



E.S.E.
RAFAEL TOVAR POVEDA
NIT. 900211477-1

MANUAL DE GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL		Código: ES-PGC-SOGC-M004
			Versión: 02
			Fecha de vigencia: 16/09/2024
			Página 2 de 21

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
1. GENERALIDADES.....	4
1.1. Objetivo	4
1.2. Objetivos específicos:	4
1.3. Alcance:	4
2. MARCO CONCEPTUAL	4
4. INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN:	7
4.1. Portafolio de Servicios	8
5. PLATAFORMA ESTRATÉGICA:	10
5.1. Misión	10
5.2. Visión	10
5.3. Organigrama Institucional	10
6. Principios Estratégico:	12
7. POLÍTICA DE CALIDAD	12
8. SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	12
8.1. Articulación de los Sistemas:	12
8.2. Sistema Único de Habilitación:	13
8.3. Sistema de Información para la Calidad:	14
8.4. Programa de Auditoria Para el mejoramiento de la Calidad:	14
8.4.1. Estructuración:	15
9. DESCRIPCIÓN DEL MAPA DE PROCESOS:	18
10. REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN	18
11. JERARQUÍA DE LA DOCUMENTACIÓN:	19
12. CONTROL DE DOCUMENTOS	19
13. COMUNICACIÓN INTERNA Y DIVULGACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	20
14. EVALUACION	20
15. ANEXOS	20

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	Código: ES-PGC-SOGC-M004	
	Versión: 02	
	Fecha de vigencia: 16/09/2024	
	Página 3 de 21	

MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL

INTRODUCCIÓN

El sistema Obligatorio de garantía de Calidad en Colombia tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo. Teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos y con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de sus usuarios y su familiar. De acuerdo al decreto 1011 de 2006 este sistema se encuentra integrado por el sistema de habilitación, Auditoria; Acreditación y Sistema de Información para la calidad en salud.

Dado que los sistemas de calidad no se pueden comportar como un proceso independiente en el mejoramiento de los procesos y que esto redunde en el mejoramiento de la prestación de los servicios, se define que el modelo de Gestión de Calidad de la ESE RAFAEL TOVAR POVEDA está contemplado en dar cumplimiento a los requerimientos del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad con sus 3 componentes como son Habilitación, Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la calidad, y sistema de información para la calidad; de tal forma que se logre la gestión de seguridad, gestión del riesgo dentro de todos los procesos organizacionales así como generar acciones de mejoramiento que permitan lograr el mejoramiento continuo del sistema de gestión de calidad y la satisfacción de los clientes externos e internos con el propósito de alcanzar la excelencia.

La ESE RAFAEL TOVAR POVEDA, crea el presente manual donde se describen los lineamientos generales para asegurar la prestación de los servicios, De acuerdo a la integración de los sistemas según el decreto 1011 de 2006. Cubre la prestación de servicios de baja y mediana complejidad, consulta externa y odontología general, promoción y prevención, procedimientos de enfermería, consulta externa especializada, terapias de apoyo, urgencias, observación, hospitalización de baja complejidad, laboratorio clínico, imágenes diagnóstica ionizantes y no ionizantes. Consulta especializada.

En este Manual se describen las políticas de calidad, los objetivos de calidad, los valores y la interacción de los procesos y directrices generales del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-SOGC-M004
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 16/09/2024
		Página 4 de 21

1. GENERALIDADES

1.1. Objetivo

Desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad de forma integrada, con el fin de promover procesos eficientes, eficaces y seguros que permitan lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el usuario y su familia.

1.2. Objetivos específicos:

- Gestionar el conocimiento y asegurar la implementación efectiva de intervenciones y estrategias para el logro de los resultados en salud.
- Realizar una gestión institucional centrada en el usuario y su familia, velando por el respeto a sus derechos y por la satisfacción de sus expectativas y necesidades.
- Adoptar la alta calidad de los servicios asistenciales como una herramienta competitiva.
- Promover la cultura del autocontrol en el personal responsable de los procesos de direccionamiento, asistenciales y de apoyo como herramienta fundamental en el mejoramiento de la calidad.

1.3. Alcance:

Este documento cubre a todos los procesos y áreas de la E se Hospital Rafael Tovar Poveda, de acuerdo a la metodología de enfoque de procesos sobre la descripción del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios de salud.

