

OBJETIVO: Promover el mejoramiento continuo en la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, a través del análisis de información, hallazgos y no conformidades, mediante el establecimiento de acciones de mejora aplicables a los procesos, servicios, áreas y dependencias de la entidad para garantizar su eficacia y efectividad.

ALCANCE DEL PROCESO:

INICIA: Reporte o detección de no conformidades, reporte de ocurrencia o inminencia de eventos adversos y posibilidades de mejora derivados de los procesos, servicios, áreas y dependencias de la entidad.

TERMINA: Definición y establecimiento de acciones y controles para mejorar los procesos, funcionamiento y/o los servicios.



| PLANEAR | HACER |
|--|---|
| Revisar y analizar cuidadosamente los reportes de productos no conformes o cualquier documento que de a conocer la inminencia u ocurrencia de eventos adversos, el reporte de detección de oportunidades de mejora | Determinar las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento frente a los productos no conformes reportados. |
| Establecer políticas de calidad y seguridad del paciente para reducir riesgos y eventos adversos | Solicitud de planes de mejoramiento frente a los hallazgos o reportes de no conformidades. |
| Determinar métodos para solución de productos no conformes, hallazgos clasificados como no conformidades presentadas o potenciales. | Elaboración y presentación de planes de mejoramiento frente a los hallazgos o reportes de no conformidades. |
| Preveer el recurso humano, presupuestal, tecnológico e infraestructura necesarios. | |
| Entrenamiento del personal, inducción, reinducción, educación continua. | |
| VERIFICAR | ACTUAR |
| Revisión de los planes de mejoramiento presentados. | Toma de decisiones frente a los incumplimientos de los compromisos establecidos |
| Aprobación de los planes de mejoramiento presentados. | Generación de políticas o estrategias que permitan garantizar el mantenimiento duradero de los logros alcanzados de forma integral. |
| Resultados de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora | |

PROCEDIMIENTOS:

| CÓDIGO | PROCEDIMIENTO | VERSION |
|----------|---------------------------------|---------|
| PD-CM-01 | Manejo del producto no conforme | 4.0 |
| PD-CM-02 | Gestión de eventos adversos | 4.0 |


| PARAMETROS DE CONTROL | PROCESOS DE APOYO | RECURSOS | DOCUMENTOS |
|---|--|---|--|
| <p>Cumplimiento y eficacia de las acciones de mejora, correctivas o preventivas frente a las no conformidades presentadas. Resultados del seguimiento al tratamiento de no conformidades y eventos adversos.</p> <p>Cumplimiento y eficacia de los controles tomados sobre los riesgos derivados de los procesos. Verificación del cumplimiento de los términos consagrados por la Ley.</p> | <p>Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano, Gestión Jurídica, Gestión de la Tecnología, Gestión de Recursos Físicos, Gestión de la Información, Gestión de las Comunicaciones, Gestión Ambiental.</p> | <p>HUMANOS: Personal competente necesario para cumplir a cabalidad el objetivo; FISICOS: Bienes muebles e inmuebles requeridos para el cumplimiento de las actividades; FINANCIEROS: Presupuesto anual; TECNOLOGICOS: Equipos y elementos de cómputo. Software. INFRAESTRUCTURA: Infraestructura adecuada para funcionamiento de oficinas.</p> | <p>Código de Ética y Código de Buen Gobierno; Estatuto Interno de Contratación; Manual de Funciones; Manual de Procesos y Procedimientos; Manual de Estandarización de Documentos; Plan Desarrollo Municipal, Plan de Gestión Gerencial.</p> |


