HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL Soledad Saludable	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** **NIT: 802013023-5** **CARACTERIZACION DEL PROCESO: Sistema de garantia de la calidad**	CODIGO	CA-SGC-001
		VERSION	V1
		FECHA	2018
	ALCANCE: Inicia con la Planificación del --Sistema obligatorio de garantia de la calidad, la identificaciòn del contexto etrategico determinando oportunidades y riesgos, finalizando con el monitoreo y seguimiento de planes de mejoramientos, acciones preventivas y correctivas, el aprendizaje organizacional que con lleva al mejoramiento continuo, y la satisfacciòn del usuario.	**RESPONSABLE:**	GERENTE
	OBJETIVO: Garantizar,mantener y mejorar el desempeño de la gestiòn y atributos de calidad en la prestacion de los servicios, contribuyendo a la protección, conservación de la salud de los usuarios, seguridad del paciente, humanizacion del servicoo y la satisfaccion de los usuarios. facilitar y tomar decisiones que permitan el logro de los objetivos institucionales y el equilibrio del costo beneficio.		

PROVEEDORES Y ENTRADAS			**USUARIOS Y SALIDAS**
Internos: Junta Directiva, Gerencia, Procesos misionales, de direccionamiento estrategico, de apoyo y de evaluación y seguimiento. **Externos:** Entidades Públicas y privadas, Usuarios, familia y comunidad, Gobierno Nacional, Departamental y Municipal, Entidades sin animo de lucro, organismos internacionales.	**P**	Alistamiento institucional para la implementacion del sistema obligatorio de garantia de la calidad , mediante el estableciemiento de los componentes que integran el sistema y el plan operativo a desarollar para su seguimiento. Habilitación/Acreditación: Determinar los recursos fisicos, tecnicos y de personal que se requieren para del proceso de Hbilitaciòn/Acreditaciòn orientado en la prestaciòn de servicios de salud. Definiciòn de linea base (diagnostico/ciclo de preparaciòn) para establecer las caracteristicas de calidad de los servicios. Auditoria para el mejoramiento de la Calidad: definciòn de equipos de autoevaluaciòn e integrantes y establecimiento de la ruta critica de mejoramiento continuo de la calidad Sistema de Información: Establecimiento de los indicadores de calidad de prestaciòn de servicios aplicables a la institución y definiciòn del instrumento recolecciòn de la informaciòn y analisis. Formulaciòn y ajustes de la politica calidad y de seguridad del paciente articulada con la plataforma estrategica Designaciòn del referente de seguridad del paciente, y la evaluacion a realizar de las buenas practicas de seguridad adoptadas en la entidad:	**Planes Anuales de Auditoria del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad.**
Plan de Desarrollo Nacional Plan de desarrollo Departamental Plan de Desarrollo Municipal Plan de Desarrollo Institucional PDI Presupuesto Institucional Normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Saludy Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad Plan Operativo Anual Banco de Proyectos de Inversion (Plan Bienal). caracterizacion grupos de valor Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETIT)	**H**	Habilitación: se establece,verifica registra y controla el cumplimiento de la 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. Incripción y novedades en el Registro Especial de Prestadores Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad: capacitación en metodologia y conformación de equipos para la evaluación, evaluación de cumplimiento de estándares de acreditación superior a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación y generación de plan de acción, planes de mejoramiento y acompañamiento en la ejeución. Acreditación: verifica, registra y analiza los diferentes grupos de estándares incluyendo la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada para establecer la brecha de cumplimiento, priorizandondo los procesos criticos para la elaboración e implementación de ciclos de mejora continua Sistema de Información: Recolección y consolidación de la información generada por los responsables de procesos para el reporte correspondiente de los indicadores, valdacion y analisis de la informacion y se reporta a entidades correspondientes. Seguridad del Paciente: fortalecimiento de la cultura organizacional orientada a la seguridad del paciente a tarvés de la implementaciòn del plan de acciòn de la politica institucional que incluye capacitación y educación contunua, rondas de seguridad, gestiòn de eventos adversos y acompañamiento a la implementación de las buenas practicas de seguridad.	Autoevaluación, Inscripciòn y novedades en el REPS, Habilitaciòn de servicios Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC. Acreditaciòn de los servicios de salud. Reportes de indicadores del sistema de información para la calidad. implementaciòn Politica y programa de Seguridad del Paciente. Informes de auditorias,circulos de calidad y rondas de seguridad del paciente
	V	Verificar las condiones de hablitaciòn periodicamente según los lineamientos normativos e institucionales Verificar el cumplimiento del plan de acciòn del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad PAMEC Verificar el cumpliemiento de los planes de mejoramiento con miras a la acreditaciòn de servicios de salud Verificar el cumplimiento de la recoleccion, consolidacion, validacion, analisis y reporte oportuno de indicadores de Calidad. Verificar la eficacia de las acciones correctivas, preventivas y de mejora Verificar la adherecia a la politica, programa de seguridad del paciente y la implementacion de buenas practicas de seguridad del paciente junto al monitoreo de los riesgos e indicadores de seguridad del paciente.	
	A	Realizar e implementar los planes de mejoramiento, acciones correctivas y preventivas para garantizar,mantener y mejorar el desempeño de los componentes del sistema de garantia de la calidad contribuyendo al cumplimiento de los atributos y principios de calidad, humanizacion en la prestaciòn de los servicios de salud proporcionando una atencion segura y la satisfacciòn del usuario.	

RECURSOS:	**SUBPROCESOS Y/O DOCUMENTOS:**	**INDICADORES:**	**RIESGOS:**	**CONTROL:**
Personal de la empresa, recursos tecnicos, tecnologicos, administrativos y fisicos de las areas asignadas al proceso	- procedimiento de habilitación - Procedimiento de acreditaciòn - programa de seguridad del paciente - procedimiento la gestiòn del sistema de información para calidad - programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad	% de adherencia a la guia de buenas practicas de seguridad del paciente % de cumplimiento de los estandares de habilitaciòn % de cumplimiento de estandares de acreditaciòn % de cumplimiento en el reporte oportuno de los indicadores de gestiòn % de cumplimiento del reporte de indicadores de calidad % de cumplimiento del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad	riesgo de cierre de servicios, procesos de investigaciòn y sancionatorios. Riesgo de daño antijuridicos en la salud de los pacientes	Cumplir requerimientos normativos. Reportes de los indicadores, Resulatdos de auditorias internas y externas

ELABORO:	***REVISO:***	***APROBO:***
CARGO: Sub Gerente Cientifico o quien haga	***CARGO:Asesor MWR***	***CARGO: Gerente***
FECHA:28-12-2018	***FECHA:28-12-2018***	***FECHA:28-12-2018***