2. MARCO CONCEPTUAL

Acción Correctiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable

Acción Preventiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

Acreditación: Proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización en salud, a través de una serie de estándares óptimos

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL		Código: ES-PGC-SOGC-M004
			Versión: 02
			Fecha de vigencia: 16/09/2024
			Página 5 de 21

y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Se encuentra actualmente definido por la resolución 123 de 2012.

Auditoria: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencia de la auditoria (registros, declaraciones de hecho u otra formación que sea pertinentemente verificable) y evaluara objetivamente para determinar la medida en la cual se cumplen el conjunto de políticas, procedimientos o requisitos usados con referencia (Norma ISO 19011).

Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación (Decreto 1011 de 2006)

Calidad: Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos (NTC-ISO 9000:2000).

Certificación: Proceso mediante el cual un cuerpo autorizado, ya sea un organismo gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce que una persona o institución cumple con unos criterios preestablecidos.

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

Estándar: Manera escrita y definida de hacer una cosa. Son normas, parámetros, objetivos a cumplir.

Exclusiones: Procesos que no se encuentran controlados por el sistema de gestión de la compañía.

Garantía de la Calidad: Conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad, para generar, mantener o mejorar la calidad (resolución 1474,2002).

Manual de Calidad: Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización.

Objetivos de Calidad: Algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad.

Políticas de calidad: Intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección.

	MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL		Código: ES-PGC-SOGC-M004
			Versión: 02
			Fecha de vigencia: 16/09/2024
			Página 6 de 21

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Sistema: Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan (NTC-ISO 9000:2000)

Sistema de Gestión: Sistema para establecer la política y objetivos y para lograr dichos objetivos (NTC-ISO 9000:2000)

Sistema de Gestión de la Calidad: Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad (NTC-ISO 9000:2000)

Sistema de Información para la Calidad. El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Decreto 1011 de 2006).

Sistema Único de Acreditación: Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso (Decreto 1011 de 2006)

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad social en salud: Conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (Resolución 1474, 2002).

Sistema Único de Habilitación. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-SOGC-M004
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 16/09/2024
		Página 7 de 21

cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB (Decreto 1011 de 2006 – resolución 3100 del 2019).

3. MARCO LEGAL:

- **Decreto 1011 de 2006:** Define y establece las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud
- **Resolución 3100 del 2019:** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud
- **Resolución 1619 de mayo de 2015:** OBJETO: La presente resolución tiene por objeto establecer el Sistema de Gestión de la Red Nacional de Laboratorios en los ejes estratégicos de Vigilancia en Salud Pública y Gestión de Calidad, que deben tener en cuenta para su funcionamiento los integrantes de dicha Red.
- **Resolución 256 del 2016:** Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
- **Resolución 5095 de 2018:** "Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1"
- **Decreto 903 de 2014** "Por el cual se dictan las disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud"

4. INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN:

Las Empresas Sociales del Estado fueron creadas por la Ley 100 de 1993 y el Decreto 1876 de 1994 como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

La ESE Rafael Tovar Poveda fue creada en el año 2005 mediante la Ordenanza No. 023, sin embargo, empezó labores en enero de 2009. Anteriormente funcionaban como dos hospitales independientes, uno de ellos con dos centros de salud anexos.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-SOGC-M004
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 16/09/2024
		Página 8 de 21

La Institución está localizada en la zona sur del Departamento del Caquetá; su sede administrativa está ubicada en el Municipio de Belén de los Andaquíes a una distancia de 45 Km de Florencia Caquetá. Sus 4 IPS se encuentran localizadas de la siguiente manera:

- ESE Rafael Tovar Poveda, en el municipio de Belén de los Andaquíes
- Centro de Salud San José del Fragua, en el municipio de San José del Fragua.
- Centro de Salud de Albania, en el municipio de Albania
- Hospital Local Curillo, en el municipio de Curillo;

Estas IPS cuentan con 17 puestos de salud ubicados en el área rural. La distancia entre las sedes de atención y el buen estado de las vías hace que la referencia y contrarreferencia de pacientes sea fácil y rápida, la cual se realiza mediante la red de IPS de mediana y alta complejidad a las que se accede a través del sistema de Referencia y Contra Referencia del departamento.

