

	POLÍTICA DE CALIDAD	Versión: 3
		Publicación: 2021-11-24
		Código: EST-PES-PI-08

TABLA DE CONTENIDO

1.	JUSTIFICACIÓN	2
2.	ENUNCIADO DE LA POLÍTICA.....	2
3.	DOCUMENTOS DE REFERENCIA	2
3.1	EXTERNO	2
3.2	INTERNO	3
4.	OBJETIVO GENERAL	3
5.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
6.	ALCANCE	3
7.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	3
8.	CONDICIONES GENERALES	4
9.	EXCEPCIONES.....	5
10.	INDICADORES	5
11.	CONTROL DE CAMBIOS.....	5
12.	FLUJO DE ELABORACIÓN – REVISIÓN – APROBACIÓN	5

1. JUSTIFICACIÓN

La calidad en la atención del paciente es un requerimiento normativo y una prioridad en los procesos Institucionales, por esta razón la Clínica debe diseñar e implementar un modelo de calidad armónico con el Direccionamiento Estratégico que permita fortalecer una cultura institucional humanizada, segura que promueva la atención centrada en la persona y garantice el cumplimiento de las características de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, continuidad y satisfacción de los clientes objeto.

El sistema de gestión de calidad debe tener la capacidad de integrarse con otros sistemas de gestión institucional: SARLAFT, Gestión de información, Gestión Ambiental, Gestión de seguridad y salud en el trabajo y Gestión de Habeas Data.

El sistema de Gestión de calidad es amplio y diverso, debe dar respuesta de soporte con metodologías de abordaje, técnicas para análisis de resultados y para la priorización de aspectos a mejorar e implementar acciones de auditoria al modelo de procesos definido por la institución para cumplir con los objetivos institucionales.

El sistema de calidad debe tener el rigor al planear intervenciones para responder a requerimientos obligatorios de norma y otros institucionales como estándares de excelencia, medir, analizar e intervenir los resultados para mejorar, hacer seguimiento, cerrar ciclos e identificar aprendizajes, socializarlos y así garantizar el logro de objetivos.

2. ENUNCIADO DE LA POLÍTICA

La Clínica El Rosario consciente de la misión de “Contribuir al cuidado de la vida y la recuperación de la salud” se compromete a:

Desarrollar un modelo de calidad que asegure una cultura de gestión integral y de mejoramiento continuo de los procesos, teniendo como referencia el cumplimiento del marco normativo y operativo para el logro de desenlaces clínicos superiores al tiempo que su diseño y dinámica de implementación se integra de manera armónica con otros sistemas de gestión para aportar al cumplimiento de la “oferta de valor”.

3. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

3.1 EXTERNO

- Resolución 3100 de 2020 - Habilitación de unidades funcionales prestadores de salud.
- Manual de acreditación en salud para instituciones hospitalarias y ambulatorias resolución 5095 de 2018 (SUA)
- Decreto 780 de 2016 Decreto Único y reglamentario del Sector salud y protección social.
- Resolución 256 de 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.

3.2 INTERNO

- Modelo de mejoramiento continuo EST-SGC-DE-33
- Plataforma estratégica EST-PES-DE-01
- Modelo de atención EST-PES-DE-07
- Derechos y deberes del paciente EST-PES-DE-02
- Política de Prestación de Servicios EST-PES-PI-38
- Perfil del comité de mejoramiento continuo EST-PES-CO-01

4. OBJETIVO GENERAL

Formalizar el compromiso permanente de la Alta Dirección con la implementación y monitorización de los procesos de mejoramiento, desde la planeación y la asignación de recursos para lograr avances en la mejora continua institucional, aprendizajes organizacionales y fortalecimiento de la cultura de calidad sostenible en el tiempo.

5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Abordar de manera integral los estándares de calidad establecidos a partir de los diferentes sistemas de gestión, promoviendo el logro de resultados superiores que impacten en el logro de los objetivos estratégicos.
- Monitorear la identificación y promoción de los aprendizajes organizacionales como resultados de mejoramiento de la calidad garantizando que se aseguren en el tiempo y promuevan la transformación cultural.