| REQUISITOS LEGALES | NTCGP 1000:2009 | MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO |
|--|--|---|
| <p>Constitución Política de Colombia, Ley 100 de 1993, Ley 87 de 1993, Resolución 5261 de 1994 Mapipos, Ley 872 de 2003 Sistema de Gestión de Calidad, Resolución 412 del 2000, Ley 715 de 2001, Decreto 2200 de 2005, Decreto 1011 de 2006 SOGCS, Resolución 1043 de 2006 y reglamentarios, Decreto 2330 de 2006, Resolución 473 de 2008, Acuerdo 415 de 2009 CNSSS, Acuerdo 008 de 2009 CRES, Acuerdo 011 de 2009 CRES, Ley 1438 de 2011, NTCGP1000:2009, MECI 1000:2005</p> | <p>4.1. REQUISITOS GENERALES 4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL 4.2.3. CONTROL DE DOCUMENTOS 4.2.4. CONTROL DE LOS REGISTROS 5.1. COMPROMISO DE LA DIRECCION 5.3. POLITICA DE CALIDAD 5.5.3. COMUNICACIÓN INTERNA 5.6. REVISION POR LA DIRECCION 6.1. PROVISION DE LOS RECURSOS 7.2.3. COMUNICACION CON EL CLIENTE 8. MEDICION, ANALISIS Y MEJORA 8.1. GENERALIDADES SEGUIMIENTO Y MEDICION 8.2.1. SATISFACCION DEL CLIENTE 8.2.3. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE PROCESOS 8.2.4. SEGUIMIENTO Y MEDICION DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO 8.3. CONTROL DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME 8.4. ANALISIS DE DATOS 8.5. MEJORA</p> | <p>SUBSISTEMAS / COMPONENTES / ELEMENTOS SUBSISTEMA: CONTROL ESTRATEGICO • COMPONENTE: Direccionamiento Estratégico - ELEMENTOS: Planes y programas • COMPONENTE: Ambiente de Control - ELEMENTOS: Desarrollo del Talento Humano • COMPONENTE: Administración del Riesgo, -ELEMENTOS: Valoración de riesgos. SUBSISTEMA: CONTROL DE GESTION • COMPONENTE: Información, -ELEMENTOS: Información primaria, Información secundaria, Sistemas de Información 8.2. • COMPONENTE: Actividades de control -ELEMENTOS: Controles, Indicadores • COMPONENTE: Comunicación pública -ELEMENTOS: Comunicación Organizacional. SUBSISTEMA: CONTROL DE EVALUACION • COMPONENTE: Autoevaluación - ELEMENTOS: Autoevaluación de la gestión, Autoevaluación del control • COMPONENTE: Planes de Mejoramiento</p> |


| INDICADORES: | |
|--------------|---|
| CODIGO | NOMBRE |
| I.3.3 | Proporción de vigilancia de eventos adversos |
| I.ME.01 | Eficiencia de las acciones correctivas, preventivas y de mejora |
| | Los demás que se incluyen dentro del Manual de Indicadores de Pasto Salud ESE |

| REGISTROS | RESPONSABLES |
|---|--|
| Según Tabla Maestra de Documentos y Registros y Resoluciones de aprobación de formatos y registros. | Subgerencia de Salud e Investigación; Grupo Calidad, Directores Operativos de Red; Dueños de Proceso, Jefe Oficina Asesora de Planeación, Jefe de Control Interno. |

| ELABORO | REVISO | APROBÓ |
|--|--|--|
| <p>Nombre: VICTOR GIOVANI MELO BURBANO Cargo: JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO Nombre: DIANA PATRICIA BOLAÑOS ORDOÑEZ Cargo: JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION</p> | <p>Firma: Nombre: VICTOR GIOVANI MELO BURBANO Cargo: JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO</p> | <p>Firma: Nombre: TOMAS EDISON BENAVIDES GONZALEZ Cargo: GERENTE</p> |
| Lugar y tiempo de Archivo: Oficina Asesora de Planeación - 5 años | Documento Original: Oficina Asesora de Planeación | Disposición final: Archivo Histórico Pasto Salud ESE |