4.1. Portafolio de Servicios

Consulta Externa:

- ✓ Medicina general
- ✓ Odontología general (Exodoncia, obturaciones, conductos)
- ✓ Psicología
- ✓ Nutrición
- ✓ Enfermería
- ✓ Consejería en lactancia materna
- ✓ Alteraciones del crecimiento y desarrollo
- ✓ Alteraciones del desarrollo del joven
- ✓ Alteraciones del embarazo
- ✓ Alteraciones en el adulto
- ✓ Atención en planificación familiar hombres y mujeres
- ✓ Consejería en Salud sexual y reproductiva
- ✓ Detección temprana y prevención de cáncer de mama
- ✓ Detección temprana y prevención de cáncer cervico-uterino
- ✓ Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual
- ✓ Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI
- ✓ Atención Preventiva en Salud Bucal
- ✓ Vigilancia de Enfermedades de interés en Salud Pública
- ✓ Charlas y talleres educativos

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-SOGC-M004
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 16/09/2024
		Página 9 de 21

Consulta Externa Especializada:

- ✓ Medicina interna
- ✓ Ginecobstetricia
- ✓ Pediatría
- ✓ Cardiología

Atención Inmediata:

- ✓ Atención del parto
- ✓ Atención al recién nacido
- ✓ Urgencias y Observación
- ✓ Sala de Procedimientos
- ✓ Servicios de Transporte Asistencial

Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica

- ✓ Laboratorio Clínico (química, hematología, inmunología, microscopia)
- ✓ Toma de Muestra de Laboratorio Clínico
- ✓ Toma de Muestra de Cuello Uterino y Ginecologicas
- ✓ Radiología e Imágenes Diagnósticas Ionizantes Y No Ionizantes
- ✓ Ultrasonido (Ecografía obstetrica, testicular, abdominal renal y de vias biliares)
- ✓ Servicio Farmacéutico
- ✓ Fisioterapia
- ✓ Terapia ocupacional
- ✓ Fonoaudiología
- ✓ Radiología Odontologica

Internación:

- ✓ Servicio de Hospitalización adulto y pediátrica Baja complejidad

Procedimientos Sala de Procedimientos:

- ✓ Curaciones de lesión en piel
- ✓ Retiro de Puntos o suturas
- ✓ Inyectología
- ✓ Onicectomia
- ✓ Extracción de Cuerpo Extraño

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	Código: ES-PGC-SOGC-M004	
	Versión: 02	
	Fecha de vigencia: 16/09/2024	
	Página 10 de 21	

5. PLATAFORMA ESTRATÉGICA:

5.1. Misión

Somos una Empresa Social del Estado que presta servicios de salud de baja y mediana complejidad, que contribuye al bienestar de los habitantes del sur del departamento de Caquetá, mediante la ejecución de actividades individuales y colectivas de forma segura y oportuna, con talento humano competente y tecnología adecuada, brindando una atención en el servicio de salud de alta calidad, con énfasis en la implementación de rutas integrales; garantizando procesos de promoción y prevención, el reconocimiento de nuestra diversidad rural y étnica, compromiso con la protección al medio ambiente, responsabilidad social, servicio diferenciado y permanencia en el tiempo.

5.2. Visión

Para el año 2030, la ESE Rafael Tovar Poveda será una institución reconocida como una de las mejores empresas prestadores de servicios de salud liderando la transformación del sistema de salud actual en la zona Sur del Departamento del Caquetá, con altos niveles de humanización, responsables con el medio ambiente; con innovación tecnológica, con portafolio de servicios ampliado y de mayor complejidad, con altos estándares de calidad y seguridad y con una sólida estructura administrativa y financiera..

