

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 1 de 54	 GOBERNACIÓN DEL META
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ELABORO: MARTHA ELENA AMAYA C. Oficina Calidad 	REVISÓ: ANA JUDITH PARRADO CLAVIJO Jefe Oficina Asesora de Planeación 	APROBO: LUIS IGNACIO BETANCOURT SILGUERO Gerente
FECHA: 2017/03/17	FECHA: 2017/03/21	RESOLUCIÓN No. 192 de 2017/03/27
Vo.Bo: Ing. MARTHA ELENA AMAYA Oficina de Calidad 	FECHA: 2017/03/24	

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 2 de 54	 GOBERNACIÓN DEL META
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	4
1. OBJETIVO.....	6
2. ALCANCE Y RESPONSABLES.....	6
3. EXCLUSIONES.....	6
4. GENERALIDADES.....	6
4.1 PRESENTACIÓN DE LA E.S.E SOLUCIÓN SALUD.....	6
4.2 CONTROL Y DIVULGACIÓN DEL MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	7
4.3 DIRECCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD – SOGCS.....	7
4.4 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN.....	7
4.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	8
4.6 MISIÓN.....	8
4.7 VISIÓN.....	9
4.8 POLÍTICA DE LA CALIDAD.....	9
4.9 MAPA DE PROCESOS.....	9
4.10 MODELO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	10
4.11 PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	11
4.12 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	12
4.13 MANUAL DE PROCEDIMIENTO:.....	12
4.14 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN.....	13
4.15 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN.....	13
4.15.1 Compromiso.....	13
4.15.2 Enfoque al cliente.....	14
4.16 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN.....	14
4.16.1 Autoridad y Responsabilidad.....	14
4.16.2 Representante de la Dirección para el Sistema de Gestión de la Calidad.....	15
4.16.3 Comunicación Interna.....	15
4.16.4 Revisión por la dirección del sistema de gestión de la calidad.....	16
4.17 GESTIÓN DE LOS RECURSOS.....	16
4.17.1 Provisión de recursos.....	16
4.17.2 Talento humano.....	17
4.17.3 Infraestructura.....	17
4.17.4 Ambiente de trabajo.....	17
4.18 REALIZACIÓN DEL SERVICIO.....	18
4.19 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO.....	21
4.19.1 Del Servicio:.....	21
4.19.2 De Ley:.....	21
4.19.3 Del Cliente:.....	21
4.20 MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE:.....	22
4.20.1 Objetivos:.....	22
4.20.2 Subgerencia Asistencial y Seguridad del Paciente:.....	22
4.21 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE.....	22
4.21.1 Requisitos del Servicio.....	22
4.21.2 Revisión de los requisitos del cliente.....	23
4.21.3 Comunicación con los clientes.....	23
4.22 DISEÑO Y DESARROLLO.....	23
4.23 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO.....	23
4.23.1 Prestación y Control del servicio.....	23
4.23.2 Identificación y trazabilidad del servicio.....	24
4.23.3 Propiedad del usuario y partes interesadas.....	24
4.23.4 Preservación del Servicio.....	24
4.23.5 Seguridad del paciente:.....	24

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 3 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

4.23.6	Política de Seguridad del paciente:	25
4.24	CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN.	25
4.25	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA.	25
4.26	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN.	25
4.26.1	Satisfacción de los Usuarios.	25
4.26.2	Auditorías Internas.	26
4.26.3	Seguimiento y Medición de los Procesos.	26
4.26.4	Seguimiento y Medición a los Servicios.	26
4.27	CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME.	26
4.28	ANÁLISIS DE DATOS.	27
4.29	MEJORAS.	27
4.30	RIESGOS.	27
5.	INDICADORES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO.	27
5.1	GENERALIDADES SOBRE EL PROCESO DE MEDICIÓN DE INDICADORES.	28
5.2	IMPORTANCIA DE LOS INDICADORES.	28
5.3	CARACTERÍSTICAS DE LOS INDICADORES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA LA E.S.E "SOLUCIÓN SALUD":	29
5.4	INDICADORES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 256 DE 2016.	29
5.4.1	Tasa de caída de pacientes en el servicio de Hospitalización.	30
5.4.2	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias.	31
5.4.3	Tasa de caída de pacientes en el servicio de Consulta Externa.	32
5.4.4	Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y complementación Terapéutica.	33
5.4.5	Proporción de Eventos Adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización.	34
5.4.6	Proporción de Eventos Adversos relacionados con la administración de medicamentos en Urgencias.	35
5.4.7	Tasa de úlceras por presión.	36
5.4.8	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas.	37
5.4.9	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días.	38
5.4.10	Tiempo de espera para la asignación de Citas de Medicina General.	39
5.4.11	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General.	40
5.4.12	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias.	41
5.4.13	Proporción de Satisfacción global de los usuarios en la IPS.	42
5.4.14	Proporción de Usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos.	43
5.4.15	Oportunidad Toma de Muestras Laboratorio Clínico.	44
5.4.16	Oportunidad en la Atención en Servicios de Imagenología.	45
5.4.17	Tasa de Infección Intrahospitalaria.	46
5.4.18	Proporción de Vigilancia de Eventos Adversos.	47
5.5	INDICADORES RESOLUCIÓN 710 DE 2012 MODIFICADA POR LA RESOLUCIÓN 743 DE 2013.	48
5.5.1	Área de Gestión: Gestión Dirección y Gerencia.	48
5.5.1.1	INDICADOR # 1: Promedio de la Calificación de la Autoevaluación Cuantitativa en Desarrollo del Ciclo de Preparación para la Acreditación.	48
5.5.1.2	INDICADOR # 2: Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud.	48
5.5.1.3	INDICADOR #3: Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	48
5.5.2	Área de Gestión: Gestión Financiera y Administrativa.	49
5.5.2.1	INDICADOR #4: Riesgo Financiero.	49
5.5.2.2	INDICADOR #5: Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida.	49
5.5.2.3	INDICADOR # 6: Proporción de Medicamentos y Material Médico-Quirúrgico Adquiridos Mediante los Sigüientes Mecanismos.	49
5.5.2.4	INDICADOR # 7: Monto de la Deuda Superior a 30 Días.	50
5.5.2.5	INDICADOR # 8: Utilización de Información.	50

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 4 de 54	 GOBERNACIÓN DEL META
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.5.2.6	INDICADOR # 9: Equilibrio Presupuestal.....	51
5.5.2.7	INDICADOR # 10: Oportunidad en la Entrega del Reporte de Información.....	51
5.5.2.8	INDICADOR #11: Oportunidad en el Reporte de Información.....	51
5.5.3	Área de Gestión: Gestión Clínica o Asistencial.....	51
5.5.3.1	INDICADOR # 21: Gestantes Captadas Antes de la Semana 12 de Gestación.....	52
5.5.3.2	INDICADOR# 22: Incidencia de Sífilis Congénita.....	52
5.5.3.3	INDICADOR N° 23: Evaluación de Aplicación de Guía de Manejo Específica: Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva	52
5.5.3.4	INDICADOR N° 24: Evaluación de Aplicación de Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo.....	53
5.5.3.5	INDICADOR # 25: Reingresos por el Servicio de Urgencias.....	53
5.5.3.6	INDICADOR # 26: Oportunidad Promedio en la Atención de Consulta Médica General	53
5.6	OTROS INDICADORES.....	53
6.	DEFINICIONES	54

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 5 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

INTRODUCCIÓN.

El presente Manual tiene como finalidad describir el Sistema de Gestión de la Calidad implementado por la ESE Departamental "Solución Salud", para el aseguramiento de la calidad en sus productos y servicios, cumpliendo con los requerimientos del decreto 1011 del 2006 y la Norma Técnica Colombiana en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009, con un enfoque hacia el Cliente Interno y Externo basado en procesos y de mejora continua.

En concordancia con los lineamientos establecidos en Colombia por el Ministerio de Salud, la E.S.E Departamental "Solución Salud" del Meta realizara la revisión y actualización del presente manual y toda la documentación que conforme su Sistema de gestión de Calidad enfocados en la Política de Seguridad del Paciente, acorde con los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

También contiene información sobre la entidad, la información sobre los procesos de la entidad, así como la referencia a los procedimientos y registros que exige el Sistema de Gestión de la Calidad, define la Política, los Objetivos y la responsabilidad del Sistema de Gestión de la Calidad; contiene todos los procesos, procedimientos y directrices relacionadas, como también los formatos de registro, guías de trabajo e instructivos que deben y/o pueden requerirse en la gestión.

El Manual de la Calidad de la ESE Departamental "Solución Salud", se encuentra a disposición de todos los usuarios, servidores y partes interesadas como guía fundamental para el buen entendimiento de la estructura, composición y compromiso de la entidad.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 6 de 54	 GOBERNACIÓN DEL META
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

1. OBJETIVO.

Establecer las directrices generales del Sistema de Gestión de la Calidad –SOGCS- junto con la definición del alcance y referencias de los procedimientos.

2. ALCANCE Y RESPONSABLES.

Este manual cubre los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad de la ESE Departamental "Solución Salud", el cual se soporta en el decreto 1011 de 2006, y demás disposiciones que lo modifiquen, adicionen, reformen o sustituyan.

El Sistema de Gestión de la Calidad se aplica en la de actuación y manejo administrativos (Procesos Gerenciales y de Apoyo Administrativo), así como a la prestación de los servicios de salud (Procesos Misionales) y de evaluación, seguimiento y control, de los procesos descritos en el mapa de procesos Institucional.

Este manual se aplicara para los servidores públicos y todo el personal al servicio de la institución, tanto para el Nivel central como para cada uno de los 17 centros de atención adscritos a la ESE Solución Salud.

En el nivel central es responsabilidad de la Oficina de Calidad velar por la correcta distribución, manejo, conservación, preservación y socialización del presente manual y en los centros de atención es responsabilidad del Director del Centro de Atención.

Su aplicación, al igual que su obligatoriedad es entendida y comprendida por todos los funcionarios sin excepción alguna.

3. EXCLUSIONES.

Se aclara que la ESE Solución Salud aplica la Guía aplicativa del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud.

En la Validación de los Procesos de Prestación de Servicios: Los procesos de prestación del servicio de salud se controla mediante actividades de seguimiento durante su ejecución, por lo tanto las falencias se identifican oportunamente y se registran. Una vez entregado el servicio, en aquellos casos que aplique, se definen actividades de seguimiento para confirmar el cumplimiento con los requisitos y la eficacia de las decisiones tomadas.