|  | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | | | | CODIGO MANUAL | |
|--|---|--------|-------|--------------------------------------|---------------|---|
| | MACROPROCESO | Código | MP-DE | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | MA-PP | |
| | PROCESO | Código | PR-CM | GESTION DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA | VERSION | 4 |
| DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO | | | | | | |
| Acción correctiva. | Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación no deseable. La acción correctiva se toma para evitar que algo vuelva a producirse, mientras que la acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda. | | | | | |
| Acción preventiva. | Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable | | | | | |
| Adecuación. | Suficiencia de las acciones para cumplir los requisitos | | | | | |
| Alta dirección. | Persona o grupo de personas, del máximo nivel jerárquico que dirigen y controlan una entidad | | | | | |
| 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. | | | | | |
| Calidad de la atención de salud. | Se entiende como la provisión 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, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. | | | | | |
| Calidad - 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. | | | | | |
| Calidad- 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. | | | | | |
| Calidad- 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. | | | | | |
| Calidad- 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. | | | | | |
| Calidad- 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 | | | | | |
| Condiciones de capacidad tecnológica y científica. | Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud | | | | | |
| Conformidad. | Cumplimiento de un requisito | | | | | |
| Control de la calidad. | Parte de la gestión de la calidad orientada a la verificación y al cumplimiento de los requisitos de la calidad | | | | | |
| Conveniencia. | Grado de alineación o coherencia del objeto de revisión con las metas y políticas organizacionales | | | | | |
| Corrección. | Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada | | | | | |
| Documento. | Información y su medio de soporte | | | | | |
| Efectividad. | Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles | | | | | |

|  | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | | | | CODIGO MANUAL | |
|--|--|--------|-------|--------------------------------------|---------------|---|
| | MACROPROCESO | Código | MP-DE | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | MA-PP | |
| | PROCESO | Código | PR-CM | GESTION DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA | VERSION | 4 |
| DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO | | | | | | |
| Eficacia. | Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados | | | | | |
| Eficiencia. | Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados | | | | | |
| Enfoque basado en procesos. | Gestión sistemática de la interacción e interrelación entre los procesos empleados por las entidades para lograr un resultado deseado | | | | | |
| Evento Adverso | evento adverso se califica a las situaciones que terminan en daño no intencional al paciente, como consecuencia del cuidado proveniente o con ocasión de éste, más que como consecuencia de la enfermedad de base | | | | | |
| Gestión. | Actividades coordinadas para planificar, controlar, asegurar y mejorar una entidad | | | | | |
| Gestión documental. | Conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación | | | | | |
| Infraestructura. | Sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una entidad | | | | | |
| Mejora continua. | Acción permanente realizada, con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño | | | | | |
| No conformidad. | Incumplimiento de un requisito | | | | | |
| Objetivo de la calidad. | Algo ambicionado o pretendido, relacionado con la calidad. | | | | | |
| Parte interesada. | Organización, persona o grupo que tiene un interés en el desempeño o éxito de una entidad | | | | | |
| Prestadores de Servicios de Salud. | Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. | | | | | |
| Procedimiento. | Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso | | | | | |
| Proceso. | Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados | | | | | |
| Producto y/o servicio. | Resultado de un proceso o un conjunto de procesos | | | | | |
| Proveedor. | Organización o persona que proporciona un producto y/o servicio | | | | | |
| Registro. | Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades ejecutadas | | | | | |
| Requisito. | Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria | | | | | |
| Responsabilidad. | Derecho natural u otorgado a un individuo en función de su competencia para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho | | | | | |

|  | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | | | | CODIGO MANUAL | |
|--|--|--------|-------|--------------------------------------|---------------|---|
| | MACROPROCESO | Código | MP-DE | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | MA-PP | |
| | PROCESO | Código | PR-CM | GESTION DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA | VERSION | 4 |
| DEFINICIONES ESPECIFICAS AL PROCESO | | | | | | |
| Revisión. | Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos | | | | | |
| Riesgo. | Toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda afectar el desarrollo normal de las funciones de la entidad y el logro de sus objetivos | | | | | |
| Satisfacción del cliente. | Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos | | | | | |
| Sistema. | Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan con el fin de lograr un propósito | | | | | |
| SOGCS | Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS. 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 | | | | | |
| Validación. | Confirmación mediante el suministro de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista | | | | | |
| Verificación. | Confirmación, mediante la aportación de evidencia objetiva, de que se han cumplido los requisitos especificados | | | | | |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