5.3. Organigrama Institucional

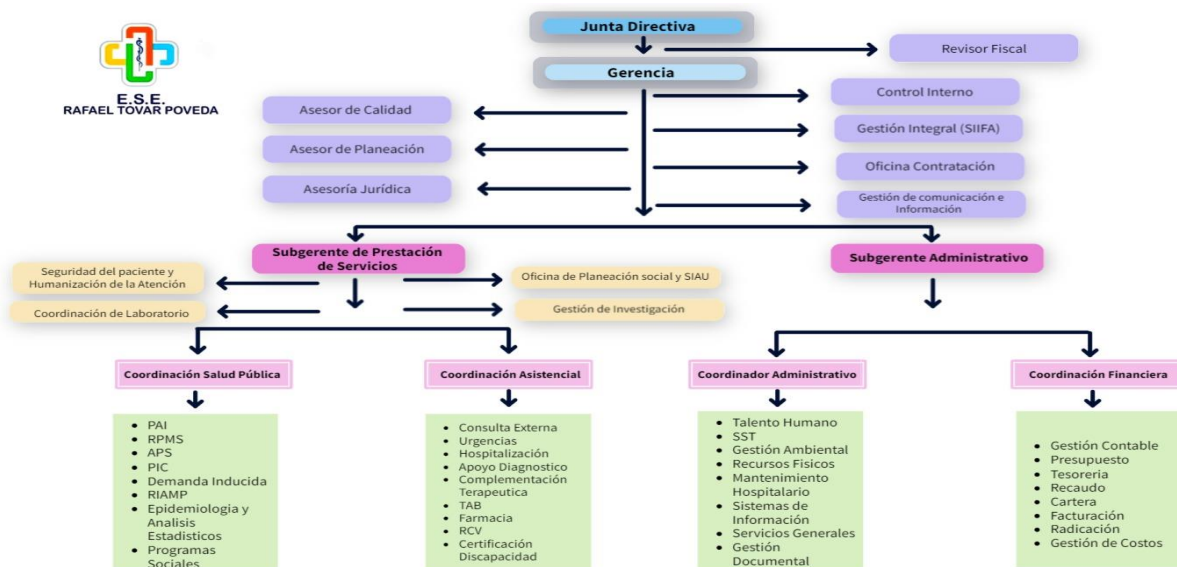


Imagen 1.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-SOGC-M004
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 16/09/2024
		Página 11 de 21

La ESE Rafael Tovar Poveda cuenta con una estructura organizacional que incluye tres áreas a saber: Gerencia, Subgerencia Científica y Subgerencia Administrativa y Financiera.

Gerencia: Su propósito principal es mantener la unidad de objetivos e interés de la organización en torno a la misión y objetivos institucionales. Cuenta con tres oficinas asesoras; La oficina de Planeación y Calidad que tiene a su cargo las funciones de Planeación y el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad – SIGC. La oficina de Control Interno que tiene a su cargo la gestión del riesgo organizacional, evaluación y mejoramiento y control interno y la Oficina Jurídica que tiene a su cargo la defensa judicial y la revisión de los procesos administrativos de contratación.

Subgerencia Científica: Área conformada por todas las unidades orgánico-funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de servicios de salud. Tiene a su cargo las funciones de: Servicios de Urgencias, Servicios ambulatorios, Servicios Hospitalarios y el servicio de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico que incluye los servicios de gestión farmacéutica, la referencia y contrareferencia, transporte asistencial, sistema de información y atención al usuario y la seguridad del paciente.

Subgerencia Administrativa: Tiene como funciones la gestión del talento humano, gestión financiera, gestión, documental, gestión jurídica, gestión de bienes y servicios, gestión de la información, gestión de mantenimiento hospitalario, gestión de servicios generales y hotelería, gestión del sistema integral de gestión ambiental, salud y seguridad en el trabajo y gestión del conocimiento

La ESE Rafael Tovar Poveda, tendrá una Junta Directiva conformada por cinco (5) miembros, los cuales serán designados de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 2993 de 2011 emanado por el Ministerio de la Protección Social y el Decreto 001715 de octubre de 2011 emanado por la Gobernación del Caquetá y estará constituida de la siguiente manera:

- El Gobernador del Departamento del Caquetá, o su delegado, quién presidirá las reuniones.
- El secretario de Salud Departamental, o su delegado.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-SOGC-M004
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 16/09/2024
		Página 12 de 21

- Un Representante de los Usuarios, designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente establecidas dentro del área de influencia geográfica de la Empresa Social del Estado
- Dos Representantes Profesionales de los empleados públicos de la Empresa Social del Estado; uno del área administrativa y uno del área asistencial elegidos mediante voto secreto por y entre los funcionarios de la entidad

6. Principios Estratégico:

- Brindar servicios de salud individuales y colectivos de baja y mediana complejidad con énfasis en la promoción y mantenimiento de la salud, garantizando el acceso y la atención con calidad y calidez, minimizando los riesgos durante la atención.
- Facilitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud a través de la información, orientación y acompañamiento oportuno, en favor del ejercicio de sus derechos mediante procesos de gobernanza y diferenciación para la satisfacción de sus necesidades.
- Establecer la participación comunitaria como elemento garante del cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios, en pro de la oportunidad, accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Fortalecer el talento humano mediante la implementación de estrategias formativas, competencias laborales y calidez humana para desarrollar procesos eficientes, optimizando los recursos disponibles mediante la incorporación de desarrollos tecnológicos e innovación.
- Lograr el equilibrio presupuestal y financiero de la Institución de manera progresiva para alcanzar la eficiencia en el gasto, mediante la optimización de los recursos financieros disponibles.
- Fortalecer el sistema de protección del medio ambiente respondiendo a las necesidades en la generación de residuos dentro de la institución.

