

MANUAL DE CALIDAD



HOSPITAL MENTAL
Rudesindo Soto



HOSPITAL MENTAL
Rudesindo Soto

ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

GESTION DE CALIDAD

CODIGO: ME-GC-PA-M-01

MANUAL DE CALIDAD


Versión

01

Página

2 de 30

MANUAL DE CALIDAD

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>				
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>				
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>				
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	<table border="1"> <tr> <td><i>Versión</i></td> <td style="text-align: center;"><i>01</i></td> </tr> <tr> <td><i>Página</i></td> <td style="text-align: center;"><i>3 de 30</i></td> </tr> </table>	<i>Versión</i>	<i>01</i>	<i>Página</i>
<i>Versión</i>	<i>01</i>				
<i>Página</i>	<i>3 de 30</i>				

1. INTRODUCCION

La Empresa Social del Estado HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO, es una institución de orden departamental que presta servicios a la comunidad desde el 24 de agosto del año 1942, pero se convirtió en empresa social del estado mediante ordenanza 060 del 29 de diciembre de 1995 aprobada por la HONORABLE asamblea el departamento de Norte de Santander, Conformándose en una entidad descentralizada del orden Departamental con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita al Instituto Departamental de Salud.

La Empresa Social del Estado Hospital Mental Rudesindo Soto, es la única institución de orden Departamental de mediana complejidad, que presta sus servicios de atención especializada en psiquiatría y salud mental al Departamento de Norte de Santander, cuenta con un equipo humano altamente calificado y tecnología apropiada que garantiza la atención de los usuarios.

El presente manual tiene como finalidad describir el Sistema de Gestión de Calidad implementado por el **HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO**, para el aseguramiento de la calidad en sus productos y servicios, cumpliendo con los estándares de calidad de la Normas Técnicas de SOGC del Ministerio de la Protección social

También contiene información sobre nuestra entidad, el alcance, control y distribución de este documento, la información sobre los procesos de la entidad, así como la referencia a los Procedimientos y Registros que exige el Sistema de Gestión de Calidad.


Este Manual es propiedad del Hospital Mental Rudesindo Soto y tiene carácter confidencial, por lo cual no podrá ser reproducido por ningún medio, total o parcialmente, sin autorización expresa y por escrito de la Dirección del mismo.

El Sistema de Gestión de la Calidad que aquí se describe está de acuerdo con las exigencias del SOGC ESTABLECIDOS en el Decreto 1011 del 2010, resoluciones 1043, 1445, 1446 y 1315 del 2006, y demas normas que se actualicen

El Manual de Calidad se encuentra a disposición de todos los usuarios, servidores y partes interesadas en nuestro Sistema de Gestión de Calidad como guía fundamental para el buen entendimiento de la estructura, composición y compromiso de la entidad, en el aplicativo Calidad.

Define la política, los objetivos y la responsabilidad del Sistema de Gestión de Calidad; contiene todos los Procesos, procedimientos y directrices relacionados, como también los formatos de registro, guías de trabajo e instructivos que deben y/o pueden requerirse en la gestión.

2. RESEÑA HISTORICA


 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>				
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>				
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>				
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	<table border="1"> <tr> <td><i>Versión</i></td> <td style="text-align: center;"><i>01</i></td> </tr> <tr> <td><i>Página</i></td> <td style="text-align: center;"><i>4 de 30</i></td> </tr> </table>	<i>Versión</i>	<i>01</i>	<i>Página</i>
<i>Versión</i>	<i>01</i>				
<i>Página</i>	<i>4 de 30</i>				

El estigma de los “**seres extraños**”, “**casi diabólicos**”, que por muchos años sufrieron los enfermos mentales en casi todas las naciones de mundo, no escapó a los que nacieron en esta región colombiana. A principios de este siglo quienes padecían de algún trastorno mental, eran relegados y tenían como vivienda la cárcel. **En 1908** los altruistas de la época, comenzaron a pensar que este grupo humano debían tener un espacio propio donde sobrellevar su difícil destino y empezaron a presionar a las autoridades para que les proporcionaran un lugar especial, **más como una respuesta** a un problema de carácter “**social**” que a un problema de salud. A este clamor el concejo de Cúcuta, da una respuesta positiva y en una de sus sesiones, aprueba una partida de 5 mil pesos oro para construir un **establecimiento solo para enfermos mentales**, al que inicialmente denominaron “**asilo de locos**”. Mientras se deciden los por menores de la construcción, se acondiciona **una casa en la Av.2 entre Calle 15 y 16 para atender a los afectados**. Para **1939** el edificio aun no se había terminado, esto llevó a **Rudesindo Soto**, hombre de gran espíritu social, a comprometerse directamente en la conclusión de la obra. La misma se levantaría en un lote de 10 mil metros cuadrados, ubicado al suroeste de la ciudad.

En 1940 el naciente Hospital Mental era ya realidad, pero solo se da al servicio en 1942. Esta nueva demora impidió que Rudesindo Soto lo viera en funcionamiento, ya que la muerte le sorprendió en 1941. Su esposa Amelia Meoz de Soto, fiel al deseo de su compañero culmina su labor donando el título de la construcción. La apertura del Hospital se logró en un arranque del Dr. Miguel Roberto Gálviz, quien el 24 de Agosto de 1942, trasladó todos los enfermos que se encontraban en Puente Barco. Dos años después la Asamblea del Departamento pone fin a este impase, aprobando una ordenanza que organiza jurídicamente el ente. La norma reglamentada por los diputados los clasifica como Institución Social Manicomio Departamental Rudesindo Soto (en honor a su benefactor), nombra como primer director al médico Félix Villamizar y destina un aporte de un peso para alimentos y treinta centavos para la compra de drogas. Dos hermanas de la caridad, Luisa San Diego y Julia del Carmen, acompañada por la Madre Francisca de Sales, se unen a la directiva para comenzar un encomiable tarea.

En 1955, por ejemplo, Rolando Garnica, empieza a utilizar electroshock entre los pacientes. Antes de la llegada de este equipo, a los enfermos agitados, se les trataba con choque con base en insulina o cardiazol. En 1961 se inician las transformaciones con el Dr. Carlos González, quien asume la dirección, aparecen medicamentos, y se empieza a reorganizar la atención médica.

Sus conocimientos como psiquiatra y sus conceptos cambiarían sustancialmente las acciones del establecimiento. Para empezar, logró cambiarle el singular nombre que tenía, por el de Hospital Mental Rudesindo Soto (que aun conserva), acabar el “Instituto Social Manicomio Departamental” significó comenzar a mirar de manera más humana a quienes el destino les negó el equilibrio mental parcial o totalmente. Con él se abre también, la consulta externa y asistencia social, la ciudadanía se vuelve mas receptiva a los enfermos mentales. Sólo hasta este momento se empiezan a abrir registros personales para los pacientes, pues hasta la fecha la información se llevaba en cuadernos en consolidado y no especificaba lo relacionado al trastorno mental.

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>				
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>				
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>				
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	<table border="1"> <tr> <td><i>Versión</i></td> <td style="text-align: center;"><i>01</i></td> </tr> <tr> <td><i>Página</i></td> <td style="text-align: center;"><i>5 de 30</i></td> </tr> </table>	<i>Versión</i>	<i>01</i>	<i>Página</i>
<i>Versión</i>	<i>01</i>				
<i>Página</i>	<i>5 de 30</i>				

Durante los años 70 el Dr. Carlos Castro Hernández, establece otras profesiones de salud, como terapia ocupacional, trabajo social, psicología y bacteriología. Las condiciones de Hospitalización y Consulta Externa mejoraron.

El Hospital Mental Rudesindo Soto, se convirtió en empresa social del estado mediante Ordenanza No. 060 del 29 de Diciembre de 1.995, aprobada por la Honorable Asamblea del Departamento Norte de Santander

3. PROPOSITO, CONTROL Y DIVULGACION, ALCANCE

3.1 PROPOSITO


- ✓ Documentar e implementar el Sistema de Gestión de Calidad del hospital Mental Rudesindo SOTO, Mediante la adopción de los Procesos estratégicos, Misionales y de apoyo identificados y definidos por las diferentes áreas de la Institución.
- ✓ Este Manual describe las disposiciones adoptadas por El Hospital Mental para cumplir las políticas, objetivos, requisitos legales, contractuales y normativos relacionados con la calidad así como los requisitos exigidos en los estándares de Acreditación Decreto 1011 del 2006 (**Requisitos superiores de Calidad, establecidos en la resolución 1445 de 2006 del Ministerios de la Protección Social**)
Describe los diferentes elementos que conforman nuestro sistema de Gestión de calidad agrupados en las cuatro actividades básicas relacionadas con el ciclo de mejoramiento continuo planear, Hacer, verificar y Actuar (PHVA).
- ✓ Así mismo el Manual busca que se conozca el compromiso adquirido por la Alta Gerencia respecto a la seguridad y satisfacción de sus usuarios.