CODIGO MANUAL

| | | | | | |
|----------------------|--|--------------|---|------------------|----------------|
| MACROPROCESO | Código | MP-DE | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | MA-PP | |
| PROCESO | Código | PR-CM | GESTION DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA | CODIGO PD | VERSION |
| PROCEDIMIENTO | Manejo del producto no conforme | | | PD-CM-01 | 4 |

| | |
|--------------------|--|
| OBJETIVO | Definir acciones o actividades requeridas para analizar y tomar decisiones para eliminar las causas de las no conformidades detectadas y reportadas, ó potenciales, dentro de Empresa Social del Estado Pasto Salud, con el fin de intervenirlas eficazmente y prevenir que estas situaciones se presenten de nuevo en el futuro. Así mismo, para aprovechar las oportunidades de mejora de los procesos, productos o servicios de la empresa. |
| RESPONSABLE | Funcionarios del nivel directivo ó Asesor, jefes de áreas o responsables de procesos en los que se defina la necesidad de implementar una acción de mejora. |
| ENTRADAS | Reportes de no conformidades que ameriten implementar una acción de mejoramiento. |
| PROVEEDORES | Usuarios, todos los procesos de la empresa, entidades de vigilancia y control y demás partes interesadas |
| SALIDAS | Documento que defina las acciones correctivas, preventivas y de mejora establecidas frente a los productos no conformes. |
| CLIENTE | Usuarios, todos los procesos de la empresa, entidades de vigilancia y control y demás partes interesadas |

| No. | ACTIVIDAD | COMO | RESPONSABLE | DOC / SIS / REGIST | APLICATIVOS |
|---------|---|---|---|--|-------------|
| 1 | Leer los reportes de no conformidades y clasificar el tipo de no conformidad (real o potencial) que se presenta a fin de determinar el tipo de acción que se debe ejecutar | Una vez recibidos los documentos que reportan o dan a conocer posibles irregularidades o no conformidades en la prestación de los servicios o en la ejecución de los procesos, los documentos se deberán leer minuciosamente y de forma completa. Se debe determinar si la no conformidad se presenta como un evento que esta efectivamente sucediendo y afectando a la entidad o si aun no ha ocurrido pero representa un riesgo importante para el funcionamiento de la empresa, la prestación de los servicios o la ejecución de los procesos. | Funcionarios del nivel directivo ó Asesor que reciban reportes de no conformidades. | | |
| 2 PC | Identificar la fuente de la no conformidad o causa raizal. | Analizar la información existente a fin de determinar las causas fundamentales de la no conformidad, y cuales son los factores que más impactan e influyen en el resultado. | Funcionarios del nivel directivo ó Asesor que reciban reportes de no conformidades. | | |
| 3 | Definir si las no conformidades ameritan la solicitud de un plan de mejoramiento o requieren otro tipo de manejo administrativo, sancionatorio, disciplinario o de otra índole. | ¿las no conformidades ameritan la formulación de un plan de mejoramiento? NO: Continuar el procedimiento en la actividad No. 4 SI: Continuar el procedimiento en la actividad No. 5 | Funcionarios del nivel directivo ó Asesor que reciban reportes de no conformidades. | | |
| 4 | Adelantar los trámites legales para manejar la situación que generó la no conformidad. | Si la no conformidad tiene implicaciones legales, fiscales, administrativas o disciplinarias, si las consecuencias negativas que ha generado a la empresa en cualquiera de sus componentes, áreas o procesos son muy significativas ó si los hechos se pueden configurar como en hecho delictivo, se deberán tomar otro tipo de decisiones para manejar estos hechos o situaciones. Terminar el procedimiento. | Según corresponda a los trámites legales | | |
| 5 PC | Solicitar la formulación de un plan de mejoramiento. | Una vez definida la pertinencia de formulación de un plan de mejoramiento se debe solicitar su realización a los responsables de los procesos, áreas o dependencias e involucradas en la definición de acciones de mejora. | Funcionarios del nivel directivo ó Asesor que reciban reportes de no conformidades. | Oficio o nota interna en la que se solicite la formulación y entrega de plan de mejoramiento frente a las no conformidades reportadas. | |


MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS


CODIGO MANUAL


| | | | | | |
|----------------------|--|--------------|---|------------------|----------------|
| MACROPROCESO | Código | MP-DE | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | MA-PP | |
| PROCESO | Código | PR-CM | GESTION DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA | CODIGO PD | VERSION |
| PROCEDIMIENTO | Manejo del producto no conforme | | | PD-CM-01 | 4 |

| No. | ACTIVIDAD | COMO | RESPONSABLE | DOC / SIS / REGIST | APLICATIVOS |
|-----|--|---|--|--|-------------|
| 6 | Formular un plan de mejoramiento para eliminar las causas de la no conformidad | <p>La formulación del Plan de mejoramiento debe incluir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Registro de las actividades a realizar, con el fin de eliminar la causa raíz del problema bien sea real o potencial. Las acciones correctivas o preventivas que se tomen o implementen deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas o potenciales. 2. Especificar las áreas involucradas en la ejecución de las acciones. 3. Identificar quienes son los responsables de la ejecución de la acción de mejora. 4. Definir el plazo en el cual se ejecutará la acción fijando fechas iniciales y fechas finales en las cuales se debería evidenciar el resultado de la acción implementada. 5. Establecer la meta que se alcanzará con la ejecución de la acción, la cual debe ser coherente con la no conformidad identificada. 6. Definir el indicador o la forma de medir el cumplimiento o efectividad de la acción implementada. <p>Cuando exista mas de un área involucrada en el Plan de Mejoramiento, este debe formularse en equipo, con participación de quienes deben asumir responsabilidades.</p> | Jefes de áreas o responsables de procesos que detecte la necesidad de realizar un plan de mejoramiento frente a las no conformidades reportadas. | formato de Plan de mejoramiento debidamente diligenciado con firmas de los responsables. | |
| 7 | Revisión del plan de mejoramiento | Una vez realizado y remitido el plan de mejoramiento se debe realizar una revisión del mismo para verificar que se hayan planteado acciones a todas las no conformidades reportadas, que las acciones de mejora den soluciones a las causas rícales de las no conformidades, que los plazos planteados para sean razonables, las metas y los indicadores sean consistentes y que cuenten con la firma de los responsables de la ejecución de las acciones de mejora registradas. | Funcionarios del nivel directivo ó Asesor, jefes de áreas o responsables de procesos que solicitaron la realización de planes de mejoramiento. | Oficio o nota interna en la que se avale el plan de mejoramiento o en el que se soliciten adecuaciones al documento para su aprobación definitiva. | |
| 8 | Socializar el plan de mejoramiento a las áreas involucradas y responsables de ejecutar las acciones. | Socializar o dar a conocer el plan de mejoramiento a las áreas involucradas y responsables de ejecutar las acciones, con el fin de que el equipo de trabajo conozca la responsabilidad que debe asumir en la ejecución de las acciones. Soportar con acta o listado de asistencia. | Jefes de áreas o responsables de procesos en los que se definieron acciones de mejora dentro del plan de mejoramiento. | actas de reuniones de socialización de los planes de mejoramiento y sus respectivos registros de asistencia. | |
| 9 | Ejecutar el Plan de Mejoramiento | Los responsables de los procesos, áreas o dependencias involucradas en la ejecución del Plan de Mejoramiento, deben ejecutar las Acciones Correctivas o Preventivas conforme a lo registrado en dicho documento. | Jefes de áreas o responsables de la ejecución de las acciones de mejora registradas en el plan de mejoramiento. | | |