4. GENERALIDADES.

4.1 PRESENTACIÓN DE LA E.S.E SOLUCIÓN SALUD.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 7 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

Creada mediante Decreto 0307 del 2003, la **ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"**, es entendida como una categoría especial de entidad pública, descentralizada del orden Departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, vinculada a la Secretaria de Salud Departamental e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Artículo 194 y 197 de la Ley 100 de 1.993, sus decretos reglamentarios y demás disposiciones que lo modifiquen, adicionen, reformen o sustituyan.

La ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD", es una Institución prestadora de servicios de salud de **primer nivel de atención**, presente en el departamento del Meta, Está conformada por 17 centros de atención no descentralizados de los municipios de Barranca de Upía, Cabuyaro, El Calvario, El Castillo, Lejanías, Mapiripán, Meseta, Puerto Concordia, San Juan de Arama, San Juanito, Uribe, Cumaral, La Macarena, Puerto Gaitán, Puerto Lleras, Restrepo, Vista Hermosa.

4.2 CONTROL Y DIVULGACIÓN DEL MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El manual de gestión de calidad es parte fundamental del sistema de gestión de calidad de la ESE Solución Salud. Así mismo describe de forma general como se da cumplimiento a los requisitos aplicables a la institución, de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento para el control de documentos de calidad.

4.3 DIRECCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD – SOGCS.

Es compromiso de todos los colaboradores de la ESE Solución Salud propender por el mejoramiento continuo de los procesos, apuntando al cumplimiento de la Política de calidad y la Política de Seguridad del paciente en las actividades cotidianas para alcanzar los objetivos de calidad formulados en el sistema de gestión de calidad de la ESE Solución Salud.

La alta dirección apoya incondicionalmente el sistema de gestión de calidad de la ESE Solución Salud y mantiene una activa participación en su desarrollo y permanente actualización.

4.4 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN.

La alta dirección de la ESE Solución Salud hace expreso y publico su compromiso con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud como una herramienta de mejora.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 8 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

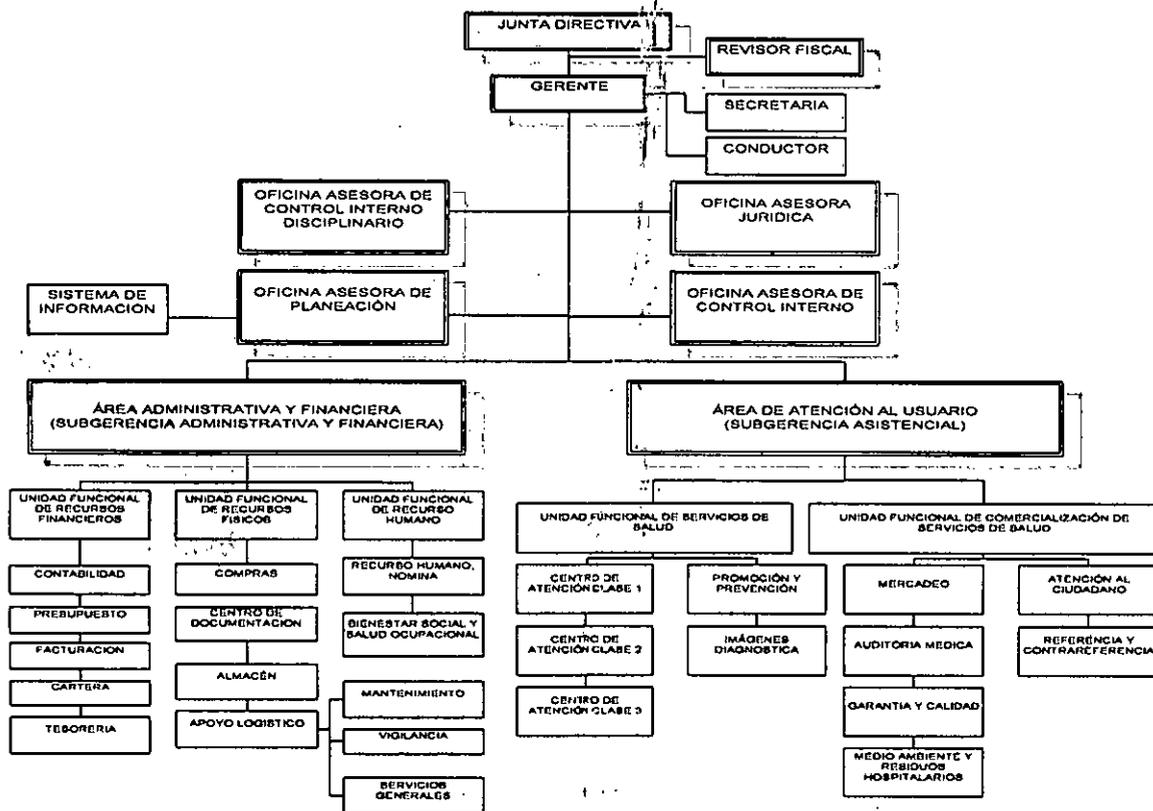
Para el efecto se adoptan e implementan los distintos documentos del proceso como, mapa de procesos, políticas y objetivos de calidad, manual de calidad con énfasis en la seguridad del paciente, caracterización de los procesos, manual de funciones, procedimientos, planes, instructivos y formatos.

En consecuencia La alta dirección manifiesta la disponibilidad para suministrar los recursos que sean necesarios para la implementación, mantenimiento, sostenimiento y mejora permanente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

Todo lo anterior enmarcado dentro de los principios y valores institucionales y conforme a las normas legales vigentes y demás disposiciones de carácter interno.

4.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.

En concordancia con el Decreto nacional No. 1876 de 1994, y El decreto Departamental 307 de 2003, organizan la E.S.E Departamental "Solución Salud" del Meta, a partir de una estructura básica que incluye tres áreas, en la cual se definen las unidades funcionales de acuerdo con los servicios que presta la ESE.



4.6 MISIÓN.

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta
 PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663
 www.esemeta.gov.co
 gerencia@esemeta.gov.co



	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 9 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

Brindar una atención integral, oportuna y humanizada en salud, para satisfacer las necesidades de nuestra población rural y urbana, ofreciendo un enfoque diferencial preventivo con énfasis en la promoción de la salud, actuando con ética, responsabilidad, compromiso y transparencia, enfocada al beneficio de nuestros usuarios.

Satisfacción del Usuario.

No eventos adversos en salud.

Bienestar para la comunidad.

Generar viabilidad financieras para la Empresa.

4.7 VISIÓN.

La **ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD" del Meta** en el 2016, será una empresa modelo de liderazgo en la prestación de servicios de salud de primer nivel de complejidad, competitiva tanto tecnológicamente como en Recurso Humano, donde el personal garantice y satisfaga las necesidades básicas del servicio de Salud, con calidad, Calidez y con sostenibilidad financiera con una alto porcentaje de satisfacción en sus usuarios.

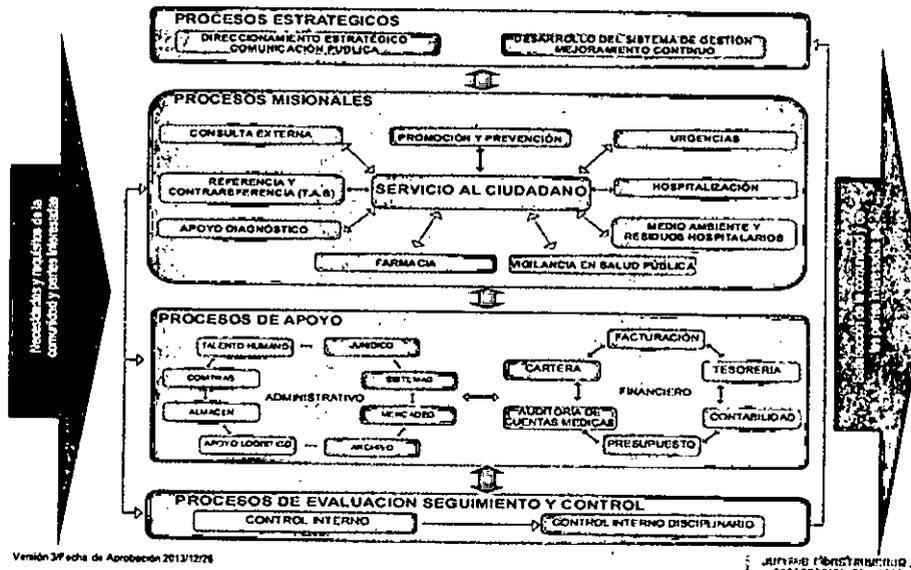
4.8 POLÍTICA DE LA CALIDAD.

La ESE Departamental SOLUCIÓN SALUD del Meta de primer nivel de complejidad, ofrece servicios de promoción y prevención de enfermedades y atención en salud con un enfoque diferencial de forma eficiente, confiable, segura y rentable, a través de un equipo ético, humano y competente, capaz de brindar una atención amable, eficaz y oportuna, contando con la infraestructura, tecnología e insumos para garantizar la atención y satisfacción a los usuarios; fortaleciendo el mejoramiento continuo, la solidez y rentabilidad financiera para mantener su compromiso social.

4.9 MAPA DE PROCESOS.

Con el propósito de definir, implementar y mejorar el Sistema de Gestión de la Calidad se definió el Mapa de Procesos.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 10 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		



4.10 MODELO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

La ESE Departamental Solución Salud para dar cumplimiento a los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009 y la guía aplicativa del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud para las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público, ajusta sus procesos a la metodología del PHVA (planear, hacer, verificar y actuar), lo que permite a la ESE Departamental Solución Salud a sus usuarios un servicio con calidad.

La Garantía de la Calidad. Es el conjunto de actividades planificadas y sistemáticas que desarrolla ESE Departamental Solución Salud en su Sistema de Calidad para que los requisitos de calidad en la prestación del servicio sean satisfechos. Entre estas actividades se encuentran la medición sistemática, la comparación con estándares, el seguimiento de los procesos, todas actividades asociadas con bucles de realimentación de información.

El Direccionamiento Estratégico. El Modelo de Atención de la E.S.E Departamental "Solución Salud" del Meta, constituye una guía para orientar a todo el personal asistencial en el desempeño de sus actividades, con el fin de cumplir con la Misión, Visión y Valores Corporativos, el análisis estratégico da cuenta de la necesidad de oír la voz del ciudadano –cliente-, la referenciación competitiva, el análisis del entorno y de la Institución misma, del proceso de planeación y su despliegue.

Gestión Financiera. Ejecuta procesos de recolección clasificación, registro y análisis de la actividad económica desarrollada por la Institución, encaminada a un

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 11 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

manejo racional y equilibrado del patrimonio, que le permita continuar siendo una entidad sólida, líquida y en continuo crecimiento financiero.