3.2 CONTROL Y DIVULGACION: El manual de Gestión de Calidad es parte fundamental de la estructura documental del Sistema de Gestión de Calidad del Hospital Mental, así mismo describe de forma general como se da cumplimiento a los requisitos aplicables a la institución de acuerdo a lo establecido en el SOGC.

El Manual entra en vigencia, una vez revisado y aprobado según lo definido en el Procedimiento de “Elaboración y Control de Documentos”. Y debe estar disponible de acuerdo a lo establecido en el Manual de Comunicaciones y Plan de Medios de la Institución.

3.3 ALCANCE

El Sistema de Gestión de Calidad está implementado en todas las áreas del Hospital Mental Rudesindo Soto y cumple con los requisitos establecidos en el

	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>	
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>	
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>	
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	<i>Versión</i>
	<i>Página</i>	<i>6 de 30</i>

(Decreto 2309/02 , decreto 1011 del 2006 y Ley 1122 de 2007,Resoluciones 1439/02, 86/03, Ley 872/03 y Circular 015/03 y las resoluciones 1445, 1446 del 2006,) en la El alcance da cubrimiento a todos los Procesos y Procedimientos de la Entidad realizados en el ámbito de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación.

4. COMPROMISO DE LA GERENCIA

La Alta dirección del Hospital Mental Rudesindo Soto hace expreso y publico su compromiso con el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad como una herramienta de mejora.

Para tal efecto se adoptan e implementan los distintos documentos del proceso tales como : Mapa de Procesos, Políticas de Calidad y objetivos de calidad, Política de seguridad, Organigrama de la Institución, Manual de calidad, fichas de caracterización, Manual de funciones, Manual de Procesos y Procedimientos, Manual de Protocolos, Guías de Manejo, Planes, Instructivos y formatos entre otros.

En Consecuencia manifestamos nuestra disponibilidad para suministrar los recursos que sean necesarios para la implementación, mantenimiento y mejora permanente del Sistema de Garantía de calidad.

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

5. MISIÓN

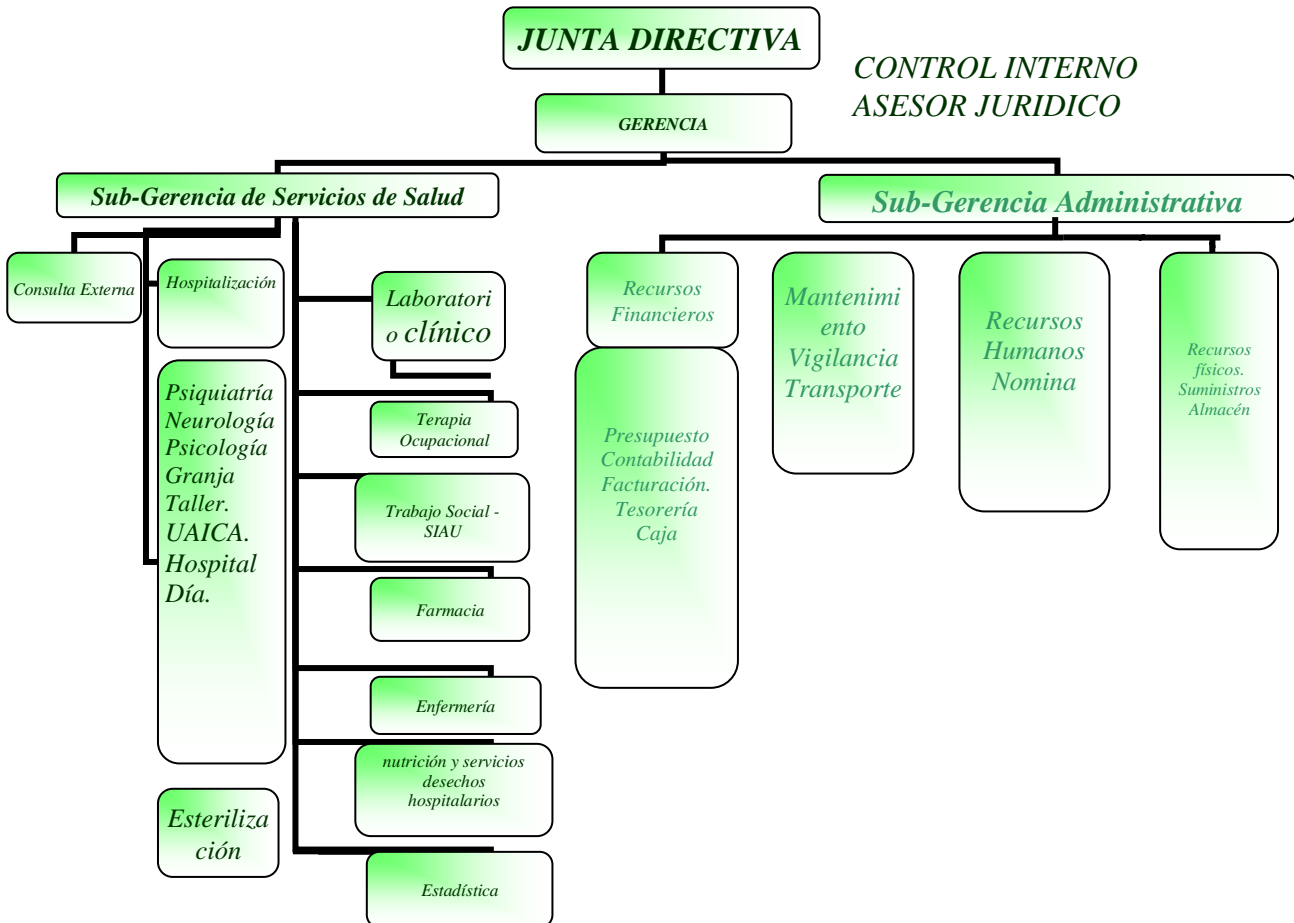
Prestar atención integral especializada en salud mental, mediante acciones preventivas, de tratamiento y rehabilitación socio laboral.

6. VISIÓN

Contribuir a que nuestros usuarios de salud mental, su familia y la comunidad sean más constructivos y fortalecidos para una mejor calidad de vida, una convivencia pacífica y con satisfacción plena con nuestros servicios.


	ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
	GESTION DE CALIDAD	
	CODIGO: ME-GC-PA-M-01	
	<i>Versión</i>	01
MANUAL DE CALIDAD		<i>Página</i>
		7 de 30

7. ESTRUCTURA y ORGANIGRAMA



8. OBJETIVOS INSTITUCIONALES

- ✘ **Objetivo General Financiero:** Mejorar la eficiencia y eficacia en el manejo de recursos para conseguir y mantener el equilibrio financiero de la entidad.
- ✘ **Objetivo General administrativo:** Mejorar la eficiencia y eficacia en el desempeño de la gestión administrativa
- ✘ **Objetivo General de Gestión de la Calidad:** Adoptar, implementar y mantener los estándares de calidad en excelencia en la prestación de servicios de la entidad.

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>	
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>	
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>	
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	<i>Versión</i> <i>01</i>
		<i>Página</i> <i>8 de 30</i>

- ✘ **Objetivo General de Seguridad del Paciente:** Garantizar el cumplimiento de la política hospital seguro en el desarrollo de la misión institucional.
- ✘ **Objetivo General académico-científico:** Fortalecer y propiciar el desarrollo científico y la investigación institucional, mediante la ejecución eficiente de los convenios Docencia Servicio.

9. CODIGO DE ETICA

El Hospital Mental Rudesindo Soto estableció como Prioridad la práctica de los valores éticos, con el objeto de lograr un clima y una cultura organizacional excelente y una mejor atención del usuario.

El código de ética se convertirá en adelante en la guía de los servidores públicos del Hospital, interiorizando bases sólidas para el comportamiento laboral en la institución.

Es de anotar que frente al desarrollo de la de la visión, misión, objetivos, la política de calidad y la transparencia de los actos, este código es la Herramienta fundamental y de estricto cumplimiento en las gestiones administrativas y en los procedimientos asistenciales que se ejecutan en la institución.


Los valores son conductas o normas consideradas como deseables, cualidades de todos los seres humanos para acondicionar el mundo a nuestras vidas y poder adaptarnos en cualquier lugar.

Actuamos con rectitud, transparencia y legalidad ante todos los demás y con todos los asuntos que manejamos, demostrando amor por la verdad y profundo respeto hacia los compromisos y responsabilidades adquiridas.

Interactuamos con respeto y consideración profunda, promoviendo el logro de los objetivos personales e institucionales en forma eficaz.