|  | | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | | | | CODIGO MANUAL | |
|---|--|--|---|---|--------------------------------------|---------------|---------|
| | | MACROPROCESO | Código | MP-DE | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | MA-PP | |
| | | PROCESO | Código | PR-CM | GESTION DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA | CODIGO PD | VERSION |
| | | PROCEDIMIENTO | Manejo del producto no conforme | | | PD-CM-01 | 4 |
| No. | ACTIVIDAD | COMO | RESPONSABLE | DOC / SIS / REGIST | APLICATIVOS | | |
| 10 PC | Realizar seguimiento y verificación al cumplimiento del Plan de Mejoramiento. | Realizar el seguimiento a la implementación de las acciones definidas en el Plan de Mejoramiento. Verificar la eficiencia de su implementación, comparando los resultados obtenidos con los resultados esperados diligenciando el formato de seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento. | Equipos de auditores ha quien se haya definido la responsabilidad de efectuar el seguimiento y verificación al cumplimiento del Plan de Mejoramiento. | Informe de auditoria o seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento. | | | |
| 11 | Realización y presentación de informe de auditoria o seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento. | Realizar el informe de auditoria el cual debe ser impreso y contar con las firmas de todos los auditores y del Jefe ó líder del grupo de auditoria o seguimiento. Remitir mediante oficio el informe definitivo de auditoria al Gerente y/o a los directivos que deban conocer de los resultados del seguimiento y verificación al cumplimiento del Plan de Mejoramiento. | Equipos de auditores ha quien se haya definido la responsabilidad de efectuar el seguimiento y verificación al cumplimiento del Plan de Mejoramiento. | Oficio de entrega del Informe de auditoria o seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento. | | | |
| 12 | Revisión del informe de auditoria o seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento, para determinar si la acción definida fue cumplida a cabalidad y si fue efectiva para eliminar la causa que generó la no conformidad | Si la acción de mejora se efectuó y eliminó la causa raizal de la no conformidad se procede a efectuar cierre de la no conformidad realizando el respectivo registro en el informe de auditoria o mediante nota interna. Si la acción de mejora NO se efectuó ó NO eliminó la causa raizal de la no conformidad se procede a determinar las medidas pertinentes para cada caso que pueden incluir la reformulación del plan de mejoramiento o medias sancionatorias o administrativas. | Funcionarios del nivel directivo ó Asesor que reciban informes de auditoria o seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento | Informe de auditoria o seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento revisado. Oficio o nota interna que establezca la reformulación del plan de mejoramiento o medias sancionatorias o administrativas. | | | |
| 13 | Archivar la documentación generada según procedimiento de Manejo de Archivo de Gestión | Archivar la documentación generada según procedimiento de Manejo de Archivo de Gestión | Secretarias ó Auxiliares administrativos de las áreas involucradas | | | | |
| OBSERVACIONES | | <p>1. Las actividades 1,2,3,8 y 12, no generan documentos soportes que permitan la verificación del cumplimiento de la actividad. Su ejecución esta a cargo de la alta gerencia la cual cuenta con el perfil, idoneidad y competencia para realizar tales actividades con los criterios pertinentes y de la forma adecuada.</p> <p>2. El reporte de un producto no conforme no requiere de forma obligatoria o en todos los casos, de formulación de un plan de mejoramiento. La solicitud del mencionado plan esta a criterio de los funcionarios del nivel directivo y asesor que cuentan con la competencia para tal fin.</p> <p>3. Si en la revisión efectuada al plan de mejoramiento se determina que este debe ser objeto de correcciones de cualquier índole, este será reintegrado a quien lo formuló y presentó, tantas veces como fuese necesario hasta que el responsable de la revisión apruebe dicho documento de forma integral.</p> <p>4. Independientemente de la solicitud de un plan de mejoramiento, la alta gerencia puede determinar la apertura de procesos disciplinarios, sancionatorios, reporte a entes externos de investigación, vigilancia y control, o cualquier otra medida que se considere pertinente.</p> <p>5. La asesoría para la formulación de los planes de mejoramiento estará en cabeza de la Oficina Asesora de Planeación aunque puede realizarse por los funcionarios y contratistas que tengan amplio conocimiento del tema y la experiencia en la formulación de este tipo de planes.</p> | | | | | |
| ELABORO | | | REVISO | APROBO | | | |
| VICTOR GIOVANNI MELO BURBANO, Jefe Oficina de Control Interno DIANA PATRICIA BOLAÑOS ORDOÑEZ, Jefe Oficina Asesora de Planeación | | | VICTOR GIOVANNI MELO BURBANO Jefe Oficina de Control Interno | TOMAS EDISON BENAVIDES GONZALEZ Gerente | | | |