La Participación Social. Se entiende como el derecho constitucional que tienen las personas de participar en los procesos relacionados con la prestación de los servicios de salud y con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud.

Los Procesos Asistenciales. Se centran en los mecanismos a través de los cuales la Empresa garantiza la mejor aplicación de la ciencia y tecnología disponibles, y la seguridad de los recursos destinados a la atención de sus usuarios, para asegurar que se alcance el equilibrio más favorable entre los riesgos y beneficios. Incluye todas las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que la Empresa realiza a sus usuarios – clientes-, y debe responder a los Principios Institucionales de calidad, respeto a la dignidad humana, universalidad, equidad, integralidad, eficiencia y eficacia.

La gestión de Infraestructura y Desarrollo Tecnológico. Busca la permanente conservación de la propiedad (edificio, vehículos, muebles, equipos, materiales, herramientas, etc.) en unas condiciones de funcionamiento seguro eficiente y económico, orientado ante todo a la Prevención de eventos adversos.

El Apoyo al Talento Humano. Examina la importancia que da la Institución a la conformación y sostenibilidad de un grupo humano idóneo y competente para el desempeño de sus funciones.

Se centra en los medios que se pongan al alcance de los funcionarios para que continuamente se capacite, que su ambiente de trabajo sea adecuado y que el funcionario permanentemente se sienta como un integrante importante de un Institución que valora su crecimiento personal, su creatividad y su capacidad de compromiso para con la Empresa.

El Desarrollo Sostenible. Da cuenta de la responsabilidad social y el compromiso ambiental de la Empresa, buscando que estas persistan en el tiempo y que las generaciones futuras puedan tener acceso a ella y a los recursos ambientales por los que se preocupó.

4.11 PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

La planificación del sistema de gestión de la calidad en la ESE Solución Salud da respuesta a la necesidad de establecer la estructura del sistema de gestión de calidad, los procesos y actividades que interrelacionados, permiten lograr los objetivos de calidad, cumplir con los requisitos de la NTC GP 1000:2009, los legales e internos y alcanzar la satisfacción del usuario externo e interno.

De igual manera se tiene en cuenta la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 12 de 54	 GOBERNACIÓN DEL META
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFAIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

4.12 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

A continuación se describen las disposiciones establecidas por la ESE Departamental "Solución Salud" para cumplir con los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009 y la guía aplicativa del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud para las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público.

Con el propósito de definir, implementar y mejorar el Sistema de Gestión de la Calidad se definió el Mapa de Proceso y las Caracterizaciones.

Las caracterizaciones de procesos hacen parte integral del presente manual y describen las interacciones entre los procesos, además identifican los procedimientos necesarios para la operación de la entidad.

Los procesos se ajustan a la metodología del PHVA (planear, hacer, verificar y actuar) que permiten a la ESE Departamental "Solución Salud" entregar a sus usuarios servicios con calidad.

Todos los procesos están caracterizados teniendo en cuenta su objetivo, las entradas con sus respectivas fuentes, las salidas, con sus respectivos clientes internos o externos, de tal forma que se indican así las interacciones con los procesos, y las actividades generales que se siguen para alcanzar los resultados de cada proceso. Se han definido las características de calidad de los productos tanto a la entrada como a la salida de cada proceso identificando de esta forma los requisitos de calidad del producto o servicios.

4.13 MANUAL DE PROCEDIMIENTO:

El Manual de Procedimientos es un elemento del Sistema de Control Interno, el cual es un documento instrumental de información detallado e integral, que contiene, en forma ordenada y sistemática, instrucciones, responsabilidades e información sobre políticas, funciones, sistemas y reglamentos de las distintas operaciones o actividades que se deben realizar individual y colectivamente, en todos los procesos que hacen parte del Mapa de Procesos Institucionales.

Requiere identificar y señalar quién?, cuando?, como?, donde?, para qué?, por qué? de cada uno de los pasos que integra cada uno de los procedimientos.

Para la E.S.E Departamental "Solución Salud", su manual de procedimientos estará conformado por los manuales, guías, protocolos, procedimiento publicados por la oficina de calidad en el link SGC de la página web institucional www.esemeta.gov.co.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 13 de 54	 GOBERNACIÓN DEL META
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

4.14 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN.

La entidad cuenta con mecanismos de control que le permiten mantener los documentos del Sistema de Gestión de Calidad en las versiones vigentes, con las revisiones y aprobaciones requeridas, al igual que se les conserva libres de daños y se previene su pérdida.

Dentro de los documentos del sistema se cuenta con procedimientos, formatos, actas, registros, entre otros, que se encuentran en medios físicos y electrónicos, el procedimiento de elaboración de documentos, define la estructura de la documentación y los lineamientos para su elaboración.

Para la elaboración, control y modificación de los documentos y control de los registros del sistema se cuenta con los siguientes procedimientos documentados:

- Control de Documentos y Elaboración de Documentos
- Organización, Conservación, Custodia y Transferencia de Documentos : (Control de Registros)

El control de registros y documentos se complementa con la obligación de aplicar las Tablas de Retención Documental, las cuales están bajo la coordinación del proceso de Gestión Documental.

El control de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad será responsabilidad de la Oficina de Planeación por medio de la oficina de calidad, para centralizar el funcionamiento del Sistema y su mejoramiento continuo.

4.15 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

4.15.1 Compromiso.

La Gerencia, la subgerencia asistencial, la subgerencia administrativa y financiera y los Directores de los Centros de Atención, Jefes de Oficina, mantienen su compromiso con el funcionamiento y la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad, para lo cual comunican a los funcionarios la importancia de dar cumplimiento a la política y objetivos de la calidad con énfasis en Seguridad del Paciente, y gestionan los recursos necesarios.

Se cuenta con el proceso de Direccionamiento Estratégico Institucional y el Comité de Coordinación de los Sistemas de Control Interno y Calidad, quien realiza las revisiones del Sistema de Gestión.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 14 de 54	 GOBERNACIÓN DEL META
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

La Alta Dirección es responsable porque todos los funcionarios de la ESE Departamental "Solución Salud" mantengan una actitud positiva y un compromiso permanente con el Sistema de Gestión de la Calidad.

4.15.2 Enfoque al cliente

Para el Sistema de Gestión de la Calidad de la ESE Departamental "Solución Salud" se han identificado los clientes y partes interesadas, teniendo en cuenta que: Los clientes y partes interesadas están definidos específicamente en las caracterizaciones, a continuación se relacionan los más relevantes:

- Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Ministerio de Salud y Protección Social.
- Organismos de Control del Orden Departamental y Nacional.
- Contaduría General de la Nación.
- Nuestros Usuarios Internos.
- Nuestros Usuarios Externos.

4.16 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN

4.16.1 Autoridad y Responsabilidad

El nivel de autoridad del personal que labora en la ESE Departamental "Solución Salud" se observa en el organigrama de la entidad.

Cada proceso, procedimiento o actividad dentro de la organización cuenta con personal competente, las Funciones de cada cargo son comunicadas por escrito a cada funcionario sin excepción alguna y adicionalmente los procedimientos indican el responsable de las actividades.

La entidad cuenta con el Comité de Coordinación de Control Interno y Calidad, quien tiene entre otras funciones:

- a) Recomendar pautas para la determinación implantación, adaptación, complementación y mejoramiento permanente de los Sistemas de Control Interno, y Calidad y de Desarrollo Administrativo, de conformidad con las normas vigentes y las características propias de la ESE Departamental "Solución Salud".
- b) Estudiar y revisar la evaluación del cumplimiento de las metas y objetivos de la ESE Departamental "Solución Salud", dentro de los planes y políticas institucionales y recomendar los correctivos necesarios.
- c) Asesorar a la Gerente en la definición de planes estratégicos y en la evaluación del estado de cumplimiento de las metas y objetivos allí propuestos.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 15 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

- d) Recomendar prioridades para la adopción, adaptación, adecuado funcionamiento y optimización de los sistemas de información gerencial, estadística, financiera, de planeación y de evaluación de procesos, así como para la utilización de indicadores de gestión generales y por áreas.
- e) Estudiar y revisar la evaluación al cumplimiento de los planes, sistemas de control y seguridad interna y los resultados obtenidos por las dependencias de la ESE Departamental "Solución Salud".
- f) Revisar el estado de ejecución de los objetivos, políticas, planes, metas y funciones que corresponden a cada una de las dependencias de la ESE Departamental "Solución Salud"
- g) Coordinar con las dependencias de la ESE el mejor cumplimiento de sus funciones y actividades.
- h) Presentar a consideraciones de la Gerente propuestas de modificación a las normas sobre Control Interno y Calidad, vigentes.
- i) Servir de apoyo a la Gerencia, en el proceso de toma de decisiones en materia de los Sistemas de Control Interno y Calidad

El secretario del Comité es el Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno

4.16.2 Representante de la Dirección para el Sistema de Gestión de la Calidad

La dirección del sistema de gestión está a cargo del Gerente de la ESE Solución Salud y quien ha designado como Representante de la Alta Dirección de los Sistemas de Control Interno y Calidad, al Jefe de Oficina Asesora de Planeación, según Título III numeral 7.2 Resolución No 531 del 02 de Julio de 2014 y quien además de las funciones propias de su cargo, tiene las siguientes:

- Asegurarse de que se establecen, implementan y se mantienen los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Informar a la Alta Dirección sobre el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad y cualquier necesidad de mejora, y
- Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del Usuario en todos los niveles de la organización.

4.16.3 Comunicación Interna

La ESE Departamental "Solución Salud" cuenta con mecanismos e infraestructura necesarios para la comunicación entre los funcionarios, dependencias y otras entidades del Estado, con el propósito de cumplir eficazmente con sus objetivos.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 16 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFAIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

La comunicación interna se realiza a través de circulares, memorandos, oficios, correo electrónico, actas, carteleras, reuniones de trabajo, en el Intranet Institucional.

En la caracterización de los procesos se han indicado las entradas con sus fuentes y las salidas con sus clientes que permiten visualizar las interacciones entre procesos para una adecuada comunicación y en los procedimientos e instructivos se mencionan los mecanismos para trámite y flujo de comunicación durante el desarrollo de las actividades descritas en los mismos.

4.16.4 Revisión por la dirección del sistema de gestión de la calidad

La Gerente de la ESE Departamental "Solución Salud", realizara mínimo una revisión al año del Sistema de Gestión de la Calidad para tal fin, convoca al Comité de Coordinación de Control Interno y Calidad para evaluar el Sistema y determinar las mejoras.