Por lo tanto pensamos permanentemente en nuestros clientes, trabajando en equipo en búsqueda de la construcción compartida de mejores resultados y nos orientamos por los siguientes valores:

- ✓ CALIDAD
- ✓ RESPONSABILIDAD
- ✓ MOTIVACION
- ✓ HONESTIDAD
- ✓ EQUIDAD
- ✓ RESPETO
- ✓ TOLERANCIA
- ✓ CORTESIA
- ✓ Igualdad
- ✓ Solidaridad

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>	
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>	
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>	
	<i>Versión</i>	<i>01</i>
	<i>Página</i>	<i>9 de 30</i>

✓ Dialogo

10. PRODUCTOS Y SERVICIOS

URGENCIAS

CONSULTA EXTERNA

Psiquiatría y Psicología
Neurología
Fonoaudiología
Terapia Ocupacional
Laboratorio Clínico General
Electroencefalograma
Programa psiquiatría infanto-juvenil

PRGRAMAS EXTRAMURALES:

Promoción y prevención
Atención a la tercera edad


HOSPITALIZACION : En :Psiquiatría y farmacodependencia

11. CLIENTES Y POBLACION A ATENDER

- IDS: POBLACION POBRE Y VULNERABLE. 3%
- IDS: POBLACION DESPLAZADA. 1%
- IDS: POBLACION INIMPUTABLE 1%
- EPS CONTRIBUTIVAS: POBLACION REGIMEN CONTRIBUTIVO. 15 %....
- EPS SUBSIDIADAS: POBLACION REGIMEN SUBSIDIADO: 75%
- REGIMENES ESPECIALES: POLICIA-EJERCITO ETC.: 5%

12. PARTES INTERESADAS

- ✓ IDS
- ✓ EPS (SUBSIDIADAS. contributivas)
- ✓ EMPRESAS PRIVADAS
- ✓ ASEGURADORES EN SALUD
- ✓ Organismos de Vigilancia Y Control
- ✓ Medios de Comunicación
- ✓ Población en General

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>				
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>				
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>				
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	<table border="1"> <tr> <td><i>Versión</i></td> <td style="text-align: center;"><i>01</i></td> </tr> <tr> <td><i>Página</i></td> <td style="text-align: center;"><i>10 de 30</i></td> </tr> </table>	<i>Versión</i>	<i>01</i>	<i>Página</i>
<i>Versión</i>	<i>01</i>				
<i>Página</i>	<i>10 de 30</i>				

13. SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

13.1 GENERALIDADES

La Entidad ha establecido un sistema de gestión de la calidad en el que se contempla lo siguiente:

- ✓ Los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad y su aplicación se han definido en el Mapa de procesos y son los identificados como: Direccionamiento Estratégico, Misionales, y de apoyo
- ✓ La secuencia e interacción de estos procesos se muestra en el documento identificado como “Caracterización de procesos”, de los que se dispone de uno (1) por cada uno de los procesos. (Ver anexos). Para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos son eficaces, se han definido los indicadores contenidos en la Matriz de Indicadores” (Ver anexos). Estos también son los mecanismos con los cuales se mide el alcance de los resultados planificados, se efectúa la medición y análisis de cada uno de los procesos y se garantiza su mejora continua.
- ✓ EL PAMEC. Plan de mejoramiento de la Calidad el cual se elabora en base a los estándares de ACREDITACIÓN ESTABLECIDOS EN EL SOGC. (ANEXOS)


13.2 POLITICA DE CALIDAD

BRINDAR A LOS USUARIOS SERVICIOS EN SALUD MENTAL INTEGRAL CON
ESTANDARES DE EXCELENCIA EN CALIDAD, MEDIANTE EL MANEJO
EFICIENTE DE LOS RECURSOS , RESPETANDO LA DIGNIDAD HUMANA Y
CONTRIBUYENDO A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE SUS USUARIOS.

13.3 OBJETIVOS DE CALIDAD

El Hospital Mental Rudesindo Soto, contempla los siguientes objetivos de calidad:

- ✓ Fortalecer la Gestión del Hospital Mental Rudesindo Soto a través de la implementación y la sostenibilidad del SOGC, manteniendo los estándares De calidad y el Planteamiento del Mejoramiento continuo en pro de la satisfacción de los usuarios y la minimización de riesgos.
- ✓ Optimizar los Procesos de La Institución, estableciendo mecanismos de gestión que garanticen el mejoramiento continuo.
- ✓ Mejorar el grado de oportunidad en la prestación de los servicios al cliente.
- ✓ Mejorar el desempeño del personal.
- ✓ .Generar información confiable, oportuna y de fácil comprensión.

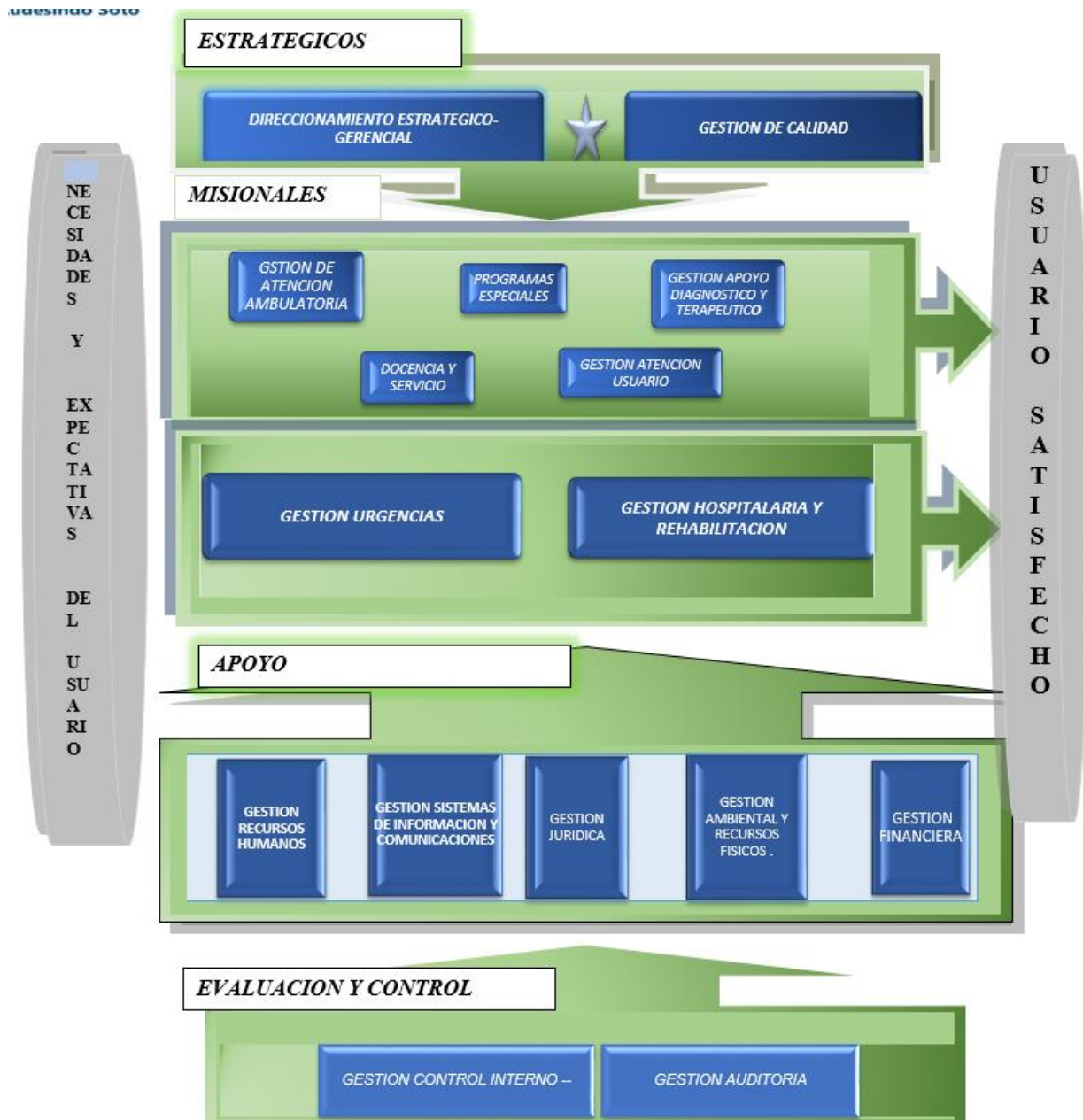
	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>	
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>	
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>	
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	<i>Versión</i>
	<i>Página</i>	<i>11 de 30</i>


- ✓ Fortalecer y ejecutar planes y programas de capacitación dirigidos al desarrollo integral del talento humano con el fin de promover y mantener las competencias en el ejercicio de la gestión humana.
- ✓ Definir Políticas de seguridad de atención: garantizando Un Hospital Seguro para la prestación de servicios.
- ✓ Prevenir fallas en la prestación de los servicios.
- ✓ Mejorar la eficiencia y efectividad de las servicios ofertados
- ✓ Mejorar la continuidad en la atención

13.4 MAPA DE PROCESOS

El Hospital Mental Rudesindo Soto adoptó el Mapa de Procesos (Ver anexo 2), esquema que integra los Procesos de la Entidad y su interacción dentro del Sistema de Gestión de Calidad, de conformidad con los requisitos del SOGC.

