un paciente aislado? Es aquel paciente que se encuentra en una habitación especial para él, ya que su condición o enfermedad requieren que no entre en contacto con los demás pacientes que también están en el hospital.

#### ACTIVIDADES:

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	DEPENDENCIA	RESPONSABLE	REGISTRO
Medidas de Aislamiento	<p>Informa el Diagnóstico del paciente y la necesidad de aislamiento.</p> <p>INMUNOCOMPROMETIDO: Proteger de enfermedades oportunistas</p> <p>POTENCIALMENTE INFECCIOSO: Prevenir infecciones cruzadas</p> <p>IDENTIFICACIÓN: (Por Contacto, Por gotas, ,Medidas estándar, Por vía aérea).</p>	Áreas Asistenciales.	Médico tratante	Historia Clínica
Tratamiento	<p>Ingresa paciente a habitación aislada.</p> <p>Coloca insumos y aditamentos para el manejo del paciente.</p>	Áreas Asistenciales.	<p>Enfermera Jefe de Servicio</p> <p>Auxiliares de Enfermería</p>	
Ronda de verificación	<p>Verifica el abastecimiento de insumos.</p> <p>Informa a personal sobre el lavado de manos.</p> <p>Brinda educación e información a familiares del paciente.</p> <p>Coloca tarjetas de precaución correspondiente. (Por Contacto, Por gotas, ,Medidas estándar, Por vía aérea).</p>	Áreas Asistenciales.	<p>Profesional Universitario Área de la Salud Epidemiología.</p> <p>Auxiliar de Enfermería Epidemiología</p>	
Ronda de identificación de riesgo	<p>Ronda diaria en busca de factores de riesgo.</p> <p>Informe mensual el número de pacientes aislados y su diagnóstico.</p>	Áreas Asistenciales.	<p>Profesional Universitario Área de la Salud Epidemiología.</p> <p>Auxiliar de Enfermería Epidemiología</p>	Historia Clínica

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad

Firma

Fecha: 16 de Dic de 2020

Aprobado: Gerente

Firma

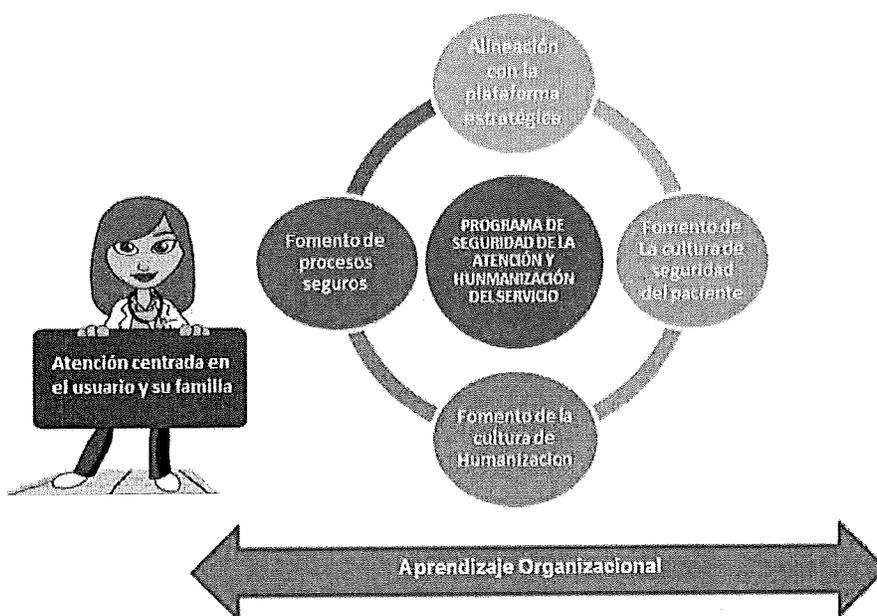
Fecha: 16 de Dic de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 85 de 86

#### 10.4 COMPONENTE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias.

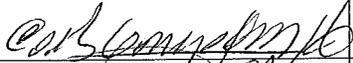
La E.S.E a través de su plataforma estratégica y el componente de sus procesos institucionales, implementa como política interna la seguridad y humanización del servicio, en los siguientes enfoques:



Para la implementación del componente de seguridad del paciente, la institución adopta los siguientes instrumentos:

- Política interna de seguridad del paciente.
- Manual de seguridad del paciente.
- Paquetes instruccionales de seguridad del paciente.
- Matriz de reporte, análisis y seguimiento de modos de fallos, incidentes y eventos adversos.

Cada uno de estos instrumentos harán parte integral de la estructura funcional y operativa de planeación y gestión de calidad.

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma 	Fecha: 16 de Dic de 2020

 E.S.E Hospital <b>San Jerónimo</b> <small>Trabajamos por ti, por tu salud</small>	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 16 de Dic de 2020	Código: A.3.PR.001
	ESTRUCTURA FUNCIONAL Y OPERATIVA PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD		Página 86 de 86

### CUADRO DE REVISIONES

Versión	Elaboró	Revisó	Aprobó
1	 Profesional Especializado Planeación y Calidad	 Gerente	 Gerente

### CONTROL DE COPIAS

Versión	Tipo de Copia	Área o Sección	Fecha Elaboración	Fecha Revisión
1	Controlada	Planeación y Gestión de Calidad	Diciembre 2020	Diciembre 2022

Versión	Descripción del Cambio
1	Aplicación del documento

Revisado: Planeación y Gestión de Calidad	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020
Aprobado: Gerente	Firma	Fecha: 16 de Dic de 2020