En la revisión por la Alta Dirección se verifican los resultados de:

- a) Resultados de auditorías.
- b) Actualización de los Riesgos.
- c) Desempeño de los procesos y conformidad del producto y servicio.
- d) Estado de las acciones correctivas y preventivas (Plan de Mejoramiento Institucional y por Procesos).
- e) Acciones de seguimiento de las revisiones anteriores.
- f) Cambios que podrían afectar el sistema de gestión de la calidad.
- g) Política de Calidad.
- h) Objetivos de Calidad.

Como resultado de esta revisión se genera un acta, la cual incluye de acuerdo con la información de entrada y el desempeño del SGC, decisiones para:

- a) la mejora del Sistema de Gestión de la Calidad y Procesos.
- b) La mejora del producto o servicio.
- c) Identificar la necesidad de nuevos recursos.

4.17 GESTIÓN DE LOS RECURSOS

4.17.1 Provisión de recursos

La ESE Departamental "Solución Salud" dispone de los recursos necesarios para desarrollar todas las actividades del SGC y el presupuesto asignado, siendo éste

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 17 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

último gestionado a través de la subgerencia administrativa y financiera de la entidad.

Estos recursos son: Talento humano competente, espacios físicos, infraestructura tecnológica (software y hardware), equipos de comunicación y ambiente de trabajo, para el funcionamiento y mantenimiento el SGC, mejorar su eficacia, eficiencia y efectividad y aumentar así la satisfacción de nuestros usuarios.

4.17.2 Talento humano

La ESE Departamental "Solución Salud" cuenta con el Área de Talento Humano, dependencia que de acuerdo con la normatividad vigente aplica los lineamientos y políticas de administración de personal del Sector Público.

La ESE Departamental "Solución Salud" cuenta con un Manual de Funciones y Competencias Laborales, en donde para cada cargo se encuentra definido, la experiencia, educación y habilidades para la ejecución de las funciones asignadas a cada funcionario. Se cuenta con un instrumento para la concertación de objetivos y su respectiva evaluación. En cuanto a capacitación y desarrollo se dispone de herramientas y recursos adecuados para tal fin.

4.17.3 Infraestructura

La ESE Departamental "Solución Salud", Su sede Administrativa se encuentra ubicada en la Calle 37 No. 41 – 80, Barrio Barzal Alto, es un sector céntrico de la ciudad, de fácil identificación y acceso. Para el diseño, ejecución de proyectos y mantenimiento de la infraestructura de institución, se cuenta con los siguientes planes:

- Plan de Mantenimiento Infraestructura Física
- Plan de Mantenimiento de Hardware y Software
- Plan de Mantenimiento de Equipos Biomédicos

Se cuenta con infraestructura adecuada para la prestación del servicio en los Centros de atención de Barranca de Upia, Cabuyaro, Calvario, Castillo, Cumaral, Lejanías, Macarena, Mapiripan, Mesetas, Puerto Gaitán, Puerto Concordia, Puerto Lleras, Restrepo, San Juan de Arama, San Juanito, Vistahermosa, y Uribe.

4.17.4 Ambiente de trabajo

La infraestructura existente permite un ambiente de trabajo adecuado para el desarrollo de las funciones y cumplimiento de la Misión de la ESE Departamental

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 18 de 54	 GOBERNACIÓN DEL META
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

"Solución Salud" y se apoya en un programa de Salud Ocupacional, el cual es coordinado por el Área de Talento Humano.

4.18 REALIZACIÓN DEL SERVICIO

La ESE Departamental "Solución Salud" presta servicios de:

 Departamento del Meta Ministerio de Salud Equidad Social	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 19 de 54	 GOBERNACIÓN DEL META
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFAIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

SERVICIOS	CENTROS DE ATENCION																	PUESTOS DE SALUD		
	barranca	cabuyaro	cumara	calvario	castillo	mapirpan	mesetas	macarena	uribe	lejanias	pto concordia	pto gaitan	ptofleras	restrepo	san juanarama	san juanito	vista hermosa	PS Pto alvira	ps san juan de lozada	ps la julia
SERVICIOS 24	GENERAL ADULTOS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
	GENERAL PEDIÁTRICA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
	OBSTETRICIA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x			
	SERVICIO DE URGENCIAS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x			
CONSULTA	ENFERMERÍA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x
	MEDICINA GENERAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	ODONTOLOGIA GENERAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
	PSICOLOGIA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
	CONSULTA PRIORITARIA					x										x			x	x
OTROS SERVICIOS	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x
	LABORATORIO CLÍNICO	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	x	x	x		x	x	x	x	x		x	x		x		x			
	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
	SERVICIO FARMACÉUTICO	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
TOMA E INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS ODONTOLÓGICAS							x		x								x			

PROTECCION ESPECIFICA	ESTERILIZACIÓN	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	ATENCIÓN DEL PARTO	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	VACUNACIÓN	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
DETECCION TEMPRANA	ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (Menor a 10 años)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (De 10 a 29 años)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	ALTERACIONES DEL EMBARAZO	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	ALTERACIONES EN EL ADULTO (Mayor a 45 años)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	CÁNCER DE CUELLO UTERINO	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 21 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia: 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

4.19 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO

La ESE Departamental "Solución Salud", ha definido unos objetivos de la calidad en el Plan Estratégico institucional para lograr dichos objetivos, como instrumento para alcanzar la realización del servicio.

Las actividades de verificación y seguimiento para garantizar los resultados de los procesos, así como los registros que proporcionan evidencia de la prestación del servicio se encuentra descritos en cada uno de los procedimientos.

Los documentos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad definen las actividades a realizar con el fin de garantizar el cumplimiento de los requisitos de la entidad, del Cliente, del servicio y de Ley.

La entidad documenta los requisitos, recursos, desarrollo y verificación, cumpliendo con los lineamientos establecidos por la Gerencia.

4.19.1 Del Servicio:

- **Coherencia:** Relación y sincronización entre las políticas, los principios y valores de la Administración Pública y el Sistema de Gestión de Calidad.
- **Recursos:** Disponer del Talento Humano e insumos necesarios que se requieren para la prestación de los servicio.
- **Calidad del servicio:** la calidad en la prestación del servicio se hará dentro de los estándares establecidos por SOGCS.
- **Oportunidad:** Ejecución de los servicio de conformidad con los tiempos preestablecidos.
- **Seguridad:** la ejecución de los servicios se realizara en marco de la política de seguridad del paciente establecida por la institución.

4.19.2 De Ley:

Cumplimiento: Que se ajuste con los lineamientos establecidos en la normatividad vigentes.

4.19.3 Del Cliente:

- **Confiable:** Seguridad y credibilidad que generan nuestros servicios.
- **Fácil comprensión:** Que le permita al usuario hacer uso del servicio de manera segura, sencilla y clara.

 Departamento del Meta ESE Departamental Solución Salud Empresa Social del Estado	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 22 de 54	 GOBERNACIÓN DEL META
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

4.20 MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE:

4.20.1 Objetivos:

- Mejorar la calidad del servicio.
- Mejorar la atención segura.
- Mejorar la calidad de la gestión de la E.S.E Departamental Solución Salud.
- Definir y desarrollar un marco que permita evaluar permanentemente el proceso asistencial.
- Obtener y mantener vigente la habilitación de los servicios.

4.20.2 Subgerencia Asistencial y Seguridad del Paciente:

La Institución a través la Subgerencia Asistencia en coordinación con la Oficina de Calidad, en concordancia con la Política de Seguridad del Paciente apoyara, articulara, coordinara y mantendrá el Mejoramiento Continuo de la Calidad y Seguridad del Paciente de la institución.

Para cumplir con este rol, esta dependencia deberá trabajar coordinadamente con el resto de las dependencias tanto asistenciales como administrativas. En particular en el tema de la seguridad del paciente, y como una forma de contar con la información oportuna, debe coordinar con los diferentes en comité de establecidos por la Institución, y con Auditoría Medica y Administrativa la relacionada a la vigilancia de los eventos adversos que pudieran ocurrir en la ejecución de cualquiera de los procesos clínicos que se realicen en los Centros de Atención adscritos a la Institución y propiciar las mejoras a los procesos.

Esta dependencia es también la encargada de llevar el programa anual de calidad con especial énfasis en los aspectos relacionados con los componentes del Sistema de Garantía de la Calidad en Salud y Seguridad de los Pacientes, con evaluaciones periódicas y análisis de esos resultados.

4.21 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE

4.21.1 Requisitos del Servicio.

La ESE Departamental "Solución Salud" es una institución pública, que ciñe su actuar fundamentalmente a la legislación que le aplica

Los servicios que ofrece la ESE Departamental "Solución Salud", identifica permanentemente los requisitos relacionados con el servicio, gracias a la

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 23 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

comunicación constante que se ha establecido con los Usuarios y la Reglamentación y políticas Institucionales, Gubernamentales y Nacionales. Algunos requisitos relacionados directamente con el servicio tales como horario de atención, tiempo duración del servicio, informes o documentos generados del mismo, entre otros, son establecidos por la normatividad aplicable a la institución, requisitos de Ley y por las características propias de cada servicio.

4.21.2 Revisión de los requisitos del cliente.

Los requisitos especificados por el cliente se determinan para cada servicio en: Los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para la prestación del servicio están establecidos en los procesos respectivos.

Los requisitos legales y reglamentarios relacionados con la prestación del servicio están relacionados en las fichas de caracterización de procesos en la sección "normas aplicables". También encontramos referencia en los procedimientos en la sección "documentos de soporte".

Dentro de los procedimientos establecidos por la Entidad para la prestación del servicio, se identifican los requisitos adicionales que se deben cumplir por ejemplo elaboración de los cuadros de comparativos de cotizaciones, aplicación de encuestas, diligenciamiento de listas de asistencia entre otros.

4.21.3 Comunicación con los clientes.

La comunicación con los clientes para atender sus solicitudes de servicios, se realiza de manera personalizada en cada uno de los 17 Centros de Atención a través de la Oficina de Servicio al Ciudadano, a través de la página Web www.esemeta.gov.co, línea gratuita 018000918663.

4.22 DISEÑO Y DESARROLLO.

La ESE Departamental "Solución Salud" no realiza diseño de nuevos servicios dadas las características de los mismos, únicamente ajusta los procesos y servicios existentes a las condiciones cambiantes a la Ley.