Anexo 2



 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>				
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>				
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>				
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	<table border="1"> <tr> <td><i>Versión</i></td> <td style="text-align: center;"><i>01</i></td> </tr> <tr> <td><i>Página</i></td> <td style="text-align: center;"><i>13 de 30</i></td> </tr> </table>	<i>Versión</i>	<i>01</i>	<i>Página</i>
<i>Versión</i>	<i>01</i>				
<i>Página</i>	<i>13 de 30</i>				

14. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD:

Para llevar a cabo la implementación del SOGC y su posterior mantenimiento, la Gerencia expide la Resolución _____ por medio del cual se estableció el Comité de Calidad y modificado por En donde se establece quienes son los integrantes del Comité de Calidad y Acreditación y se definen sus responsabilidades y funciones, las cuales se transcriben:


14.1 INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CALIDAD Y ACREDITACION:

- Gerente
- Subgerente de Servicios de Salud.
- Sugerente Administrativo
- Asesor de talento humano
- Coordinadora de Enfermería
- Líder de Calidad
- Jefe o Coordinador de Control Interno
- Secretaria General.
- Secretaria de Subg. de salud (Quien hará de secretaria del comité)
- Enfermera Profesional.
- Bacteriólogo
- Representante de profesionales de salud.

14.2 FUNCIONES DEL COMITÉ DE CALIDAD:

El comité de calidad y acreditación tendrá las siguientes responsabilidades:

- Definir las Políticas de Calidad que permitan el cumplimiento de los estándares de acreditación y los planes de mejoramiento institucional.
- Establecer los objetivos y estrategias para la aplicación de la política de calidad.
- Planear e implementar el sistema de gestión de calidad
- Determinar, los recursos técnicos, humanos y financieros para el desarrollo, continuidad y mejoramiento del sistema de gestión de calidad a través del cumplimiento de los planes de mejoramiento establecidos en el PAMEC.
- Definir os Indicadores de gestión y resultados para el seguimiento del sistema de gestión de calidad.
- Estudiar, aprobar, implementar y evaluar los proyectos presentados por el líder de calidad para el cumplimiento del sistema obligatorio de garantía de calidad.
- Revisar y Aprobar la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad
- Colaborar con la Alta Gerencia en la implantación del Plan de Calidad.
- Colaborar en el diseño del sistema de gestión de la calidad de los procesos.

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>				
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>				
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>				
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	<table border="1"> <tr> <td><i>Versión</i></td> <td style="text-align: center;"><i>01</i></td> </tr> <tr> <td><i>Página</i></td> <td style="text-align: center;"><i>14 de 30</i></td> </tr> </table>	<i>Versión</i>	<i>01</i>	<i>Página</i>
<i>Versión</i>	<i>01</i>				
<i>Página</i>	<i>14 de 30</i>				

- Asegurarse de que se establecen, implantan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad.
- Identificar y analizar aquellos problemas detectados, secundarios a las interacciones entre procesos, y que pudieran afectar al cumplimiento de los requisitos de calidad, proponiendo en su caso posibles mejoras.
- Analizar la evolución de los indicadores del PAMEC así como el desempeño del sistema de gestión de la calidad en su conjunto y proponer en su caso líneas de actuación mediante informes periódicos A LA alta gerencia
- Colaborar en la elaboración y actualización del mapa de procesos del hospital.
- Detectar necesidades de formación y colaborar en el desarrollo del programa de formación necesario para la implantación del Plan de Calidad y, más concretamente, del sistema de gestión de la calidad para los procesos.
- Promover el desarrollo e implantación de sistemas de información de los procesos para la realización, entre otras, de las siguientes actividades:
 - valoración de la eficacia del PROGRAMA HOSPITAL SEGURO
 - Establecer pautas para la elaboración y difusión de “guías de Manejo

14.3 FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE CALIDAD:

El comité de calidad se reunirá por lo menos una vez bimestralmente o por convocatoria del gerente o del líder de calidad o por solicitud de la mayoría de los miembros el comité.

A las reuniones pueden asistir funcionario o personal de la entidad o externas invitados por el Gerente o el líder de calidad.


También asisten al comité los líderes de los diferentes equipos de evaluación de la entidad conformados para el proceso de autoevaluación y desarrollo de los planes de mejoramiento.

En todas las reuniones se levantará acta suscrita por el líder de calidad.

En ausencia del Gerente y el Líder de calidad el comité será presidido por el Subgerente DE SERVICIOS de salud o subgerente Administrativa.

14.4 FUNCIONES DEL GERENTE EN EL COMITÉ DE CALIDAD:

- Presidir el Comité de Calidad.
- Evaluar regularmente el progreso del PAMEC.
- Aprobar anualmente un informe de progreso del PAMEC.
- Establecer las medidas que considere oportunas para el avance del PAMEC, así como los ajustes necesarios en las líneas de actuación y los objetivos planteados. esto se traducirá en la aprobación de las acciones encaminadas a la consecución de los objetivos de la calidad y asignación de los recursos necesarios para llevarlos a cabo.


 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>	
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>	
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>	
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	<i>Versión</i> <i>01</i>
		<i>Página</i> <i>15 de 30</i>

- Establecer los mecanismos de comunicación en el hospital que permitan la implantación eficaz del sistema de gestión de la calidad a través del PAMEC , así como sus modificaciones como consecuencia de la mejora del Proceso .
- Promover la evaluación regular de la satisfacción de los Usuarios externos. Promover la evaluación regular de la satisfacción de las Usuarios internos de la institución.
- Establecer la política de calidad.
- Aprobar el Mapa de procesos de la organización y designar a los responsables de proceso, a los que se instará para que establezcan un sistema de gestión de la calidad de su proceso.
- Promover la realización de auditorías internas de los procesos con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad y detectar oportunidades de mejora.
- Promover la realización de autoevaluaciones siguiendo el modelo SOGC-ACREDITACION, RESOLUCION 1445 DE 2006 a nivel de los procesos y de toda la organización con el fin de Desarrolle los planes de mejoramiento anuales.
- Analizar los resultados que presenta el Líder de Calidad de la satisfacción de los Usuarios externos, así como de las auditorías internas y externas de los procesos, y efectuar con una periodicidad mínima anual la revisión del sistema de gestión de la calidad y el planteamiento de objetivos de mejora.
Analizar, priorizar y establecer los recursos necesarios para implantar los Planes de Mejoramiento acordados tras la Revisión de los estándares de acreditación por el Comité de calidad y líderes de autoevaluación
- Aprobar el desarrollo e implantación de cualquier otra herramienta que contribuya al objetivo estratégico de calidad total y, más concretamente a los objetivos del PAMEC.

14.5 LIDER DE CALIDAD:

El Líder de Calidad será designado por El gerente de la entidad, hecho que debe constar en acta de reunión. O resolución de nombramiento. Quien tendrá las siguientes responsabilidades:

1. Dirigir y presentar al comité de calidad el proyecto de diseño y mejora del sistema Obligatorio de Garantía de calidad.
2. Definir e implementar y rediseñar los procesos necesarios para el funcionamiento del sistema obligatorio de garantía de calidad.
3. Aplicar los indicadores de gestión y resultados para el seguimiento del sistema obligatorio de garantía de calidad
4. Informar al Comité de calidad sobre el desempeño del sistema obligatorio de garantía de calidad y del resultado de los planes de mejora.
5. Actualizar el PAMEC y medir su seguimiento .

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>				
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>				
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>				
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	<table border="1"> <tr> <td><i>Versión</i></td> <td style="text-align: center;"><i>01</i></td> </tr> <tr> <td><i>Página</i></td> <td style="text-align: center;"><i>16 de 30</i></td> </tr> </table>	<i>Versión</i>	<i>01</i>	<i>Página</i>
<i>Versión</i>	<i>01</i>				
<i>Página</i>	<i>16 de 30</i>				

6. Presentar informes periódicos a la gerencia y Comité de calidad del desarrollo del PAMEC. _ Apoyar al Equipo directivo en la planificación, desarrollo e implantación del Plan de Calidad.
7. _ Elaborar anualmente un informe del cumplimiento del PAMEC.
8. Desarrollar la estructura del sistema de gestión de la calidad para los procesos de la organización, y custodiar la documentación del mismo.
9. Diseñar y coordinar la realización de auditorías internas de los procesos.
10. Coordinar la realización de las encuestas de satisfacción de clientes y colaborar en la difusión de sus resultados.
11. Apoyar a los equipos de proceso en la implantación del sistema de gestión de la calidad de los procesos.
12. Apoyar a las Unidades para la realización de autoevaluaciones del PAMEC y para la elaboración, implantación y evaluación de planes de gestión.
13. Identificar, analizar e informar a la Dirección sobre aquellos problemas secundarios a las interacciones entre procesos detectados, y que pudieran afectar al cumplimiento de los requisitos de calidad, proponiendo en su caso posibles mejoras.
14. Promover y colaborar en el desarrollo de herramientas que contribuyan a la mejora del sistema de gestión de la calidad y a la consecución de los objetivos del Plan de Calidad.