7. POLÍTICA DE CALIDAD

La ESE Rafael Tovar Poveda se compromete en garantizar a los usuarios una atención segura durante el proceso de atención, mediante un programa de auditoria para el mejoramiento continuo de sus procesos.

8. SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

8.1. Articulación de los Sistemas:

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	Código: ES-PGC-SOGC-M004	
	Versión: 02	
	Fecha de vigencia: 16/09/2024	
	Página 13 de 21	

Para el desarrollo de un sistema de gestión de calidad integral, para dar respuesta a la normatividad legal vigente y a generar procesos seguros que le permita participar en certificaciones de altos estándares de calidad define que su marco de trabajo para el sistema de calidad es: Norma NTC ISO 9001, al igual que el cumplimiento de la normatividad vigente de acuerdo a lo establecido en el sistema único de Habilitación, sistema de información para la calidad, programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud enfocado en altos estándares de calidad. Estándares de calidad para laboratorios clínicos. La siguiente grafica describe la integración de los diferentes sistemas:



Grafico1. Componentes del sistema de gestión de calidad

8.2. Sistema Único de Habilitación:

La ESE realizará cada año autoevaluación (ver formato de autoevaluación según la resolución 3100 del 2019, de los estándares de habilitación, con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente. los hallazgos encontrados se presentarán en el comité de calidad. De igual forma se tendrá en cuenta las auditorías externas a la institución para las mejoras que lleven al cierre de ciclos. (ver matriz de autoevaluación habilitación Anexo 1)

Responsable de la Autoevaluación: Área de Planeación con el equipo de Autoevaluación en Apoyo con asesora de calidad

	MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL		Código: ES-PGC-SOGC-M004
			Versión: 02
			Fecha de vigencia: 16/09/2024
			Página 14 de 21

Responsable de la ejecución de las acciones: Gerencia y Directivos de la institución.

8.3. Sistema de Información para la Calidad:

De acuerdo a la normatividad relacionado con el sistema de información para la calidad Resolución 256 del 2016; la ESE realizará envío de la información de forma trimestral una vez revisada por parte del área de planeación, subgerencia de servicios de salud. Cada uno de los indicadores relacionados en la 256 son analizados de forma mensual en los comités correspondientes. El seguimiento de las acciones se realiza de forma trimestral para el cierre de ciclos de las acciones establecidas. (ver tablero de indicadores de calidad **Anexo 2**.)

Responsable de la revisión de la información: Subgerencia Científica, coordinación de servicios de salud, coordinación de salud pública, planeación y calidad

Responsable del cargue de la información: Planeación

Responsables de las acciones: Subgerencia Científica, Coordinación de Salud - Salud pública- Líder SIAU- Planeación y Calidad

Comités responsables del seguimiento: comité de salud pública. - comité de calidad – comité de seguridad del paciente, Comité de urgencias.

8.4. Programa de Auditoria Para el mejoramiento de la Calidad:

Teniendo en cuenta la importancia del mejoramiento continuo de sus procesos y los altos estándares de calidad ha desarrollado el programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad PAMEC con una vigencia de 4 años. (ver documento programa de auditoria para el mejoramiento continuo **Anexo 3**.) basado en los estándares de acreditación. (ver matriz Pamec versión 3.1. **Anexo 4**).

El modelo de mejoramiento de la ESE está pensado con la lógica del ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar) y supone un fuerte proceso interno y externo de comunicación y divulgación de las estrategias y los resultados, para generar aprendizaje organizacional y consolidar las mejores prácticas. A partir de esta dinámica, y de las directrices impartidas por la División de Acreditación en Salud del Instituto Colombiano de Normas Técnicas (Icontec)[1], Hospital Rafael Tovar Poveda propone un esquema estructural para la conformación de los equipos de mejora continua de la calidad a fin de garantizar el aprendizaje permanente de cada uno de los miembros de los diferentes equipos de mejoramiento y comités organizacionales, y adquirir nuevos conocimientos. A continuación, describe el esquema.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-SOGC-M004
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 16/09/2024
		Página 15 de 21

I



Grafico 2. Equipos de Mejoramiento Institucional

Objetivo: Implementar y monitorear el cumplimiento de las acciones u oportunidades de mejoramiento de las diferentes fuentes de entrada aplicables a las áreas o servicios que representan.