|  | | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | | | | CODIGO MANUAL | | |
|--|--|--|--|---|--------------------------------------|---------------|-----------|---------|
| | | MACROPROCESO | Código | MP-DE | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | | MA-PP | |
| | | PROCESO | Código | PR-CM | GESTION DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA | | CODIGO PD | VERSION |
| | | PROCEDIMIENTO | Gestión de Eventos Adversos | | | | PD-CM-02 | 4 |
| OBJETIVO | Constatar la ocurrencia y desencadenar la investigación oportuna del evento adverso inminente para evitar la materialización y corregir los efectos del mismo, atenuar su impacto y reducir la posibilidad de recurrencia dentro de la Empresa Social del Estado Pasto Salud E.S.E | | | | | | | |
| RESPONSABLE | Directores Operativos de Red | | | | | | | |
| ENTRADAS | Todos los servicios de la Empresa Social del Estado Pasto Salud E.S.E. | | | | | | | |
| PROVEEDORES | Médicos, Enfermeras, Odontólogos, bacteriólogos, auxiliares, personal administrativo | | | | | | | |
| SALIDAS | Formatos de Reporte de Eventos Adversos, planes de mejoramiento | | | | | | | |
| CLIENTE | Subgerencia de Salud e Investigación. | | | | | | | |
| No. | ACTIVIDAD | COMO | RESPONSABLE | DOC / SIS / REGIST | APLICATIVOS | | | |
| 1 | Obtener la información de eventos adversos | Obtener la información preliminar sobre la inminencia u ocurrencia del evento adverso, de acuerdo con los datos solicitados en el Formato de reporte de eventos adversos. | Médicos, Enfermeras, Odontólogos, bacteriólogos, auxiliares, personal administrativo | Formato reporte de eventos adversos, historia clínica | | | | |
| 2 | Diligenciar completamente el Formato de reporte de eventos adversos | Diligenciar completamente el Formato de reporte de eventos adversos | Médicos, Enfermeras, Odontólogos, bacteriólogos, auxiliares, personal administrativo | Formato reporte de eventos adversos, historia clínica | | | | |
| 3 | Verificación del formulario | Verificar que el formato quede completamente diligenciado y con datos confiables. | Director Operativo de Red | Formato reporte de eventos adversos, historia clínica | | | | |
| 4 PC | Constatar la inminencia u ocurrencia del evento adverso | Constatar la inminencia u ocurrencia del evento adverso, y enviar informe completamente diligenciado a la Coordinación de Calidad para su clasificación. | Director Operativo de Red | formato reporte de eventos adversos. | | | | |
| 5 | Investigar la naturaleza del evento adverso | Si el evento adverso notificado es de su pertinencia inicie inmediatamente la investigación del hecho de acuerdo con el procedimiento. En caso contrario envíe inmediatamente el Formato de reporte de eventos adversos según el caso para su conocimiento y para que se asigne al responsable de la investigación del evento. | Profesional Especializado Calidad | Formato de análisis e investigación de evento adverso, formato de clasificación de eventos adversos | | | | |
| 6 | consignar hallazgo en el informe | Si la situación encontrada es normal y no se corrobora la inminencia u ocurrencia del posible evento adverso, igualmente debe consignar este hallazgo en el informe correspondiente y radicarlo en la sucursal del caso. | Profesional Especializado Calidad, Química Farmaceuta | Acta de informe | | | | |
| 7 PC | Identificación de causas | En caso de corroborar la inminencia u ocurrencia del evento adverso identifique sus causas y determine el posible impacto, para obtener las evidencias necesarias | Profesional Especializado Calidad, Química Farmaceuta | Acta de informa | | | | |
| 8 | Elaboración del Informe de Investigación | Elabore el Informe de Investigación de Eventos Adversos y remita a la Subgerencia de Salud e Investigación | Profesional Especializado Calidad, Química Farmaceuta | Informe de Análisis de Evento Adverso | | | | |
| 9 | Enviar el informe de investigación de eventos adversos | Enviar el informe con su respectivo formato de reporte del evento adverso a las Direcciones Operativas de Red en forma inmediata, solicitando plan de mejoramiento. | Subgerencia de Salud e Investigación | Oficios de envío | | | | |