15. PROCEDIMIENTOS GENERALES DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD


Los procedimientos generales que describen el control del Sistema de gestión de la Calidad de Ese Hospital Mental Rudesindo Soto son los siguientes:

1. Cumplimiento y Mantenimiento de Estándares de HABILITACION.
2. Implementación de estándares de acreditación con miras a la ACREDITACION en salud de la ESE.
3. Estructura Documental.
4. Control de Registros de Calidad.
5. Control de Productos No conformes -
6. Acciones Correctivas y Preventivas.
7. Auditorías Internas y Externas De calidad.
8. Desarrollo del PAMEC: Planes de Mejoramiento.

16. ESTRUCTURA DOCUMENTAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Los documentos que forman el Sistema de Gestión de la Calidad se incluyen en la siguiente figura, expresión de su disposición jerárquica:

La trazabilidad documental se garantiza porque todos los documentos del sistema se encuentran ligados al nivel inmediatamente superior al ser referenciados en el mismo o

	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>	
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>	
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>	
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	<i>Versión</i> <i>01</i>
		<i>Página</i> <i>17 de 30</i>

incluidos en forma de Anexo. El acceso a ellos en su versión informatizada será mediante hipervínculos.

A continuación se proporciona una definición genérica y se especifica el contenido mínimo del resto de documentos que forman el sistema junto con este Manual de la calidad.

El Proceso de gestión documental en la entidad está bajo responsabilidad de la Subgerencia Administrativa y Subgerencia de Salud en Coordinación con el Líder de Calidad, quienes establecen y ejecutan las actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo, control y organización de la documentación producida y recibida por el Hospital Mental Rudesindo Soto con el fin de facilitar su utilización y conservación, teniendo en cuenta las disposiciones legales vigentes en la materia.

Al mismo tiempo, la entidad cuenta con el MANUAL PARA ELABORAR Y CODIFICAR DOCUMENTOS, para determinar los parámetros de creación y/o actualización de documentos, alineados con la normatividad vigente y las directrices establecidas en el Hospital Mental Rudesindo Soto, Y EL MANUAL PARA ARCHIVO, MANEJO Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS.

Mediante este control de documentos se definen los controles necesarios para:
Aprobar documentos en cuanto a su adecuación antes de su divulgación

Revisar y actualizar documentos cuando sea necesario.

Asegurar que se identifiquen los cambios y el estado de revisión actual de los documentos.

Asegurar que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentren disponibles en los lugares de trabajo.

Asegurar que los documentos permanecen legibles y son fácilmente identificables.

Asegurar que se identifiquen los documentos de origen externo y que se controla su distribución.

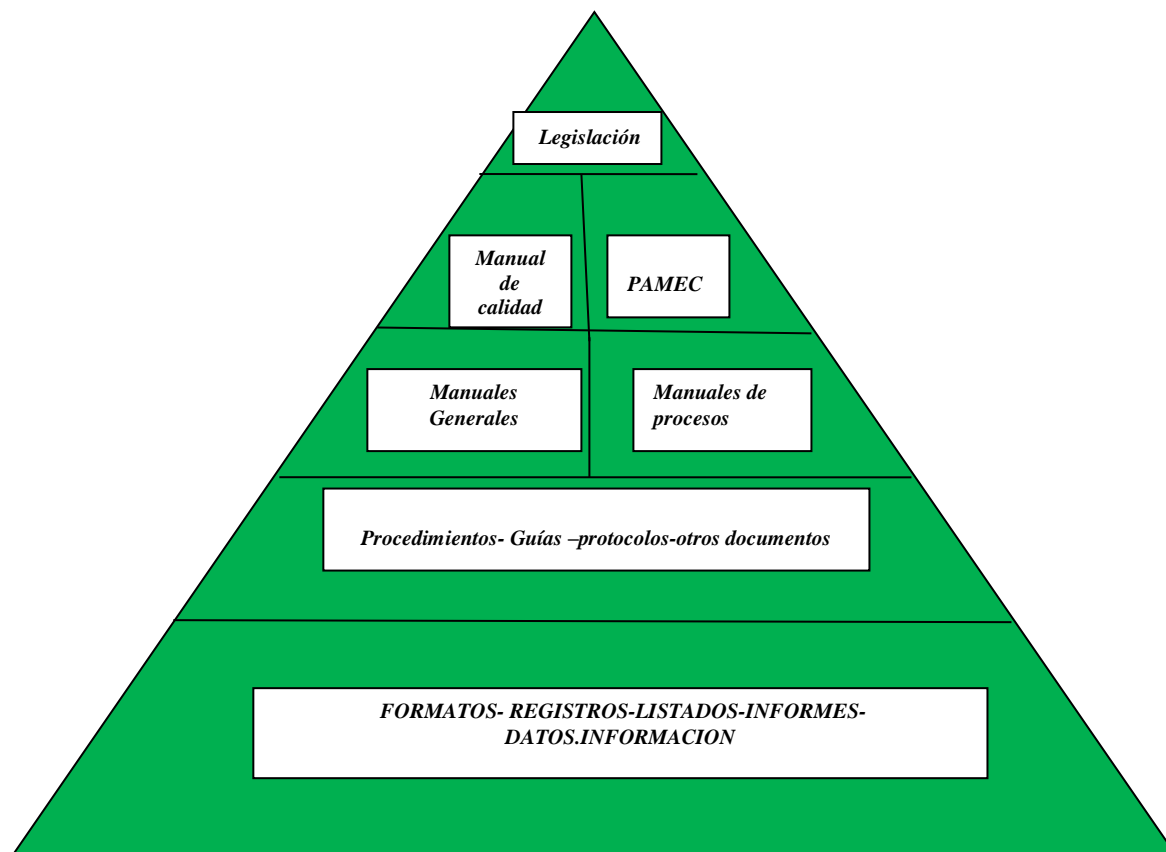
Evitar el uso no intencionado de documentos obsoletos, para aplicarles una identificación adecuada en el caso que se mantengan por cualquier razón.

Todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad son administrados por el Comité de Calidad EN CABEZA DEL LIDER DE CALIDAD, quien mantendrá la copia controlada de todos los documentos actualizados del sistema en “la Carpeta de Calidad” ubicada en el icono de Calidad HMRS y se encargará de actualizar periódicamente la información Y en medio físico en la carpeta debidamente marcada.

Por último, se ha establecido para el debido control de los documentos emitidos por el Hospital que éstos llevarán en la parte superior la fecha en la cual es emitido el documento, la versión vigente en el pie de página de cada documento EL RESPONSABLE DE SU DISEÑO, REVISION Y APROBACION, con el fin de mantener los registros originales y copias controladas bajo su custodia y garantizar así el debido control y manejo de los mismos.

La estructura para la documentación del Sistema de Gestión de Calidad se presenta en la siguiente figura:

	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>	
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>	
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>	
	<i>Versión</i>	<i>01</i>
	<i>Página</i>	<i>18 de 30</i>




La trazabilidad documental se garantiza porque todos los documentos del sistema se encuentran ligados al nivel inmediatamente superior al ser referenciados en el mismo o incluidos en forma de Anexo. El acceso a ellos en su versión informatizada será mediante hipervínculos.

A continuación se proporciona una definición genérica y se especifica el contenido mínimo del resto de documentos que forman el sistema junto con este Manual de la calidad.

17. REGISTRO, CONTROL DE LA DISTRIBUCIÓN Y MODIFICACIONES

Este manual se revisará y ajustará cada vez que la alta Gerencia lo determine, garantizando siempre la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de Calidad en el Hospital Mental y servirá como guía, consulta y aplicación por parte de todos los integrantes de la entidad.

Al mismo tiempo, y considerando que el Sistema de Gestión de Calidad es responsabilidad y compromiso de todos los funcionarios de la entidad, se estableció el Formato para solicitar y documentar los cambios que requieran los formatos para diligenciar Acciones Correctivas y/o preventivas y Oportunidades del Mejora al sistema. Estas solicitudes se evaluarán y aprobarán teniendo en cuenta el procedimiento de

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>				
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>				
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>				
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	<table border="1"> <tr> <td><i>Versión</i></td> <td><i>01</i></td> </tr> <tr> <td><i>Página</i></td> <td><i>19 de 30</i></td> </tr> </table>	<i>Versión</i>	<i>01</i>	<i>Página</i>
<i>Versión</i>	<i>01</i>				
<i>Página</i>	<i>19 de 30</i>				

aprobación de cambios respectivos y siguiendo las directrices planteadas en el proceso de Gestión documental.