4.23 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

4.23.1 Prestación y Control del servicio.

Los procesos misionales de la ESE Departamental "Solución Salud", se han planificado para ser desarrollados bajo condiciones controladas, para ello cuenta con procedimientos en los diferentes procesos que permiten su ejecución y

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 24 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFAIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

seguimiento. Adicionalmente, se cuenta con información que describe las características de los productos y servicios, equipo apropiado, sistemas de seguimiento hasta la entrega de los mismos.

4.23.2 Identificación y trazabilidad del servicio.

Todos los servicios que genera la ESE Departamental "Solución Salud", son identificados por número de radicado, asunto o tema, según corresponda, durante las diferentes etapas de su gestión, conociéndose su ubicación y estado.

De tal forma que se facilite su búsqueda en caso de requerirse recopilar la información correspondiente.

4.23.3 Propiedad del usuario y partes interesadas.

La documentación, en medio escrito o magnético, recibida de los clientes por la ESE Departamental "Solución Salud", es protegida y custodiada de conformidad con la normatividad vigente o a solicitud expresa del cliente, garantizando así la propiedad intelectual y confidencialidad pertinente. La custodia de los documentos es responsabilidad de los funcionarios que intervengan en el proceso.

La ESE Departamental "Solución Salud" revisa en las diversas instancias la documentación, con el fin de verificar que esté completa, en buen estado y sea pertinente. Cuando ésta no cumpla con los requisitos establecidos o sufra un daño o pérdida parcial o total de ésta, se le informa al cliente.

Cuando la ESE Departamental "Solución Salud" remite documentación de sus clientes a otras entidades del sector, debe exigirles la custodia, preservación y confidencialidad de la misma.

4.23.4 Preservación del Servicio.

Los Servicios de la ESE Departamental "Solución Salud", con sus respectivos soportes y antecedentes se preservan y custodian de conformidad con lo que se establece en el procedimiento de Control de Registros, el cual pertenece al proceso de Gestión Documental.

4.23.5 Seguridad del paciente:

El sistema de Seguridad del paciente en la E.S.E Departamental Solución Salud del Meta en concordancia con su política de seguridad del Paciente está definida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 25 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4.23.6 Política de Seguridad del paciente:

La ESE Departamental Solución Salud garantiza una atención segura, mediante la creación de mecanismos que propendan a minimizar los riesgos de los pacientes y sus familias.

4.24 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN.

Dentro de los procesos realizados por la ESE Departamental "Solución Salud", no se utilizan dispositivos o equipos de medición que requieran de calibración. No obstante en algunos procedimientos de seguimiento y vigilancia, se requiere hacer mediciones, caso específico en seguimiento a instalaciones y material nuclear para lo cual se utilizan los equipos del cliente y se verifica su estado de calibración datos que se registran en el informe de visita.

4.25 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA.

La ESE Departamental "Solución Salud" ha definido los mecanismos de seguimiento, medición, análisis y mejora, con el objeto de lograr un adecuado servicio a los usuarios y un continuo mejoramiento de los procesos en su eficacia, eficiencia y efectividad.

Para ello ha establecido análisis de información de los diferentes procesos, indicadores de gestión, información estadística, listas chequeo y auditorías internas, soportado en personal competente y procedimientos e instructivos.

4.26 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN.

4.26.1 Satisfacción de los Usuarios.

Para determinar la satisfacción del cliente, la ESE Departamental "Solución Salud" cuenta con tres mecanismos definidos para conocer la percepción del cliente a través del Grupo de Participación Ciudadanía, y son:

- La encuesta de percepción de nuestros usuarios, la cual se entrega a los usuarios que visitan los diferentes servicios que prestamos en los 17 Centros de Atención de la ESE Departamental "Solución Salud".

 Departamento del Meta Empresa Social del Estado	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 26 de 54	 GOBERNACIÓN DEL META
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

- La retroalimentación de La mejora continua de nuestros servicios a través de las solicitudes relacionadas con información concernientes a las PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS
- Los Informes de Gestión.

4.26.2 Auditorías Internas.

La ESE Departamental "Solución Salud" cuenta con un procedimiento documentado de Auditorías Internas de Calidad, el cual pertenece al Proceso de Administración del SGC que permite definir claramente la programación, planificación, preparación, ejecución, reporte y seguimiento de las acciones de mejoramiento resultantes de auditorías de calidad.

4.26.3 Seguimiento y Medición de los Procesos.

La ESE Departamental "Solución Salud", incluye actividades que permiten hacer seguimiento y medición de sus procesos mediante el seguimiento al cumplimiento del objetivo de los mismos a través de:

- Indicadores de procesos asistenciales y administrativos.
- Reuniones de trabajo.
- Plan Acción.
- Auditorías Internas.

4.26.4 Seguimiento y Medición a los Servicios.

Los Servicios de la ESE Departamental "Solución Salud" están sujetos a niveles de revisión y aprobación, que permiten verificar que cumplen los requisitos antes de ofrecerlos a nuestros usuarios. En los diferentes procedimientos de elaboración de los servicios están incluidas estas actividades, el responsable y evidencia de la actividad correspondiente.

Para el caso de los procesos misionales, es el Jefe de la dependencia el encargado de hacer esta revisión y determinar el cumplimiento de los requisitos de calidad del Servicio, para lo cual deja evidencia de su revisión con la firma en el documento final.

4.27 CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME.

Para la ESE Departamental "Solución Salud" cuando se detecta un incumplimiento en la actividad definida para seguimiento y medición del servicio en los procesos

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 27 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

misionales, se identifica un Servicio No Conforme, el cual de acuerdo con el procedimiento correspondiente es comunicado y se solicita su tratamiento respectivo.

Cuando es repetitiva esta identificación, o el tratamiento no está considerado dentro del procedimiento específico, e implica un impacto que no permite cumplir el objetivo del proceso, se genera una acción correctiva.

4.28 ANÁLISIS DE DATOS.

En la ESE Departamental "Solución Salud" se lleva a cabo la recopilación, tabulación y análisis correspondiente para el seguimiento a los procesos, evaluación de satisfacción de los clientes, indicadores de gestión, mapas de riesgos, auditorías internas, conformidad de los productos y seguimiento y control a los proveedores, generando la información y analizándola para tomar acciones de mejora correspondientes.

4.29 MEJORAS.

La ESE Departamental "Solución Salud" cuenta con un procedimiento para determinar, prevenir y eliminar las causas de No conformidades reales o potenciales denominado "Procedimiento Acciones de Mejoramiento Preventiva y Correctiva"

Las acciones pueden originarse entre otras fuentes por:

- Tendencias de las quejas y/o reclamos de los clientes.
- Tendencia de incumplimiento en alguna de las características de productos.
- Auditorías internas o externas.
- Tendencias desfavorables en indicadores.
- Retroalimentación de los clientes.
- Mapa de Riesgos.
- Revisión por la Dirección, cumplimiento de política de calidad y objetivos.

4.30 RIESGOS.

La ESE Departamental "Solución Salud", cuenta con un mecanismo metodológico para la identificación, actualización y autoevaluación del Sistema de Administración de Riesgos con el fin de minimizar la materialización de los riesgos inherentes a los procesos, subprocesos y actividades, que inciden en la consecución de los objetivos estratégicos de la entidad.

5. INDICADORES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 28 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.1 GENERALIDADES SOBRE EL PROCESO DE MEDICIÓN DE INDICADORES.

Describir la metodología utilizada para la medición del desempeño de los procesos asistenciales de la ESE "Solución Salud" que permita el seguimiento y control progresivo del cumplimiento de los objetivos de los Procesos así como las políticas empresariales y lineamientos legales.

La medición del desempeño no solo es un requerimiento basado en estándares de obligatorio cumplimiento, sino una obligación de cada usuario interno y externo, en la medida que interviene en todos los niveles del desarrollo de las actividades de la empresa.

Los indicadores señalan el reconocimiento del cumplimiento de objetivos, permiten conocer adelantos y cambios que se están produciendo en el logro de objetivos y metas propuestas y su análisis permite la toma de acciones encaminada a la eliminación de causas que producen insatisfacción a los usuarios durante la prestación de los servicios.

También, se definen detalles cuantificables en los niveles de desempeño requeridos para el cumplimiento de los objetivos y permiten evaluar en qué medida se están alcanzando las metas fijadas.

La Oficina de Calidad siguiendo las políticas de calidad de la ESE "SOLUCIÓN SALUD", con este documento pretende facilitar una guía para desarrollar y aplicar los indicadores que evaluarán la prestación de servicios en todos los Centros de Atención adscritos a la ESE Departamental "Solución Salud".

5.2 IMPORTANCIA DE LOS INDICADORES.

Para la ESE Departamental "Solución Salud", es de mucha importancia la medición del alcance de sus objetivos y ejecución de los planes a través de los indicadores, ya que ellos suministran la información necesarias para tomar acciones en cada uno de los procesos que integra el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, sirviendo como herramienta estratégica para la reducción de la variabilidad de los resultados observados con los esperados.

A continuación se muestra algunas de las razones por las cuales es importante la medición a través de los indicadores:

- Permiten medir cambios o desviaciones en el cumplimiento y ejecución de las actividades desarrolladas en la prestación de servicios de salud a través del tiempo.
- Permiten identificar a tiempo el hallazgo de las no conformidades por el incumplimiento de las metas y objetivos.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 29 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

- Permiten la toma de decisiones eficaces ya que estas se basan en el análisis de datos e información de los indicadores identificando las causa que producen las no conformidades.
- Facilitan hacer el seguimiento del desempeño de los procesos para determinar si las acciones definidas cumplen los objetivos al lograr los resultados esperados en comparación con los resultados observados.
- Facilitan hacer el seguimiento del desempeño de los procesos para determinar si las acciones definidas cumplen los objetivos al lograr los resultados esperados en comparación con los resultados observados.
- Son instrumentos muy importantes para controlar, evaluar y generar estrategias y planes de mejoramiento continuo que solidifique el Sistema de Gestión De La Calidad de la ESE "Solución Salud".
- Son por excelencia instrumentos diseñados para direccionar el camino que debe seguir la ESE "Solución Salud" para alcanzar el autocontrol y el alineamiento como meta del Sistema de Gestión de la Calidad.

5.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS INDICADORES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA LA E.S.E "SOLUCIÓN SALUD":

Los indicadores establecidos por la Superintendencia de Salud cumplen con las siguientes características:

Validez: Es decir, que mida realmente lo que se supone deben medir.

Objetividad: Esto es, presenten el mismo resultado cuando la medición hecha por personas distintas en circunstancias análogas.

Confiabilidad: Es el nivel en el cual las pruebas aplicadas repetidamente producen los mismos resultados.