Funciones:

- Apoyar la gestión del Equipo de Autoevaluación de los diferentes grupos de estándares asistenciales. (equipos de mejoramiento primario institucional y terceros asistenciales)
- Responder por el mejoramiento, implementación, despliegue y divulgación de las acciones de mejora generadas a partir del análisis y priorización de las oportunidades de mejora del Pamec.
- Reportar resultados de la implementación y cumplimiento de las acciones del Plan de Mejoramiento al Equipo de Autoevaluación del Grupo de Estándares correspondiente.

8.4.1. Estructuración:

En la estructuración de los Equipos Primarios de Mejoramiento que apoyarán a los Equipos de Autoevaluación de Estándares Asistenciales y de apoyo se encuentran

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-SOGC-M004
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 16/09/2024
		Página 16 de 21

- ✓ **Grupos de Mejoramiento Asistencial de Primer Nivel o Primario:** Estará conformado por los coordinadores de sedes y sus equipos de trabajo (Asistenciales Ambulatorio y Hospitalarios).
Líder: Subgerencia Científica y Coordinación de Servicios.
Soporte: Acta de reuniones
- ✓ **Grupos de Mejoramiento Administrativo de Primer Nivel o Primario:** estará conformado por los coordinadores de sede y sus equipos de trabajo (Administrativos)
Líder: Subgerencia Administrativa y Financiera
Soporte: Acta de Reuniones
- ✓ **Equipos de Mejoramiento de Segundo Nivel:** Estará conformado por los equipos de autoevaluación de los estándares de acreditación conformado por los directivos y líderes de los procesos. (ver programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad)
Líder: Cada Directivo o Líder según los estándares.
Soporte: Acta de reuniones de Autoevaluación
- ✓ **Equipos de Mejoramiento de Tercer Segundo Nivel:** Estará conformado por los equipos de autoevaluación de los estándares de acreditación conformado por los directivos y líderes de los procesos. (ver programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad)
Líder: Gerencia y Directivos.
Soporte: Acta de reuniones

8.5. Evaluación de Estándares de Calidad de Laboratorio:

En el marco de los lineamientos del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad (PAMEC), el servicio de laboratorio clínico de la E.S.E Hospital San Rafael ha implementado un procedimiento específico para la gestión de acciones correctivas, preventivas y de mejora, el cual permite dar respuesta oportuna y efectiva a no conformidades identificadas durante el desarrollo de sus actividades. Este procedimiento incluye el análisis de causas raíz mediante metodologías como los “5 porqués” y la espina de Ishikawa, permitiendo establecer planes de mejora dirigidos a reducir la recurrencia de fallas, fortalecer la calidad de los resultados entregados y optimizar la seguridad del paciente.

Además, se garantiza la trazabilidad de las acciones correctivas mediante el uso de registros estandarizados, seguimiento por parte del comité de calidad y evaluación periódica de la eficacia de las intervenciones. La integración de este procedimiento al sistema institucional asegura la alineación con la política de calidad y contribuye al fortalecimiento de una cultura

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL		Código: ES-PGC-SOGC-M004
			Versión: 02
			Fecha de vigencia: 16/09/2024
			Página 17 de 21

organizacional orientada al mejoramiento continuo y al aprendizaje sistemático. (Ver procedimiento de acciones correctivas y de mejora)

La Resolución 1619 de 2015 establece los estándares de calidad para los laboratorios clínicos en Colombia, con el objetivo de asegurar la calidad en los servicios de diagnóstico. La operativización de estos estándares dentro de la ESE Rafael Tovar Poveda sigue las siguientes pautas:

- **Autoevaluación Estándares de Calidad:** Bacterióloga Líder de calidad de laboratorio y asesor externo de calidad realizarán una autoevaluación inicial, establecer plan de mejora y seguimiento al mismo. Posterior se hará cada año para verificar su cumplimiento.
- **Recursos Humanos:** El laboratorio clínico debe contar con personal competente, que cumpla con los requisitos establecidos por la normativa vigente. Se implementarán programas de capacitación continua en buenas prácticas de laboratorio, bioseguridad y normatividad aplicable.
- **Líder del proceso:** Se designará un coordinador del proceso que supervise el cumplimiento de los estándares en las áreas pre analítica, analítica y pos analítica.
- **Auditoría y Evaluación de la Calidad:** El laboratorio realizará auditorías internas periódicas para verificar el cumplimiento de los estándares de calidad y la eficacia de los controles internos. Para su cumplimiento se integrará al cronograma de auditoría la programación de esta.
- **Indicadores de desempeño:** Se definirán y monitorearán indicadores clave de desempeño en áreas como tiempos de respuesta, exactitud de los resultados y satisfacción del paciente.
- **Evaluación del Mejoramiento Continuo de Laboratorio:** Los procesos de laboratorio serán revisados de forma regular para identificar oportunidades de mejora y eliminar ineficiencias. En el marco del presente manual de calidad, el servicio de laboratorio clínico implementa un procedimiento específico para la gestión de acciones correctivas, el cual incluye el análisis de causa raíz utilizando las metodologías de espina de pescado y 5 porqués. Este análisis permite identificar factores contribuyentes a no conformidades detectadas durante auditorías internas, desviación de resultados, y deriva en la formulación de acciones de mejora sostenibles. (*ver procedimiento de acciones correctivas*)

Responsable del Cumplimiento del Componente: Bacterióloga Líder de calidad de

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	Código: ES-PGC-SOGC-M004	
	Versión: 02	
	Fecha de vigencia: 16/09/2024	
	Página 18 de 21	

Laboratorio, Gerencia y Directivos de la institución.

9. DESCRIPCIÓN DEL MAPA DE PROCESOS:

La gestión operativa, estratégica, procesos de verificación, y de apoyo de la ESE Hospital Rafael Tovar Poveda, se encuentra definida dentro del sistema de gestión de la calidad como una gestión basada en procesos, la cual está planificada hacia la descripción y caracterización de los mismos en 5 grandes grupos; los cuales encontramos a continuación.

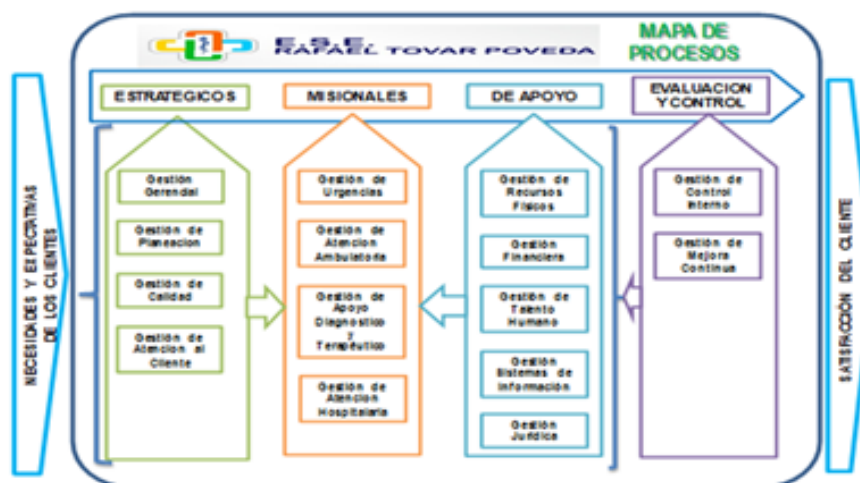


Gráfico 3. Mapa de Procesos

10. REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN

Los documentos internos y externos requeridos por los procesos, así como los registros propios del Sistema de Gestión de la Calidad, se encuentran relacionados en el formato de Listado Maestro de documentos, los cuales están en la oficina de Planeación.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-SOGC-M004
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 16/09/2024
		Página 19 de 21