Los cambios se evidenciarán en el Manual de Calidad, mediante un formato diligenciado y firmado en la parte inferior (distribución) por el responsable del Proceso y reconociendo los documentos obsoletos por medio de un sello identificado “Documento Obsoleto”, cuando se refiera a un documento físico. El registro, el control de la distribución y el control de las modificaciones está a cargo de I Comité de Calidad.

18. CONTROL DE REGISTROS DE CALIDAD

Todos los registros originales relacionados con el Sistema de Gestión de calidad permanecen en las carpetas de Calidad en la Oficina Del Líder de Calidad. Aquellos relacionados con la gestión de cada área y/o proceso se reposarán en los archivos de cada área respectivamente conforme a la normatividad vigente y dando cumplimiento a las directrices establecidas en el Manual de Control de documentos, garantizando su identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición final.

Al mismo tiempo se establece la Guía de Copias de Seguridad de la entidad con el fin de garantizar la protección de los registros electrónicos y de todos aquellos aplicativos que utiliza el Departamento Administrativo de la Función Pública en el desarrollo de sus actividades.

19. CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME


La Alta Gerencia asegura que el producto que no sea conforme con los requisitos, o estándares de calidad establecidos se identifica y se controla . Esta gestión se realiza en los procesos misionales a través de la aplicación del PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE NO CONFORMIDADES.

20. ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS:

En el Hospital Mental Rudesindo Soto se generan las acciones correctivas o preventivas para eliminar las causas de las no conformidades o las causas de eventos adversos o fallas en la atención presentados reales o potenciales de acuerdo al procedimiento establecido para tal fin.

1. Se debe identificar las no conformidades
2. Se debe identificar los eventos adversos o fallas en la atención
3. Determinar e implementar las acciones correctivas o preventivas necesarias
4. Registrar los resultados de las acciones adoptadas.
5. Determinar la eficacia de las acciones correctivas o preventivas implementadas.

21. AUDITORIAS INTERNAS y EXTERNAS

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>				
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>				
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>				
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	<table border="1"> <tr> <td><i>Versión</i></td> <td style="text-align: center;"><i>01</i></td> </tr> <tr> <td><i>Página</i></td> <td style="text-align: center;"><i>20 de 30</i></td> </tr> </table>	<i>Versión</i>	<i>01</i>	<i>Página</i>
<i>Versión</i>	<i>01</i>				
<i>Página</i>	<i>20 de 30</i>				

El gerente, aprueba el Programa de Auditorías internas, en el cual se relacionan los procesos a ser auditados y los funcionarios que participan en el, lo cual está definido EN EL proceso de auditorías interna de calidad del SOGC.

Las auditorías externas las desarrollan las diferentes ENTIDADES CONTRATISTAS de servicios y los entes de control, los cuales verifican el cumplimiento permanente de los requisitos de habilitación y acreditación según sea el caso, dejando planes e mejora para su posterior verificación. ES EL GERENTE y el líder de calidad los responsables de verificar el cumplimiento de los mismos.

Para medir el cumplimiento de estándares de Acreditación con miras a la acreditación en salud la ESE, PUEDE CONTRATAR PROGRAMA EXTERNO DE AUDITORIAS CON Icontec u otra entidad para el apoyo y permanente medición del proceso.

22. PAMEC INSTITUCIONAL: (ANEXO)

Este programa de auditorías Es de vital importancia para la Institución dentro del proceso de mejoramiento continuo frente a los estándares de acreditación ya que se busca la satisfacción de nuestros usuarios durante su proceso de atención ,con la mejora permanente de los resultados en el proceso de atención centrado en los usuarios, a través de procesos que aseguran la máxima eficiencia, eficacia y efectividad de las actividades y el control permanente de estos procesos críticos con análisis de los indicadores de gestión que nos permitan generar continuamente planes de mejora.

Mediante este programa se busca promover el autocontrol y realizar permanentemente y de manera continua todo tipo de acciones de auditoría que contribuyan con el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios salud mental , para así lograr mantenernos en el tiempo con unos usuarios fieles estableciendo una relación de beneficio mutuo con la satisfacción plena del usuario y rentabilidad para la empresa.


22.1 OBJETIVOS

22.2 OBJETIVO GENERAL: Intervenir con integralidad las barreras que impiden el cumplimiento de calidad esperada en los procesos priorizados como críticos del Hospital Mental Rudesindo Soto con un programa de auditoría para el mejoramiento continuo en búsqueda de la Excelencia en la prestación de servicios del Salud Mental en el Hospital de acuerdo con la Misión, visión y valores institucionales.

23. RESPONSABILIDAD DE LA GERENCIA

23.1 ENFOQUE AL CLIENTE

Los objetivos de calidad establecidos por Hospital Mental están enfocados a satisfacer no sólo las necesidades de los clientes externos, sino de los clientes internos y de las partes interesadas (Sociedad, Proveedores, Organismos de Vigilancia y control y medios de comunicación).

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>				
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>				
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>				
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	<table border="1"> <tr> <td><i>Versión</i></td> <td><i>01</i></td> </tr> <tr> <td><i>Página</i></td> <td><i>21 de 30</i></td> </tr> </table>	<i>Versión</i>	<i>01</i>	<i>Página</i>
<i>Versión</i>	<i>01</i>				
<i>Página</i>	<i>21 de 30</i>				

Los temas relacionados a la identificación de necesidades, soluciones de inquietudes definición de recursos e idoneidad del personal son contemplados dentro de los Planes de Mejoramiento Institucional (PAMEC) , En el Plan operativo Anual y plan de Gestion.

23.2 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN

La responsabilidad por el Sistema de Gestión de Calidad en el Hospital Mental Rudesindo Soto es compartida Con la Junta Directiva, Gerente y Subgerentes de la entidad, representado en el Comité de Alta Gerencia. Para facilitar su ejecución se ha designado al Subgerente de Servicios de salud como Líder de Calidad, para ejercer la coordinación del Sistema.

El Gerente asegura a través del Comité de Calidad la comprensión y el compromiso de los Funcionarios por medio de la asistencia de los Jefes y coordinadores de área, quienes a su vez se comprometen a la comunicación adecuada del Sistema de Gestión de la Calidad a sus respectivos grupos de trabajo.

Al mismo tiempo, la Gerencia ha establecido canales de comunicación efectivos por medio del PLAN DE MEDIOS DEL HOSPITAL MENTAL aprobado (anexo).

El comité de Calidad es el responsable por la implementación apropiada y oportuna del Sistema de Gestión de la Calidad y tiene además la autoridad para asegurar su efectiva continuidad.

23.3 SUPERVISION DE LA GERENCIA


La Gerencia del Hospital Mental realiza una revisión periódica del avance y los resultados del Sistema de Gestión de la Calidad, ,analizando los resultados que arroja el Proceso de Medición y análisis, evaluando los avances del Sistema PAMEC y Sistema Estadística y realizando reuniones periódicas con los líderes de procesos durante los Comités Directivos.

24. GESTIÓN DE LOS RECURSOS

24.1 PROVISIÓN DE LOS RECURSOS

La Junta Directiva y El Gerente del Hospital Mental Rudesindo Soto, son responsables de asignar los recursos que sean necesarios para la implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

El Gerente es responsable de asegurar que dichos recursos sean incluidos dentro de los presupuestos de la Entidad.

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>				
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>				
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>				
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	<table border="1"> <tr> <td><i>Versión</i></td> <td style="text-align: center;"><i>01</i></td> </tr> <tr> <td><i>Página</i></td> <td style="text-align: center;"><i>22 de 30</i></td> </tr> </table>	<i>Versión</i>	<i>01</i>	<i>Página</i>
<i>Versión</i>	<i>01</i>				
<i>Página</i>	<i>22 de 30</i>				

25. GESTION DE TALENTO HUMANO

La Entidad garantiza, a través Del grupo de Talento Humano, el cumplimiento de los procesos de Selección, vinculación, evaluación del Recurso Humano en función de los requisitos de Educación, Experiencia, Formación y habilidades requeridas para el mejor desempeño de los funcionarios y para mantener los estándares de calidad que se establecen en los Procedimientos del Proceso de Gestión de Talento Humano.

El Líder del Proceso de Talento Humano establece el programa de capacitación, en el cual se trabajen aspectos y oportunidades de capacitación y desarrollo de competencias.

Junto con el Líder de Calidad y el comité de calidad, se realizan actividades de sensibilización en el SOGC, dirigidos a todo el personal de acuerdo al alcance establecido con el fin de asegurar la toma de conciencia sobre:

- IMPRTANCIA DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD.
- APORTE QUE REALIZAN CON SU TRABAJO AL CUMPLIMINETO DE LA POLITICA DE CALIDAD Y OBJETIVOS DE CALIDAD.
- SU CONTRIBUCION A CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DEL CLIENTE
- SU COMPROMISO CON EL MEJORAMIENTO CONTINUO.