Sensibilidad: Es la capacidad del indicador de detectar modificaciones o variaciones mínimas.

Especificidad: Que sirva para medir el atributo de la calidad que se pretende medir.

Factibilidad: Es la disponibilidad en la obtención de los datos

Indicadores trazadores agrupados en los dominios de **efectividad, seguridad, gestión del riesgo y experiencia de la atención.**

5.4 INDICADORES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 256 DE 2016.

 Departamento del Meta ESE Departamental Solución Salud Empresa Social del Estado	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 30 de 54	 GOBERNACIÓN DEL META
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.4.1 Tasa de caída de pacientes en el servicio de Hospitalización

NOMBRE DEL INDICADOR: Tasa de caída de pacientes en el servicio de Hospitalización.
CODIGO: P.2.6
DEFINICION: Es un estimador de las caídas de pacientes en hospitalización en un mes en un mes de seguimiento
DOMINIO: Seguridad
FÓRMULA: Numerador: Número total de pacientes atendidos en el servicio de Hospitalización que sufren caídas en el periodo.
Denominador: Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de Hospitalización en el periodo.
UNIDAD DE MEDICIÓN: Por 1000 días de estancia.
PERIODICIDAD: Mensual – Semestral
META: 0
PLAN DE MEJORAMIENTO: Si el resultado es igual o mayor a 1, el Director del Centro de Atención y todo el personal del Centro analizaran las fallas y propondrán a la Subgerencia Asistencial de la ESE "Solución Salud" los correctivos para mejorar el proceso.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Reporte de análisis y eventos adversos.
RESPONSABLE: Dependencia Director del Centro de Atención.
OBSERVACIÓN:

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 31 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.4.2 Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias

NOMBRE DEL INDICADOR: Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias.
CODIGO: P.2.7
DEFINICION: Es un estimador de las caídas de pacientes en urgencias en un mes de seguimiento
DOMINIO: Seguridad
FÓRMULA: Numerador: Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo.
Denominador: Total de personas atendidas en urgencias en el periodo
UNIDAD DE MEDICIÓN: Por 1000 personas atendidas en urgencias
PERIODICIDAD: Mensual – Semestral
META: 0
PLAN DE MEJORAMIENTO: Si el resultado es igual o mayor a 1, el Director del Centro de Atención y todo el personal del Centro analizarán las fallas y propondrán a la Subgerencia Asistencial de la ESE "Solución Salud" los correctivos para mejorar el proceso.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Reporte de análisis y eventos adversos.
RESPONSABLE: Dependencia Director del Centro de Atención.
OBSERVACIÓN:

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 32 de 54	 GOBERNACIÓN DEL META
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.4.3 Tasa de caída de pacientes en el servicio de Consulta Externa

NOMBRE DEL INDICADOR: Tasa de caída de pacientes en el servicio de Consulta Externa.
CODIGO: P.2.8
DEFINICION: Es un estimador de las caídas de pacientes en Consulta Externa en un mes en un mes de seguimiento
DOMINIO: Seguridad
FÓRMULA: Numerador: Número total de pacientes atendidos en el servicio de Consulta externa que sufren caídas en el periodo.
Denominador: Total de personas atendidas en el servicio de Consulta externa
UNIDAD DE MEDICIÓN: Por 1000 personas atendidas en Consulta externa.
PERIODICIDAD: Mensual – Semestral
META: 0
PLAN DE MEJORAMIENTO: Si el resultado es igual o mayor a 1, el Director del Centro de Atención y todo el personal del Centro analizaran las fallas y propondrán a la Subgerencia Asistencial de la ESE "Solución Salud" los correctivos para mejorar el proceso.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Reporte de análisis y eventos adversos.
RESPONSABLE: Dependencia Director del Centro de Atención.
OBSERVACIÓN:

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 33 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.4.4 Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnostico y complementación Terapéutica

NOMBRE DEL INDICADOR: Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnostico y complementación terapéutica.
CODIGO: P.2.9
DEFINICION: Es un estimador de las caídas de pacientes en Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica en un mes en un mes de seguimiento
DOMINIO: Seguridad
FÓRMULA: Numerador: Número total de pacientes atendidos en el servicio de Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica que sufren caídas en el periodo.
Denominador: Total de personas atendidas en el servicio de apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica
UNIDAD DE MEDICIÓN: Por 1000 personas atendidas en Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.
PERIODICIDAD: Mensual – Semestral
META: 0
PLAN DE MEJORAMIENTO: Si el resultado es igual o mayor a 1, el Director del Centro de Atención y todo el personal del Centro analizaran las fallas y propondrán a la Subgerencia Asistencial de la ESE "Solución Salud" los correctivos para mejorar el proceso.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Reporte de análisis y eventos adversos.
RESPONSABLE: Dependencia Director del Centro de Atención.
OBSERVACIÓN:

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 34 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.4.5 Proporción de Eventos Adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización.

NOMBRE DEL INDICADOR: Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización.
CÓDIGO DEL INDICADOR: P.2.10
DEFINICION: Expresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización.
DOMINIO: Seguridad
FÓRMULA: Numerador: Número total eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización x 100
Denominador: Total egresos de hospitalización
UNIDAD DE MEDICIÓN: Porcentual.
PERIODICIDAD: Mensual – Semestral
ESTÁNDAR: No mayor 1
META: No mayor del 1
PLAN DE MEJORAMIENTO: Si el resultado es mayor o igual al 1 el Director del Centro de Atención junto al personal de Hospitalización analizaran las fallas y propondrán a la Subgerencia Asistencial de la ESE "Solución Salud" los correctivos para mejorar el proceso.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Dependencia de Jefe de enfermería del centro de Atención. (Libro de Novedades de turno en hospitalizaciones). Reporte de análisis y eventos adversos.
RESPONSABLE: Director Centro de Atención y Jefe de Enfermería (Especificar nombre del funcionario).
OBSERVACION: Para este indicador el evento adverso solo corresponde a la etapa de administración de medicamentos.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 35 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.4.6 Proporción de Eventos Adversos relacionados con la administración de medicamentos en Urgencias.

NOMBRE DEL INDICADOR: Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en Urgencias.
CÓDIGO DEL INDICADOR: P.2.11
DEFINICIÓN: Expresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de Urgencias.
DOMINIO: Seguridad
FÓRMULA: Numerador: Número total eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en Urgencias x 100
Denominador: Total personas atendidas en urgencias
UNIDAD DE MEDICIÓN: Porcentual.
PERIODICIDAD: Mensual – Semestral
ESTÁNDAR: No mayor a 1
META: No mayor 1
PLAN DE MEJORAMIENTO: Si el resultado es mayor o igual al 1 el Director del Centro de Atención junto al personal de Urgencias analizarán las fallas y propondrán a la Subgerencia Asistencial de la ESE "Solución Salud" los correctivos para mejorar el proceso.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Dependencia de Jefe de enfermería del centro de Atención. (Libro de Novedades de turno en hospitalizaciones). Reporte de análisis y eventos adversos.
RESPONSABLE: Director Centro de Atención y Jefe de Enfermería (Especificar nombre del funcionario).
OBSERVACION: Para este indicador el evento adverso solo corresponde a la etapa de administración de medicamentos.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN.SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 36 de 54	 GOBERNACIÓN DEL META
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.4.7 Tasa de úlceras por presión.

NOMBRE DEL INDICADOR: Tasa de úlceras por presión.
CÓDIGO DEL INDICADOR: P.2.12
DEFINICION: Expresa el número de pacientes hospitalizados que durante su permanencia desarrollaron úlceras por presión en un periodo determinado.
DOMINIO: Seguridad
FÓRMULA: Numerador: Número total eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en Urgencias x 100
Denominador: Total personas atendidas en urgencias
UNIDAD DE MEDICIÓN: Porcentual.
PERIODICIDAD: Mensual – Semestral
ESTÁNDAR: No mayor a 1
META: No mayor 1
PLAN DE MEJORAMIENTO: Si el resultado es mayor o igual al 1 el Director del Centro de Atención junto al personal de Urgencias analizaran las fallas y propondrán a la Subgerencia Asistencial de la ESE "Solución Salud" los correctivos para mejorar el proceso.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Dependencia de Jefe de enfermería del centro de Atención. (Libro de Novedades de turno en hospitalizaciones). Reporte de análisis y eventos adversos.
RESPONSABLE: Director Centro de Atención y Jefe de Enfermería (Especificar nombre del funcionario).
OBSERVACION: Para este indicador el evento adverso solo corresponde a la etapa de administración de medicamentos.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 37 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.4.8 Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas.

NOMBRE DEL INDICADOR: Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.
CÓDIGO DEL INDICADOR: P.2.13
DEFINICION: Expresa la proporción de pacientes atendidos en urgencias que reingresan al mismo servicio de la misma Institución por el mismo diagnóstico de egreso dentro de las 72 horas posteriores dado de alta.
DOMINIO: Seguridad
FÓRMULA: Numerador: Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma Institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso.
Denominador: Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en el período
UNIDAD DE MEDICIÓN: Por 100%
PERIODICIDAD: Mensual - semestral
ESTÁNDAR: No mayor al 10%
META: No mayor al 5%
PLAN DE MEJORAMIENTO: Si el resultado es mayor o igual al 10% el Director del Centro de Atención junto al personal del servicio de hospitalización y facturación analizarán las fallas y propondrán a la Subgerencia Asistencial de la ESE "Solución Salud" los correctivos para mejorar el proceso.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Dependencia de Facturación del centro de Atención. (Libro de hospitalizaciones)
RESPONSABLE: Dependencia de Facturación del Centro de Atención y el/ la Jefe de enfermería.
OBSERVACION: Pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma Institución, antes de 72 horas con el mismo diagnóstico.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 38 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.4.9 Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días.

NOMBRE DEL INDICADOR: Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días.
CÓDIGO DEL INDICADOR: P.2.14
DEFINICION: Expresa la proporción de reingresos de pacientes hospitalizados en menos de 15 días, en un periodo determinado.
DOMINIO: Seguridad
FÓRMULA: Numerador: Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma Institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo.
Denominador: Número total de Egresos vivos en el periodo
UNIDAD DE MEDICIÓN: Por 100 egresos
PERIODICIDAD: Mensual - semestral
ESTÁNDAR: No mayor al 5%
META: No mayor al 5%
PLAN DE MEJORAMIENTO: Si el resultado es mayor o igual al 5% el Director del Centro de Atención junto al personal del servicio de hospitalización y facturación analizaran las fallas y propondrán a la Subgerencia Asistencial de la ESE "Solución Salud" los correctivos para mejorar el proceso.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Dependencia de Facturación del centro de Atención. (Libro de hospitalizaciones)
RESPONSABLE: Dependencia de Facturación del Centro de Atención y el/ la Jefe de enfermería.
OBSERVACION: Pacientes que reingresan al servicio de hospitalización en la misma Institución, antes de 15 días por la misma causa en el periodo.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 39 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.4.10 Tiempo de espera para la asignación de Citas de Medicina General.

