

ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD

VERSION 4

CODIGO FR-GQ-44

CARACTERIZACION DEL PROCESO:
 MODELO DE GESTION

FECHA VIGENCIA
 02/01/2020

DOCUMENTO CONTROLADO:



NOMBRE DEL PROCESO:	TIPO DE PROCESO	RESPONSABLE DEL PROCESO
URGENCIAS	PROCESO MISIONAL	SUBGERENCIA ASISTENCIAL

OBJETIVO DEL PROCESO:	Garantizar la atencion urgencias a los usuarios que requieran el servicio
-----------------------	---

ALCANCE:	Servicios de urgencias habilitados
----------	------------------------------------

INDICADORES DE GESTION:	Oportunidad de pacientes atendidos en urgencias de acuerdo con la clasificacion del triage aplicado
-------------------------	---

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
EPS y eventos	Paciente que requiere servicio	Aplicar resolucion 5596 del 2016	Pacientes clasificados en triage	EPS y los usuarios
Talento Humano	Personal idoneo y suficiente para atencion	planear la capacidad instalada y la esperada	garantia de prestacion de servicio	EPS y los usuarios
Usuarios que requiere el servicio	Riesgos en salud de los usuarios de acuerdo con sus condiciones	Caracterizacion de los usuarios segun riesgo establecido	Atencion efectiva del riesgo del usuario	los usuarios y EPS

HACER				
Normalidad	Paciente que solicita servicio	Clasificar los usuarios atendidos segun el triage, Resolucion 5596 del 2016	Paciente atendido segun clasificacion	los usuarios y EPS
Talento humano	Planeacion de la capacidad instalada y esperada	Vinculacion de personal de acuerdo a lo planeado	Personal competente para atenciones	los usuarios y EPS
Usuario con necesidad del servicio	Criterios para clasificacion de usuarios	Aplicar protocolos de urgencias	Atencion segura en urgencias	los usuarios y EPS

VERIFICAR				
HOSPITAL	Sistema de informacion	Registro en historia clinica	Historia clinica completa y con adherencia a los protocolos	EPS y los usuarios
Calidad	Servicio de urgencias	Evaluar las condiciones del servicio de urgencias	Informe de las condiciones de prestacion del servicio de urgencias	Gerencia, Subgerencias asistencial y administrativa
Usuarios que requiere el servicio	Protocolos de urgencias	Evaluar el estado de salud de los pacientes	Atencion segura del usuario	EPS y los usuarios

ACTUAR

Auditoria de calidad	Hallazgos en la aplicación de protocolos	Plan de mejoramiento	Acciones de Mejora en los procesos	Directores y personal asistencial hospitalario
Auditoria de calidad	Hallazgos en la capacidad instalada	Plan de mejoramiento	Acciones de Mejora en los procesos	Directores y personal asistencial hospitalario
Auditoria de calidad	Hallazgos de incumplimiento de criterios de urgencias	Plan de mejoramiento	Acciones de Mejora en los procesos	Directores y personal asistencial hospitalario

RECURSOS	
Tecnología, Infraestructura, equipos	Humanos
Dotación hospitalaria, sistema de información, mantenimiento de la planta física	Profesionales y personal auxiliares de la salud suficientes y capacitados
	Recursos para garantizar funcionamiento del servicio
	Financieros

REQUISITOS A CUMPLIR (Normatividad y/o requisitos que aplican para el proceso)									
Nº	Requisitos MIPG	ISO 9001:2015 (Calidad)		ISO 14001:2015 (medio Ambiente)					
1	DIMENSION 1: Talento Humano.	4	4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN.	4	4. Contexto de la Organización				
4	DIMENSION 4: Evaluación de Resultados.	5	5. LIDERAZGO.	5	5. Liderazgo				
6	DIMENSION 6: Gestión del Conocimiento y la Innovación.	6	6. PLANIFICACIÓN.	6	6. Planificación				
	#/N/D	7	7. APOYO.	7	7. Soporte				
	#/N/D	8	8. OPERACIÓN.	8	8. Operación				
	#/N/D	9	9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO.	9	9 Evaluación del desempeño				
	#/N/D	10	10. MEJORA.	10	10. Mejora				
OHSAS 18001:2007 en transición a la 45001.									
ISO 27001:2013									
4	4 Contexto de la organización	4	4. Sistema de gestión de la seguridad de la información						
5	5 Liderazgo y participación de los trabajadores	5	5. Responsabilidad de la dirección						
6	6 Planificación				#/N/D				
7	7 Apoyo				#/N/D				
8	8 Operación				#/N/D				
9	9 Evaluación del desempeño				#/N/D				
10	10 Mejora				#/N/D				

DOCUMENTOS SOPORTE: REMITASE AL REGISTRO FR-GQ-02 "LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS" QUE REPOSA EN CALIDAD.

REGISTROS: REMITASE AL REGISTRO FR-GQ-03 "LISTADO MAESTRO DE FORMATOS" QUE REPOSA EN CALIDAD.

POLITICAS LEGALES: REMITASE: AL REGISTRO FR-GQ 38 "POLITICAS DE OPERACION" PUBLICADO EN LA PAGINA WEB.

POLITICAS INTERNAS: REMITASE AL REGISTRO FR-GQ 39 "POLITICAS DE ESPECIFICAS", GQ-DE-01 "MANUAL DE POLITICAS" PUBLICADO EN LA PAGINA WEB.

GESTION DEL RIESGO: PLAN CORPORATIVO ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO, MAPA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO

Asesor: Carlos Samuel Rosado Sarabia/Martha Elena Amaya Cruz.
Oficina de Calidad.

Elaborado por: Lucy Paloma, Enfermera, Lider Promoción y Prevención

Revisado por: Maria Daniela Sogamoso Garcia, Subgerente Asistencial.

Fecha: 10 de agosto de 2020

Aprobado por: Juan Jose Muñoz Robayo

Fecha: 14 de agosto de 2020

Resolución 485
Fecha: 27/08/2020

"La impresión total o parcial de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión que reposa en la oficina de calidad, salvo los que sean entregados por la empresa previa solicitud y cancelando los emolumentos que la ley autorice. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la E.S.E. Solución Salud del Meta; está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización de la empresa, excepto en los requisitos de ley."

CONTROL DE CAMBIO

Versión	Descripción del cambio	Fecha
1	Edición Inicial del documento: se lomo este como versión inicial ya que los actores no evidencio acto administrativo para su aprobación.	Fecha: 31/12/2012
2	Ajustes en el documento teniendo en cuenta el Modelo de Operación por Procesos, la identificación del ciclo PHVA, los requisitos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG y las normas ISO 9001, ISO 14001, ISO 45001, 27001, así como los parámetros de seguimiento y medición.	Resolución 485 fecha: 27/08/2020