26. GESTION DEL AMBIENTE FISICO

El hospital Mental Rudesindo Soto, asegura la permanente revisión y el mantenimiento de los estándares de gestión del ambiente físico , gestión de la tecnología, gestión tecnológica y de información, realizando el seguimiento permanente a través de los procesos , de tal manera que permitan brindar atención oportuna, segura, permanente y garantizar la capacidad operativa.

A través del Proceso de Gestión tecnológica y de información se establece la configuración necesaria requerida para mantener la continuidad en la prestación de servicios y para determinar la renovación equipos y actualización de los mismos.


De igual manera Con el MANUAL DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIOS y los procesos de Gestión del ambiente físico, las instalaciones mantienen la infraestructura, suministro y seguridad adecuado para el funcionamiento de los procesos.

27. AMBIENTE DE TRABAJO

El comité de Alta Gerencia crea un entorno de trabajo adecuado que influye positivamente en la motivación, satisfacción y desempeño del personal, con el fin de mejorar su productividad a través del programa LUNA LLENA (anexo)

28. DESCRIPCION DE PROCESOS

La caracterización de cada uno de los procesos se incluye como anexos al presente manual. (Ver adjuntos). A continuación se ilustra cada uno de los procesos con una breve descripción.

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>				
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>				
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>				
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	<table border="1"> <tr> <td><i>Versión</i></td> <td><i>01</i></td> </tr> <tr> <td><i>Página</i></td> <td><i>23 de 30</i></td> </tr> </table>	<i>Versión</i>	<i>01</i>	<i>Página</i>
<i>Versión</i>	<i>01</i>				
<i>Página</i>	<i>23 de 30</i>				

28.1 Manual de Procesos:

Este documento recoge todas las de los procesos incluidos en el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital así como los mapas de procesos y sus fichas correspondientes.

Mediante este documento se garantiza que:

- _ Se identifican los procesos necesarios para el Cumplimiento de la misión
- _ Se determina la secuencia e interacción de estos procesos
- _ Se determinan los criterios y métodos necesarios para asegurar que tanto la operación como el control de los procesos son eficaces

Cada uno de los procesos definidos en el sistema de gestión de la calidad se desarrolla en su correspondiente Ficha de Proceso. En dicho documento se recogen como mínimo los siguientes aspectos:


- _ Nombre y Código de identificación del Proceso
- _ Misión y Plan de gestión del proceso
- _ Alcance del proceso, marcado por su INICIO y FIN
- _ Responsable y equipo gestor del proceso
- _ Clientes y otros grupos de interés (si fueran requeridos)
- _ Interacciones del proceso describiendo:
 - _ Las entradas y proveedores de las mismas
 - _ las salidas del proceso y receptores de las mismas
 - _ Recursos del proceso y proveedores de los mismos
 - _ Mapa del proceso y diagrama de flujo de actividades, estableciendo los responsables de las mismas, los procedimientos para su realización y los registros en los que quedará constancia de su realización.
- _ Requisitos de calidad del proceso: especificados por los clientes, exigencias Legales o estándares técnicos de calidad.
- _ Indicadores: Descripción, Metodología de medición y registro y Responsable de su evaluación
- _ Lista de documentos relacionados con el proceso: Procedimientos y Registros Relacionados con el proceso, así como cualquier otro documento que requiera ser controlado.

Las fichas de proceso y subproceso son elaboradas y mantenidas por los correspondientes líderes de proceso y se encuentran incluidas en el Manual de procesos, el cual, como todo documento del Sistema de Gestión de la Calidad está sometido al Procedimiento general de elaboración y control de la Documentación

Se clasifican los procesos y se acuerda un esquema de presentación documentado en el mapa de procesos, donde se clasifican los procesos en PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO, MISIONALES Y DE APOYO.

Con el Resultado de la planificación del sistema de Gestión de Calidad, se gestionan los procesos con el enfoque del **ciclo P-H-V-A** y el **enfoque basado en procesos**.

28.2 Procedimientos Operativos

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>	
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>	
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>	
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	<i>Versión</i>
	<i>Página</i>	<i>24 de 30</i>

Cada gestor de proceso decide, en el ámbito de su competencia, qué procedimientos operativos y/o instrucciones técnicas son requeridos por el proceso bajo su gestión. El título de los mismos se recoge en la correspondiente ficha de proceso y su control queda sometido a lo especificado en el Procedimiento General para la elaboración y control de los documentos y registros del sistema

28.3 Otros documentos del Sistema

Además de los procedimientos antes citados, el Sistema de Gestión de la Calidad podrá disponer de cualquier otro documento necesario para su definición, planificación o implantación. Estos documentos se identificarán y estarán sujetos a lo especificado en el Procedimiento General para la elaboración y control de los documentos y registros del sistema .

29. PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Tiene como objetivo establecer y coordinar los lineamientos, políticas de operación, el plan estratégico y el de comunicaciones para el cumplimiento de la misión institucional.

Contempla entre otras actividades la planificación de los lineamientos y políticas de operación institucionales y la elaboración del Plan Estratégico del HOSPITAL (Plan Operativo Anual). Esta planificación se enfoca en la definición de los procesos necesarios para cumplir eficaz y eficientemente la misión y la visión de la entidad, los objetivos institucionales, la política y los objetivos de la calidad, y los requisitos de la organización coherentemente con la estrategia de la organización teniendo en cuenta el Código de Ética y los lineamientos generados por el Gobierno.

El responsable del Proceso de Direccionamiento Estratégico es el Gerente de la Entidad, debido a las funciones que le han sido asignadas en esta materia, quien coordina la labor con el Sistema de Gestión de Calidad y gestión jurídica y con la aprobación y el apoyo de la junta directiva.


La descripción del proceso de Medición y Análisis se encuentra relacionado en el formato de caracterización de Proceso de Medición y Análisis (Anexo) y cuenta con dos procedimientos:

- ✓ Elaboración, ejecución y Seguimiento del Plan Estratégico
- ✓ Entrega de Informes de Gestión.

30. PROCESOS MISIONALES

Su objetivo es ofrecer a la población los diferentes servicios con calidad, oportunidad, eficiencia, dando respuesta a sus necesidades y requerimientos en salud mental.

Entre sus procesos tenemos: _

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>	
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>	
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>	
	<i>Versión</i>	<i>01</i>
	<i>Página</i>	<i>25 de 30</i>

Admisión del Usuario
 Atención en Consulta externa
 Atención en Hospitalización
 Atención en farmacodependencia
 Egreso del Usuario
 Medición de la Satisfacción del Usuario.
 Procesos de Atención a Población Infante - juvenil
 Procesos de Laboratorio Clínico
 Procesos de Electroencefalografía.
 Proceso de Referencia y Contra referencia.
 Procesos de Detección y manejo de Eventos adversos.
 Seguridad de Usuarios.
 Procesos de Farmacia.
 Citas .
 Control y entrega de Medicamentos.

31. PROCESOS DE APOYO


Dentro del Hospital Mental Rudesindo Soto los procesos de apoyo cumplen con el objetivo de ayudar en el cumplimiento de los objetivos misionales y de direccionamiento estratégico a través de unos procedimientos establecidos y de conformidad al cumplimiento de las funciones que le han sido asignadas al área responsable de estos procesos. La Entidad ha establecido seis (6) procesos, los cuales se describen a continuación:

31.1 GESTION DE TALENTO HUMANO

El objetivo del proceso es Gestionar el Ingreso, desarrollo y retiro del talento humano que permitan mantener servidores públicos competentes, para alcanzar los objetivos institucionales y generar continuidad en los procesos del Departamento. Abarca entre otras actividades relacionadas con la selección, vinculación, permanencia y desvinculación de funcionarios; los temas de capacitación, y bienestar; las actividades de nómina, la calificación de servicios y el cumplimiento de las obligaciones en materia de salud ocupacional, las cuales se describen en los seis (6) procedimientos anexos:

- ✓ Proceso de Ingreso y permanencia
- ✓ Programa de Salud Ocupacional
- ✓ Nómina
- ✓ Seguridad Social.
- ✓ Calificación de Servicios.
- ✓ Retiro de personal.
- ✓ Proceso de Capacitación.
- ✓ Incentivos

La líder del proceso de Gestión del Talento Humano es el Subgerente Administrativo, quien ejecuta la labor a través de la Coordinadora del Grupo de Gestión Humana.

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>	
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>	
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>	
	<i>Versión</i>	<i>01</i>
	<i>Página</i>	<i>26 de 30</i>

31.2 Gestión Financiera

Tiene como objetivo Proyectar, administrar y proporcionar durante cada vigencia fiscal los recursos económicos para el cumplimiento de la misión institucional, mantener y mejorar el Sistema de Gestión de Calidad de la Entidad, mantener y conservar la infraestructura necesaria para lograr la Conformidad con los requisitos del servicio, de acuerdo con la normatividad vigente en la materia y garantizar el registro de las operaciones presupuestales y contables realizadas por el Hospital Mental , brindando información confiable y oportuna.