NOMBRE DEL INDICADOR: Tiempo de espera para la asignación de Citas Medicina General.
CODIGO: P.3.1
DEFINICION: Expresa el tiempo de espera en días calendario, que trascurren entre la fecha de la solicitud de la cita para consulta por Medicina General de primera vez por parte del paciente/usuario a la IPS y la fecha en que es asignada.
DOMINIO: Experiencia de la atención.
FÓRMULA: Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina General de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.
Denominador: Número Total de citas de Medicina General de Primera vez asignadas en la Institución.
UNIDAD DE MEDICIÓN: Días.
PERIODICIDAD: Mensual – Semestral
ESTÁNDAR: <u>OPTIMO:</u> Menor de 3 DÍAS. <u>ACEPTABLE:</u> 3 días. <u>DEFICIENTE:</u> Mayor a 3 días.
META: (Menor 3 días).
PLAN DE MEJORAMIENTO: Si el resultado es mayor o igual a tres (3) días, el Director del Centro de Atención y los profesionales médicos analizarán las fallas y propondrán a la Subgerencia Asistencial de la ESE "Solución Salud" los correctivos para mejorar el proceso.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Libro de Asignación de citas médicas- Sistema hospital (Donde se consigna día y hora de la solicitud de la atención de consulta prioritaria por médico y día y hora de la atención por el profesional de medicina)
RESPONSABLE: Director del Centro de Atención y funcionario que asigna citas (Especificar nombre del funcionario).
OBSERVACION: La consulta de primera vez, hace referencia a la primera consulta del paciente que se registra por primera vez en el año, razón por la cual se excluye la consulta de control.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 40 de 54	 GOBERNACIÓN DEL META
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.4.11 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General

NOMBRE DEL INDICADOR: Tiempo de espera para la asignación de Citas Odontología General.
CODIGO: P.3.2
DEFINICIÓN: Expresa el tiempo de espera en días calendario, que trascurren entre la fecha de la solicitud de la cita para consulta por Odontología General de primera vez por parte del paciente/usuario a la IPS y la fecha en que es asignada.
DOMINIO: Experiencia de la atención.
OBJETIVO: Evaluar el componente asistencial de oportunidad como insumo para determinar la Experiencia de la atención.
FÓRMULA: Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Odontología General de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.
Denominador: Número Total de citas de Odontología General de Primera vez asignadas en la Institución.
UNIDAD DE MEDICIÓN: Días.
PERIODICIDAD: Mensual - Semestral
ESTÁNDAR: <u>OPTIMO:</u> Menor de 3 DÍAS. <u>ACEPTABLE:</u> 3 días. <u>DEFICIENTE:</u> Mayor a 3 días.
META: (Menor 3 días).
PLAN DE MEJORAMIENTO: Si el resultado es mayor o igual a tres (3) días, el Director del Centro de Atención y los profesionales médicos analizarán las fallas y propondrán a la Subgerencia Asistencial de la ESE "Solución Salud" los correctivos para mejorar el proceso.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Libro de Asignación de citas médicas- Sistema hospital (Donde se consigna día y hora de la solicitud de la atención de consulta Odontología y día y hora de la atención por el profesional de Odontología)
RESPONSABLE: Director del Centro de Atención y funcionario que asigna citas (Especificar nombre del funcionario).
OBSERVACION: La consulta de primera vez, hace referencia a la primera consulta del paciente que se registra por primera vez en el año, razón por la cual se excluye la consulta de control.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 41 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.4.12 Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias.

NOMBRE DEL INDICADOR: Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de Urgencias
CODIGO: P.3.10
DEFINICION: Expresa el tiempo de espera en minutos para el paciente clasificado como Triage 2, en el servicio de urgencias hasta que se inicia la atención en consulta de urgencias por médico.
DOMINIO: Experiencia de la atención.
FÓRMULA: Numerador: Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage 2 y el momento en el cual es atendido en consulta de Urgencias por Medico.
Denominador: Número total de pacientes clasificados como Triage 2, en un periodo determinado
UNIDAD DE MEDICIÓN: Minutos
PERIODICIDAD: Mensual –Semestral
ESTÁNDAR: <u>OPTIMO:</u> Menor de 30 Minutos. <u>ACEPTABLE:</u> Igual a 30 Minutos. <u>DEFICIENTE:</u> Mayor a 30 minutos.
META: Menor de 30 Minutos
PLAN DE MEJORAMIENTO: Si el resultado es mayor o igual a 30 minutos, el Director del Centro de Atención y el o/la Jefe de enfermería analizarán las fallas y propondrán a la Subgerencia Asistencial de la ESE "Solución Salud" los correctivos para mejorar el proceso.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Libro de Urgencias-Sistema hospital (Donde se consigna hora de la solicitud de la atención de urgencias y hora de la atención por el Medico de turno y la clasificación del TRIAGE)
RESPONSABLE: Director Centro de Atención y Jefe de Enfermería (Especificar nombre del funcionario).
Observaciones: Solo se tiene en cuenta el Triage 2, es decir se excluyen los demás Triage.

Nota: este indicador aplica también para el reporte de los indicadores de alerta temprana Circular Externa 056 de 2009.

 Departamento del Meta Sistema Salud Ingreso Social al Estado	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 42 de 54	 GOBERNACIÓN DEL META
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.4.13 Proporción de Satisfacción global de los usuarios en la IPS

NOMBRE DEL INDICADOR: Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS.
CODIGO: P.3.14
DEFINICIÓN: Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos en la IPS.
DOMINIO: Experiencia de la atención
FÓRMULA:
Numerador: Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS? X 100
Denominador: Número de usuarios que respondieron la pregunta
UNIDAD DE MEDICIÓN: Porcentual
PERIODICIDAD: Mensual - Semestral
ESTÁNDAR: Entre el 90% y el 95 % de grado alto de satisfacción (Excelente)
META: 95%
PLAN DE MEJORAMIENTO: Si el resultado es menor o igual a 90%, el Director del Centro de Atención y todo el personal del Centro analizarán las fallas y propondrán a la Subgerencia Asistencial de la ESE "Solución Salud" los correctivos para mejorar el proceso.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuestas de satisfacción del usuario. (Se requieren encuestas por consulta externa, usuarios hospitalizados encuestados, usuarios de Consulta de urgencias encuestados y el 100% de las maternas egresadas) dichas encuestas se enviarán en su totalidad a la Oficina de Servicio al Ciudadano de la ESE nivel central. Las encuestas las realizará el personal de la oficina de atención al Usuario del centro.
RESPONSABLE: Dependencia Director del centro de Atención y funcionario de Atención al Usuario (Especificar nombre del funcionario).
OBSERVACIÓN: Las opciones de respuesta del usuario a la pregunta "¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS? Serían:
<ul style="list-style-type: none"> a) Muy mala b) Mala c) Regular d) Buena e) Muy buena f) No informa

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 43 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.4.14 Proporción de Usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos

NOMBRE DEL INDICADOR: Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos.
CODIGO: P.3.15
DEFINICIÓN: Expresa la proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos.
DOMINIO: Experiencia de la atención
FÓRMULA: Numerador: Número de usuarios que respondieron definitivamente si o probablemente si a la pregunta recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS? X 100
Denominador: Número de usuarios que respondieron la pregunta
UNIDAD DE MEDICIÓN: Porcentual
PERIODICIDAD: Mensual - Semestral
ESTÁNDAR: Entre el 90% y el 95 % de grado alto de satisfacción (Excelente)
META: 95%
PLAN DE MEJORAMIENTO: Si el resultado es menor o igual a 90%, el Director del Centro de Atención y todo el personal del Centro analizarán las fallas y propondrán a la Subgerencia Asistencial de la ESE "Solución Salud" los correctivos para mejorar el proceso.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuestas de satisfacción del usuario. (Se requieren encuestas por consulta externa, usuarios hospitalizados encuestados, usuarios de Consulta de urgencias encuestados y el 100% de las maternas egresadas) dichas encuestas se enviarán en su totalidad a la Oficina de Servicio al Ciudadano de la ESE nivel central. Las encuestas las realizará el personal de la oficina de atención al Usuario del centro.
RESPONSABLE: Dependencia Director del Centro de Atención y funcionario de Atención al Usuario (Especificar nombre del funcionario).
OBSERVACIÓN: Las opciones de respuesta del usuario a la pregunta "¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS? Serían: a) Definitivamente no b) Probablemente no c) Probablemente si d) Definitivamente si e) No informa

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 44 de 54	 GOBERNACIÓN DEL META
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.4.15 Oportunidad Toma de Muestras Laboratorio Clínico

FECHA:
CÓDIGO DEL INDICADOR:
NOMBRE DEL INDICADOR: Oportunidad toma de muestras laboratorio Clínico
OBJETIVO: Evaluar el componente asistencial de oportunidad como insumo para determinar la continuidad, accesibilidad y suficiencia de la oferta del servicio de toma de muestras de laboratorio clínico y entrega de resultados
FÓRMULA: Numerador: Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de muestra de laboratorio y el momento que genera el resultado del examen
Denominador: Total de atenciones en servicios de muestras de laboratorio
UNIDAD DE MEDICIÓN: DÍAS. Tiempo promedio en días por usuario
PERIODICIDAD: Mensual
TENDENCIA: Positiva
TIPO DE INDICADOR: Calidad (oportunidad, accesibilidad y suficiencia)
ESTÁNDAR: <u>OPTIMO:</u> Menor 1 día, <u>ACEPTABLE:</u> 1 día. <u>DEFICIENTE:</u> Mayor a 1 día
META: Menor a 1 día.
PLAN DE MEJORAMIENTO: Si el resultado es mayor o igual Uno (1) día, el Director del Centro de Atención y el profesional de Laboratorio analizarán las fallas y propondrán a la Subgerencia Asistencial de la ESE "Solución Salud" los correctivos para mejorar el proceso.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Libro de Laboratorio. (Donde se consigna hora de la solicitud de la atención de laboratorio y el momento en que se genera el resultado del examen)
RESPONSABLE: Dependencia Director Asistencial y profesional de Laboratorio (Especificar nombre del funcionario).
INTERPRETACIÓN: Determinar el tiempo de espera para la generación del resultado del examen.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 45 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.4.16 Oportunidad en la Atención en Servicios de Imagenología.