6. ALCANCE

Esta política aplica para todos los servicios, procesos, comités, grupos, proyectos, planes, programas que tienen como finalidad la gestión por calidad y la mejora continua.

7. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **SOGCS:** Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Es el 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
- **Accesibilidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Oportunidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con

la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

- **Seguridad:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Pertinencia:** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **Continuidad:** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.
- **Atención de salud:** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población
- **Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud:** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

8. CONDICIONES GENERALES

- Para la gestión de esta política debe seguir los lineamientos para el que hacer de los comités institucionales.
- Debe cumplir con los lineamientos establecidos para las políticas institucionales.
- La revisión y ajuste de esta política se debe realizar cada año o antes si el comité responsable de su implementación lo considera necesario.
- El desarrollo de esta política se articulado al Modelo de Mejoramiento Continuo.
- El monitoreo del cumplimiento de esta política se realizará a través de los indicadores definidos en este documento.
- El diseño y gestión de esta política tiene en cuenta las pautas que se establecen en el Manual de gestión documental de la clínica.
- Garantizar la identificación y cumplimiento de todos los requisitos de entrada y control de las salidas de los procesos.
- Garantizar el cumplimiento de los requisitos normativos que le apliquen a cada servicio según características específicas de los procesos o novedades que se presenten.
- La política se incluye en el programa de inducción y reinducción, entrenamiento del personal, y demás formas de capacitación a través de los medios de comunicación de la institución.
- Los directores, subdirectores, jefes, coordinadores y otros profesionales responsables de programas o procesos deben velar por la implementación de esta política en el día a día de la gestión de los procesos, servicios, proyectos, comités, programas, entre otros..

9. EXCEPCIONES

No se tienen excepciones para la aplicación de esta política.

10. INDICADORES

- Cobertura de socialización de la Política de Calidad
- Proporción de comprensión a los criterios articulados a la política de calidad

11. CONTROL DE CAMBIOS

Fecha de Actualización	Versión a Actualizar (anterior)	Cambios Realizados a la Versión
2016-08-16	NA(0)	Se define el documento.
2017-07-31	V1	<ul style="list-style-type: none">• Se ajustan documentos de referencia.• Se cambia codificación de acuerdo con el nuevo proceso, ambos CT-OD-CD-97
2021-11-24	V2	<ul style="list-style-type: none">• Se ajusta el enunciado de la política de calidad.• Se modifican los objetivos generales y específico de la política de calidad.• Se ajustan documentos de referencia• Se incluye nuevo indicador para la medición de comprensión de la política.

12. FLUJO DE ELABORACIÓN – REVISIÓN – APROBACIÓN

Elaboración	Revisión Técnica	Aprobación Corporativa
Nombre / Cargo: María Elena Ceballos Eusse / Enfermera Gestión de Calidad Centro Tesoro.	Nombre / Cargo: Dr. León Darío Urrego G / Md Coordinador Auditoría de calidad PAMEC.	Nombre / Cargo: Comité de Calidad CT.
Nombre / Cargo: Beatriz Montoya Arias / Enfermera Auditora Centro Tesoro.	Nombre / Cargo: Comité de Calidad.	Nombre / Cargo: Comité de Dirección.
Fecha: 2016-07-21	Fecha: 2016-08-04	Fecha: 2016-08-16
Nombre / Cargo: Beatriz Montoya Arias / Auditora de Calidad sede Centro-Tesoro.	Nombre / Cargo: María Elena Ceballos Eusse / Coordinadora de Gestión de Calidad.	Nombre / Cargo: Comité de Dirección.
Fecha: 2017-07-31	Fecha: 2017-07-31	Fecha: 2017-07-31

Nombre / Cargo: Alejandra González Angel / Coordinadora de Planeación y Mejoramiento.	Nombre / Cargo: Maria Carolina Hernandez Gomez / Auditor interno de Calidad Tesoro.	Nombre / Cargo: Comité de Dirección.
Nombre / Cargo: Beatriz Montoya Arias / Auditora de Calidad.		
Fecha: 2021-11-24	Fecha: 2021-11-24	Fecha: 2021-11-24