Los procedimientos relacionados a este proceso (anexos a este manual) son:

Descripción del Proceso Financiero


- ✓ Presentación Planeación financiera y distribución presupuestal de la vigencia.
Ejecución del Gasto
- ✓ Manejo de Caja Menor
- ✓ Gestión de ingresos-recaudos
- ✓ Conciliación bancaria
- ✓ Cierre Contable
- ✓ Generar informes y estados financieros.
- ✓ Plan de Compras.
- ✓ Tesorería
- ✓ Cartera
- ✓ Facturación
- ✓ Glosas
- ✓ Contabilidad
- ✓ Evaluación y selección de proveedores.

31.3 GESTION ADMINISTRATIVA

El Proceso de Gestión Administrativa determina, administra y proporciona durante cada vigencia fiscal los bienes y servicios para el cumplimiento de la misión institucional, al mismo tiempo mantiene y mejora el Sistema de Gestión de Calidad de la entidad y mantiene y conserva la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio, de acuerdo con la normatividad vigente en la materia. (Anexos).

Las responsabilidades del Proceso de Gestión administrativa están discriminadas en los procedimientos anexos, identificados como:

- Elaboración del Plan de Contratación y Mantenimiento
- -Contratación de Servicios Profesionales y de apoyo a la Gestión.
- Contratación Mínima Cuantía
- Caja Menor
- Portafolio de Servicios
- Presentación de Propuestas

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>	
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>	
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>	
	<i>Versión</i>	<i>01</i>
	<i>Página</i>	<i>27 de 30</i>

- Control de Inventarios
- Aseo y desinfección hospitalaria
- Nutrición y alimentación.
- Mantenimiento hospitalario

31.4 GESTION DOCUMENTAL

El Proceso de gestión documental establece y ejecuta las actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por el Hospital Mental Rudesindo Soto , con el fin de facilitar su utilización y conservación, teniendo en cuenta las disposiciones legales vigentes en la materia.

Este proceso cuenta con cuatro (4) procedimientos de:

- ✓ Control de documentos
Control de registros
- ✓ Trámite de comunicaciones oficiales
Consulta y préstamo de documentos

En cuanto al debido control de registros, la entidad le da cumplimiento a la Ley 594 del 2000, Ley General de Archivos, y a los requerimientos normativos que expide el Archivo General de la Nación.

31.5 GESTION DE LA TECNOLOGIA Y DE LA INFORMACION


El objetivo de este proceso dentro del Hospital mental es Determinar y administrar las necesidades de Tecnología y software institucional y el soporte técnico de la infraestructura tecnológica que requiera este hospital o para el cumplimiento de la misión institucional, el mantenimiento y mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad, y para lograr la conformidad de los requisitos del servicio y la normatividad vigente en la materia. (Anexos)

Los procedimientos relacionados son:

- ✓ Diseño, Desarrollo y Mantenimiento de Software Institucional
- ✓ Soporte Técnico
- ✓ Proceso Para adquisición de tecnología
- ✓ Proceso de Mantenimiento.

Los cuales se anexan al presente manual y garantizan dentro de sus actividades el cumplimiento del objetivo del proceso y la normatividad.

31.6 APOYO JURIDICO

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>				
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>				
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>				
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	<table border="1"> <tr> <td><i>Versión</i></td> <td><i>01</i></td> </tr> <tr> <td><i>Página</i></td> <td><i>28 de 30</i></td> </tr> </table>	<i>Versión</i>	<i>01</i>	<i>Página</i>
<i>Versión</i>	<i>01</i>				
<i>Página</i>	<i>28 de 30</i>				

Se establece como objetivo del Proceso de Apoyo Jurídico el defender los derechos e intereses de la Nación en los procesos litigiosos contra el Hospital mental Rudesindo Soto .

El Apoyo Jurídico y Representación Judicial cuenta con los procedimientos de:

- ✓ Apoyo Jurídico interno
- ✓ Cobro de obligaciones a favor del Hospital Mental
- ✓ Representación judicial del Hospital Mental como demandado
Representación Judicial del Hospital mental como demandante,

31.7 INVESTIGACION – DOCENCIA SERVICIO

Se establece Como objetivo el desarrollo de actividades de Docencia – servicio-investigación y capacitación con las diferentes universidades de la región con su rotación de estudiantes en formación de las diferentes aéreas.

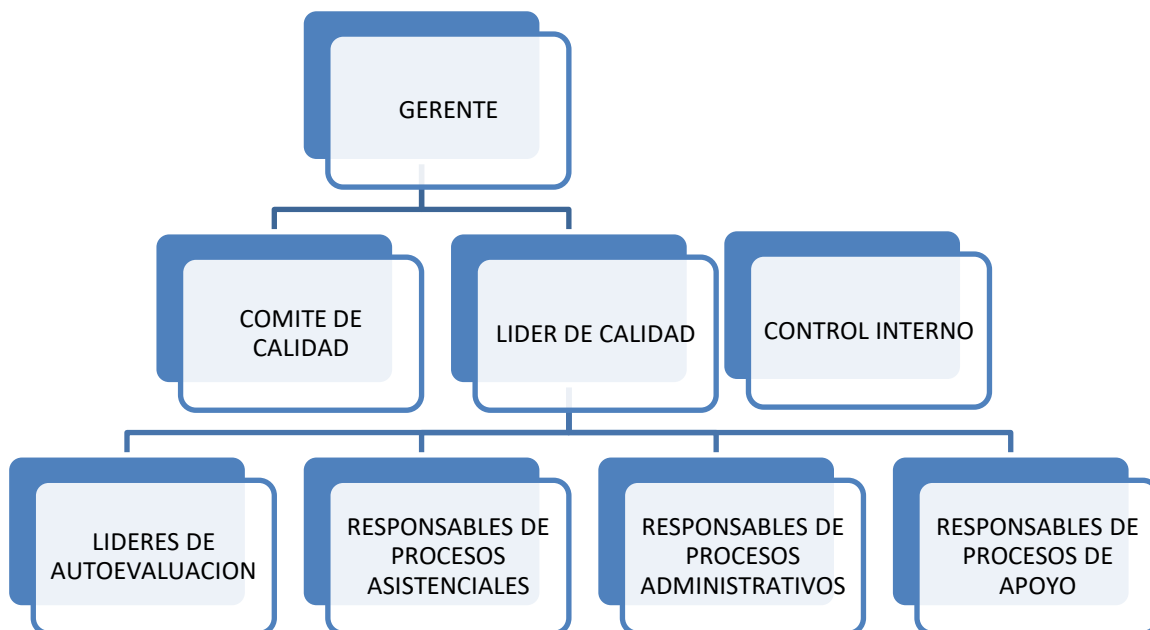
32. PROCESO DE MEDICION Y ANALISIS

Realizar seguimiento, análisis y evaluación de los procesos, productos y/o servicios de la entidad tendientes a garantizar el mejoramiento continuo de la gestión institucional, es la responsabilidad de la Oficina CONTROL INTERNO Y GESTION DE CALIDAD, frente a este proceso, mediante el procedimiento establecido de Seguimiento, Medición y Análisis a la percepción de los clientes internos y externos.

Los procedimientos anexos al Proceso de Medición y análisis son:


- Auditorías Internas de Gestión
- Producto No Conforme
- Acciones Correctivas y preventivas
- Seguimiento, Medición y Análisis al Sistema de Gestión de Calidad
- Auditorías Internas de Calidad
- Respuesta a quejas y reclamos formulados verbalmente por el usuario
- Respuesta a quejas y reclamos formulados verbalmente por el usuario.

ORGANIGRAMA FUNCIONAL PARA EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD



ANEXOS

- ANEXO 2** PAMEC
- ANEXO** MANUAL DE Procesos
- ANEXO** Caracterización de procedimientos
- ANEXO** Manual de Contratación

 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto	<i>ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</i>				
	<i>GESTION DE CALIDAD</i>				
	<i>CODIGO: ME-GC-PA-M-01</i>				
	<i>MANUAL DE CALIDAD</i>	<table border="1"> <tr> <td><i>Versión</i></td> <td><i>01</i></td> </tr> <tr> <td><i>Página</i></td> <td><i>30 de 30</i></td> </tr> </table>	<i>Versión</i>	<i>01</i>	<i>Página</i>
<i>Versión</i>	<i>01</i>				
<i>Página</i>	<i>30 de 30</i>				

- ANEXO** MANUAL MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
- ANEXO** MANUAL DE Recursos Humanos
- ANEXO** MANUAL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
- ANEXO** MANUAL DE BIOSEGURIDAD
- ANEXO** Matriz de Indicadores de los Objetivos de Calidad
- ANEXO** Formatos Generales
- ANEXO** MANUAL Para la Elaboración de documentos +
- ANEXO** MANUAL DE PROGRAMAS ESPECIALES.