NOMBRE DEL INDICADOR: Oportunidad en la atención en Servicios de Imagenología.
OBJETIVO: Evaluar el componente asistencial de oportunidad como insumo para determinar la continuidad, accesibilidad y suficiencia de la oferta del servicio de Imagenología.
FÓRMULA: Numerador: Sumatoria total del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de Imagenología y el momento en el cual es prestado el servicio.
Denominador: Total de atenciones en servicios de Imagenología.
UNIDAD DE MEDICIÓN: DÍAS. Promedio días por usuario.
PERIODICIDAD: Mensual
TENDENCIA: Positiva
TIPO DE INDICADOR: Calidad (oportunidad, accesibilidad y suficiencia)
ESTÁNDAR. OPTIMO: Menor 1 día, ACEPTABLE: 1 día. DEFICIENTE: Mayor a 1 día
META: Menor 1 día.
PLAN DE MEJORAMIENTO: Si el resultado es mayor o igual a Un (1) día, el Director del Centro de Atención y el auxiliar de Imagenología analizarán las fallas y propondrán a la Subgerencia Asistencial de la ESE "Solución Salud" los correctivos para mejorar el proceso.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Libro de atenciones en Imagenología. (Donde se consigna hora de la solicitud de la atención en Imagenología y día y hora de la toma de la ayuda diagnóstica en Imagenología.
RESPONSABLE: Dependencia Director Asistencial y Auxiliar de Imagenología (Especificar nombre del funcionario).
INTERPRETACIÓN: Determina el promedio de tiempo de espera para ser atendido en el servicio de Imagenología en los Centros de atención de la ESE "solución Salud".

 Departamento del Meta Ingreso Social del Estado	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 46 de 54	 GOBERNACIÓN DEL META
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO.		

5.4.17 Tasa de Infección Intrahospitalaria.

FECHA:
CÓDIGO DEL INDICADOR: I.3.2.0
NOMBRE DEL INDICADOR: Tasa de infección intrahospitalaria.
OBJETIVO: Identificar el número de procesos infecciosos que ocurren en el transcurso de la hospitalización, manifestándose durante la misma o después del egreso del paciente. Monitorea la calidad de la atención en salud en su atributo seguridad y oportunidad.
FÓRMULA: Numerador: Número de pacientes con infección intrahospitalaria en el periodo x 100
Denominador: Número total de pacientes hospitalizados en el periodo
UNIDAD DE MEDICIÓN: Porcentual
PERIODICIDAD: Mensual
TENDENCIA: Negativa
TIPO DE INDICADOR: Calidad (seguridad y oportunidad)
ESTÁNDAR: Menor a 5 %
META: Menor a 5%
PLAN DE MEJORAMIENTO: Si el resultado es mayor o igual al 10% el Director del Centro de Atención junto al Comité de Infecciones Nosocomiales analizarán las fallas y propondrán a la Subgerencia Asistencial de la ESE "Solución Salud" los correctivos para mejorar el proceso.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Jefe de Enfermería y registros hospitalarios. (Libros de hospitalizaciones)
RESPONSABLE: Dependencia Director Asistencial y Jefe de Enfermería (Especificar nombre del funcionario).
INTERPRETACIÓN: Determina el porcentaje de casos diagnosticados con infección intrahospitalaria en el periodo con relación el número de días de estancia en el periodo.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 47 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.4.18 Proporción de Vigilancia de Eventos Adversos.

FECHA:
CÓDIGO DEL INDICADOR:
NOMBRE DEL INDICADOR: Proporción de vigilancia de eventos adversos.
OBJETIVO: Identificar los accidentes e incidentes presentados en la atención en salud en el servicio de hospitalización por iatrogenia, vigilancia o seguridad.
FÓRMULA: Numerador: Número total eventos adversos detectados y gestionados x 100
Denominador: Número total de eventos adversos detectados
UNIDAD DE MEDICIÓN: Porcentual.
PERIODICIDAD: Mensual
TENDENCIA: Negativa
TIPO DE INDICADOR: Calidad (Seguridad)
ESTÁNDAR: No mayor del 5%
META: No mayor del 2%
PLAN DE MEJORAMIENTO: Si el resultado es mayor o igual al 5% el Director del Centro de Atención junto al personal de Hospitalización analizarán las fallas y propondrán a la Subgerencia Asistencial de la ESE "Solución Salud" los correctivos para mejorar el proceso.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Dependencia de Jefe de enfermería del centro de Atención. (Libro de Novedades de turno en hospitalizaciones).
RESPONSABLE: Director Centro de Atención y Jefe de Enfermería (Especificar nombre del funcionario).
INTERPRETACIÓN: Determina el porcentaje total de eventos adversos (accidentes que generan una consecuencia o incidentes en los usuarios del servicio de Hospitalización) en un periodo.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 48 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.5 INDICADORES RESOLUCIÓN 710 DE 2012 MODIFICADA POR LA RESOLUCIÓN 743 DE 2013.

5.5.1 Área de Gestión: Gestión Dirección y Gerencia.

5.5.1.1 INDICADOR # 1: Promedio de la Calificación de la Autoevaluación Cuantitativa en Desarrollo del Ciclo de Preparación para la Acreditación.

Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	(Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada)/ (Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior).	• $\geq 1,20$	• Documento de autoevaluación.
		• Acreditación en la vigencia evaluada.	• Certificación de acreditación.
		• Postulación para la acreditación, formalizada con contrato.	• Contrato de postulación.

5.5.1.2 INDICADOR # 2: Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud.

Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	$\geq 0,90$	Certificación de la Oficina de Calidad u Oficina de Control Interno sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación.

5.5.1.3 INDICADOR #3: Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

indicador	fórmula del indicador	estándar para cada año	fuentes de información
Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	Número de metas del plan operativo anual cumplidas/número	$\geq 0,90$	Informe del responsable de planeación de la ESE, de lo

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 49 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

	de metas del Plan Operativo anual programadas.		contrario, informe de control interno de la entidad.
--	--	--	--

5.5.2 Área de Gestión: Gestión Financiera y Administrativa.

5.5.2.1 INDICADOR #4: Riesgo Financiero.

Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
Riesgo fiscal y financiero.	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las ESE categorizadas con Riesgo medio o alto.

5.5.2.2 INDICADOR #5: Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida.

Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1).	$\left[\frac{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/Número de UVR producidas en la vigencia}}{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación/Número UVR producidas en la vigencia anterior}} \right]$	<0,90	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

5.5.2.3 INDICADOR # 6: Proporción de Medicamentos y Material Médico-Quirúrgico Adquiridos Mediante los Siguientes Mecanismos.

Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos:	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o	≥0,70	Informe del responsable del área de compras, firmado

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 50 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

<ol style="list-style-type: none"> 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos 	más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico.	por el Revisor Fiscal. En caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el Contador y el responsable de Control Interno de la ESE.
---	---	--

5.5.2.4 INDICADOR # 7: Monto de la Deuda Superior a 30 Días.

Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	– Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o internalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación – [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)]	Cero (0) o variación negativa.	Certificación de Revisoría Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal del Contador de la ESE.

5.5.2.5 INDICADOR # 8: Utilización de Información.

Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS.	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia.	4	–Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces.
	En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población captada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.		– Actas de Junta Directiva.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 51 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.5.2.6 INDICADOR # 9: Equilibrio Presupuestal.

Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores.	≥1.00	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

5.5.2.7 INDICADOR # 10: Oportunidad en la Entrega del Reporte de Información.

Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Superintendencia Nacional de Salud.

5.5.2.8 INDICADOR #11: Oportunidad en el Reporte de Información.

Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Ministerio de Salud y Protección Social.

5.5.3 Área de Gestión: Gestión Clínica o Asistencial.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 52 de 54	 GOBERNACIÓN DEL META
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.5.3.1 INDICADOR # 21: Gestantes Captadas Antes de la Semana 12 de Gestación.

Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas.	≥0,85	Informe Comité de Historias Clínicas.

5.5.3.2 INDICADOR# 22: Incidencia de Sífilis Congénita.

Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE.	Número de recién nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita en población atendida por la ESE en la vigencia.	0 casos	Concepto del COVE territorial en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de Sífilis Congénita diagnosticado, o la no existencia de casos de Sífilis Congénita.

5.5.3.3 INDICADOR Nº 23: Evaluación de Aplicación de Guía de Manejo Específica: Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva

Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva.	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	≥0,90	Informe Comité de Historias Clínicas.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 53 de 54	
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

5.5.3.4 INDICADOR N° 24: Evaluación de Aplicación de Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo.

Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
Evaluación de aplicación de Guía de manejo de crecimiento y desarrollo	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se le aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo/Número de historias clínicas de niños(as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.	$\geq 0,80$	Informe Comité de Historias Clínicas.

5.5.3.5 INDICADOR # 25: Reingresos por el Servicio de Urgencias.

Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
Reingresos por el servicio de urgencias.	Número de consultas al servicio de urgencias, por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas que hacen parte de la muestra representativa/Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo incluidas en la muestra representativa.	$\leq 0,03$	Comité de Calidad o quien haga sus veces

5.5.3.6 INDICADOR # 26: Oportunidad Promedio en la Atención de Consulta Médica General

Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución.	≤ 3	Superintendencia Nacional de Salud,

5.6 OTROS INDICADORES.

Harán parte de este manual además de los indicadores antes mencionados, los demás indicadores conforme a la normatividad colombiana.

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 3	Código MN-GQ-02	Página 54 de 54	 GOBERNACIÓN DEL META
	MANUAL DE CALIDAD CON ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha Vigencia 2017/03/27	DOCUMENTO CONTROLADO		

6. DEFINICIONES

Calidad: Grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos

Cliente: Organización, entidad o persona que recibe un producto y/o servicio

Eficacia: Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados

Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados

Mejora de la calidad: Parte de la gestión de la calidad orientada a aumentarla capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad

Mejora continua: Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

Manual de la calidad: Documento que describe el Sistema de Gestión de la Calidad de una Entidad

Proceso: Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados

Producto o servicio: Resultado de un proceso o un conjunto de procesos

Satisfacción del cliente: Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.

Trazabilidad: Capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración.

CONTROL DE CAMBIO

VERSIÓN No	DESCRIPCIÓN U ORIGEN DEL CAMBIO	FECHA
1	Se elabora la primera versión del Manual de Calidad.	
2	Se revisa y se ajusta el Manual de Calidad con énfasis en la seguridad del paciente.	2015/05/29
3	Se revisa y se ajustan algunos indicadores según la Resolución 256 de 2016.	2017/03/27