 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL  DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO:  HSP-AC-PC-POL01  13/05/2019  2.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> PLANEACIÓN DE LA CALIDAD		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> POLITICA DE CALIDAD		

## CONTROL DE DOCUMENTO Y DISTRIBUCIÓN:


### Control del Documento

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (quien realiza el documento)	Maritza Murcia Muñoz	Asesora	Oficina de Calidad	Abril de 2018
Revisión (coordinador del proceso o servicio o en su efecto el comité institucional dependiendo del tema )	Diana Marcela Conde Martin	Subgerente Técnico Científica	Subgerencia Técnico Científica	Abril de 2018
Aprobación (Comité de Calidad)	Comité de Gestión de la Calidad de la atención en salud			
	Acta No. 003 del 13 de mayo de 2019			
	Presidente Comité	Subgerencia Técnico Científica		
Adopción	Resolución Gerencial No. 180		Fecha: 13 de mayo de 2019	

### Control de los Cambios

Versión No.	Fecha de Aprobación	Descripción de los Cambios	Solicitó
1.0	2008	Se crea la políticas en la calidad de la atención en materia de prestación de servicios de salud	
2.0	Resolución No. 180 del 13 de mayo de 2019	Se ajusta el documento teniendo en cuenta el contenido de acuerdo a lo establecido en el manual de control de documentos, se incluye introducción, Principios Orientadores, Objetivo Alcance, Definiciones, Estrategias y Líneas de Acción, Indicadores y Metas, Anexos y Responsables, se divide de creándose la política de calidad.	

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	2.0	1

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL  DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO:</b> <b>HSP-AC-PC-POL01</b> <b>13/05/2019</b> <b>2.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> PLANEACIÓN DE LA CALIDAD	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> POLITICA DE CALIDAD	

## 1. INTRODUCCIÓN

Dentro del Plan de Gestión Gerencial “Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana” 2016- 2020” se ha planteado como un compromiso, la meta A2 Continuar con el ciclo de preparación para la Acreditación a través de la autoevaluación anual, gestionando los planes de mejoramiento continuo; para cumplir con los estándares requeridos en Acreditación y que estos sean sostenibles en el tiempo y posteriormente postularnos para la evaluación externa por medio de un contrato formalizado con la entidad Acreditadora.


El trabajo en estándares superiores de calidad en la institución implica trabajar para mejorar la satisfacción del cliente externo, la relación con los pacientes y sus familias, localizar y disminuir los errores, trabajo en equipo, hacer partícipe a todos, sentirse parte de una organización que nos necesita y que avanza hacia los nuevos cambios que el sistema y la población necesitan, son la esencia de la cultura de calidad.

Es importante sensibilizar a los profesionales, no sólo de la importancia del concepto de calidad, sino del porqué y para qué se creó, qué persigue y cuál es su fin. Es imprescindible trabajar en un equipo que incluya a todos: profesionales, técnicos, administrativos, auxiliares, y realizar el trabajo con una organización que permita la interrelación entre servicios para mejorar la atención al paciente. Es fundamental incentivar la responsabilidad sobre los propios resultados, fomentar y dar a conocer dentro de la organización la importancia de todos, que cada uno cuenta y es determinante en la atención del paciente. De esta manera, la atención se realizará con éxito y se conseguirán mejores resultados.

## 2. OBJETIVOS

1. Instituir una cultura de mejoramiento continuo en la institución.
2. Prestar servicios con oportunidad, seguridad, accesibilidad, pertinencia y continuidad.
3. Establecer la metodología para la aplicación de técnicas y herramientas para la mejora de procesos institucionales.
4. Realizar seguimiento al desempeño de los procesos para que, en caso de que haya desviaciones, se introduzcan medidas correctivas.
5. Realizar seguimiento al desempeño de los procesos que permita a través de indicadores y metas propuestas; asegurar la continuidad, sostenibilidad y mejora de los resultados.
6. Mejorar la eficacia y eficiencia operativa.
7. Mejorar el aprendizaje organizacional.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	2.0	2

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA</b> <b>NIT: 891.180.134-2</b>			<b>CÓDIGO: HSP-AC-PC-POL01 13/05/2019 2.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO: PLANEACIÓN DE LA CALIDAD</b>			
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: POLÍTICA DE CALIDAD</b>			

### 3. ALCANCE

La Política de Calidad es aplicable a todos los procesos de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito y a todas las acciones ejecutadas por los colaboradores durante el ejercicio de sus funciones.