|  | | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | | | | CODIGO MANUAL | | |
|---|--|--|-----------------------------|---|--------------------------------------|--|-----------|---------|
| | | MACROPROCESO | Código | MP-DE | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | | MA-PP | |
| | | PROCESO | Código | PR-CM | GESTION DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA | | CODIGO PD | VERSION |
| | | PROCEDIMIENTO | Gestión de Eventos Adversos | | | | PD-CM-02 | 4 |
| No. | ACTIVIDAD | COMO | | RESPONSABLE | DOC / SIS / REGIST | APLICATIVOS | | |
| 10 | Elaborar un plan de mejoramiento | Elaborar un plan de mejoramiento según procedimiento establecido. | | Director Operativo de Red | Plan de mejoramiento | | | |
| 11 | Sí se puede solucionar de inmediato el caso sin necesidad de hacer cambios en los procesos, proceda en consecuencia. | Analice el caso y determine si se puede solucionar de inmediato o si requiere de la convocatoria del Comité de Calidad. | | Subgerencia de Salud e Investigación | Formato análisis del caso | | | |
| 12 | Sí el caso requiere cambios en los procesos por error en los mismos, convoque y reúna al Comité de Calidad. | Determine un conjunto de posibles soluciones mediante la Metodología de Análisis y Solución de Problemas contenida en el material de referencia del Comité de calidad. | | Comité de Calidad | | | | |
| 13 | Dar posibles soluciones | Determine un conjunto de posibles soluciones mediante la Metodología de Análisis y Solución de Problemas contenida en el material de referencia del Comité de calidad. | | Comité de Calidad | | | | |
| 14 | Seleccionar la mejor solución | Seleccione la mejor o mejores soluciones y los cambios en los procesos cuando se requieran, para garantizar que el evento no se volverá a presentar. | | Comité de Calidad | | | | |
| 15 PC | Aplicar las soluciones previstas | Coordinar la distribución de tareas y responsables para garantizar la aplicación y seguimiento de la solución seleccionada. | | Subgerencia de Salud e Investigación | | | | |
| 16 | Archivar la documentación generada según procedimiento de Manejo de Archivo de Gestión | Archivar la documentación generada según procedimiento de Manejo de Archivo de Gestión | | Auxiliares administrativos de las áreas involucradas | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | | |
| ELABORO | | | | REVISO | | APROBO | | |
| ANA CRISTINA SANTACRUZ MEJIA, Subgerente de Salud e Investigación DIANA PATRICIA BOLAÑOS ORDOÑEZ, Jefe Oficina Asesora de Planeación | | | | ANA CRISTINA SANTACRUZ MEJIA, Subgerente de Salud e Investigación ISABEL SOFIA DIAZ CAMPAÑA, Profesional Especializado - Calidad | | TOMAS EDISON BENAVIDES GONZALEZ Gerente | | |