11. JERARQUÍA DE LA DOCUMENTACIÓN:

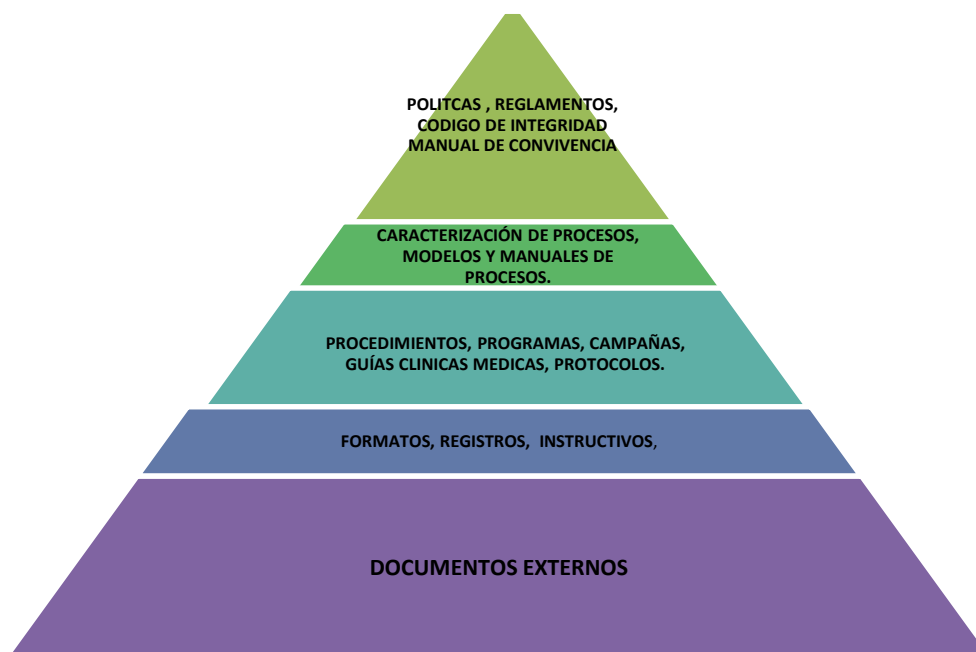


Grafico 4. Pirámide de Documentos

Se tendrá en cuenta los siguientes procedimientos, que harán parte del sistema de Gestión de la Calidad.

- ❖ Control de elaboración y aprobación de los documentos.
- ❖ Control de Registros.
- ❖ Auditoria interna.
- ❖ Acciones de Mejoramiento

12. CONTROL DE DOCUMENTOS

Para garantizar el seguimiento y control de los documentos desde la generación del mismo, hasta la aprobación; El HOSPITAL RAFAEL TOVAR POVEDA ha Implementado el manual de gestión documental (ver Manual de Gestión Documental **Anexo 5**) para garantizar el control de la documentación, la codificación y la socialización del mismo.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-SOGC-M004
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 16/09/2024
		Página 20 de 21

13. COMUNICACIÓN INTERNA Y DIVULGACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

La ESE Rafael Tovar Poveda, ha establecido los canales de comunicación entre el SGC y todos los clientes internos y externos, los principales medios de comunicación son:

- Plataforma Documental en la intranet
- Circulares Informativas Internas.
- Mensajes vía correo interno electrónico
- Grupos de mejoramiento institucional.

14. EVALUACION

El Hospital Rafael Tovar Poveda hace seguimiento del cumplimiento del Sistema de Gestión de la Calidad a través de:

- Cumplimiento a la Ruta Crítica Pamec en los Estándares de Acreditación.
- Medición de los Indicadores de a través de los comités institucionales con el fin de garantizar las acciones de mejora donde se presente brechas.
- Autoevaluación de los estándares de calidad para laboratorio aplicando la autoevaluación y estableciendo las acciones de mejora.
- Ejecución de Auditorías internas

15. ANEXOS

Anexo 1. Formato Matriz de Autoevaluación de Habilitación

Anexo 2. Tablero de Indicadores de Calidad

Anexo 3. Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo

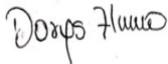


Anexo 4. Matriz Pamec versión 3.1.

Anexo 5. Manual de Gestión Documental

Anexo 6. Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad en Laboratorios

Anexo 7. Formato de acciones correctivas y de mejora de Laboratorio Clínico

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-SOGC-M004
		Versión: 02
		Fecha de vigencia: 16/09/2024
		Página 21 de 21

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Descripción del Cambio	Fecha de aprobación
01	Elaboración de documento	16/09/2024
02	Se realiza el ajuste al documento describiendo en el punto 8.5 “Evaluación de Estándares de Calidad de Laboratorio, se agrega un punto denominado “Evaluación del Mejoramiento Continuo de Laboratorio” donde describe que para el caso de laboratorio se cuenta con un procedimiento de acciones correctivas y de mejora. se hace cambio de código según el nuevo manual de gestión documental	20/8/2025
Elaborado por:		
Revisado por:		
Aprobado por:		
 Firma:	 Firma:	 Firma:
Nombre: Dorys Almario Estrada Cargo: Asesora de Calidad	Nombre: Armando Meza de la Rosa Cargo: Asesor de Planeación y Calidad	Nombre Marlio Andrés Posada Muñoz Cargo: Representante Legal