### 4. DEFINICIONES

**Política de la calidad de una entidad:** Intención global y orientación de una entidad relativa a la calidad tal como se expresa formalmente por la alta dirección de la entidad.

**Plan de mejoramiento:** Es el conjunto de actividades e intervenciones planificadas y articuladas, dirigidas a corregir o subsanar las debilidades y deficiencias durante la prestación de los servicios de salud.

**Calidad de la Atención en Salud:** El sistema obligatorio de la garantía de la calidad de la atención la define como: “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tenga en cuenta los recursos disponibles y lograr la adhesión y satisfacción del usuario”.

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

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


### 5. MARCO LEGAL

**Decreto 1011 de 2006:** Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

Guía Básica para la Implementación de las Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud 2007.

**Resolución 2003 de 2014:** “Sistema Único de Habilitación

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	2.0	3

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL  DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA  NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO:  HSP-AC-PC-POL01  13/05/2019  2.0</b>
	<b>PROCESO:GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	
	<b>PROCEDIMIENTO:PLANEACIÓN DE LA CALIDAD</b>	
<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: POLITICA DE CALIDAD</b>		

**Resolución 2082 del 29 de Mayo de 2013.**

**Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia, versión 3.1**

## 6. DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA


*“La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito se compromete a implementar, evaluar y mejorar los procesos de la Institución a través de la gestión eficaz, eficiente y efectiva, de la aplicación de técnicas, herramientas y actividades que promuevan una cultura de mejoramiento continuo, la gestión del riesgo y el logro de estándares superiores de Calidad, impactando positivamente en la satisfacción del usuario, sus familias y demás partes interesadas “.*

## 7. ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

La aplicación de esta política impulsa las siguientes acciones:

- -Aplicar un enfoque consistente a toda la organización para la mejora continua contemplando los conceptos básicos.
- -Suministrar a todos los miembros de la organización una formación apropiadas sobre los métodos y herramientas de mejora continua, tales como:
  - . Análisis y solución de problemas
  - .Diagrama Ishikawa o espina de pescado (Espina de pescado)
  - .Lluvia de ideas
  - .Formulación de planes de mejoramiento
  - . Entre otros.
- Realizar seguimiento al desempeño de los procesos que permita a través de indicadores y metas propuestas; asegurar la continuidad, sostenibilidad y mejora de los resultados.

FECHA:	Elaboración: 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	2.0	4

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL  DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA  NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO:  HSP-AC-PC-POL01  13/05/2019  2.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	<b>PROCEDIMIENTO:</b> PLANEACIÓN DE LA CALIDAD	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> POLITICA DE CALIDAD	

## 8. INDICADORES Y METAS

INDICADOR	FÓRMULA	META
Oportunidad en el reporte de informes	Número de informes reportados oportunamente/ Total de informes a reportar* 100	100%
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.*100	>90%
% de cumplimiento de las estrategias y las actividades del programa de humanización.	Estrategias y actividades de humanización cumplidas en el periodo/Total de estrategias y actividades programadas	>90%
Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	> o igual a 1.20.
% de participación en programa de gestión ambiental	Porcentaje de participación de los estudiantes en las actividades del programa de gestión ambiental/ Total de actividades programadas para los estudiantes*100	100%

## 10. ANEXOS

Procedimiento de mejoramiento

## 11. RESPONSABLES

Gerente  
Líder Oficina de Calidad  
Subgerencias  
Coordinadores de servicios asistenciales y administrativos.

FECHA:	<b>Elaboración:</b> 2008	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	<b>Modificación:</b> 13/05/2019	Acta No. 003 del 13/05/2019 Comité Gestión de Garantía de la Calidad	Resolución No.180 13/05/2019	2.0	5