

CARACTERIZACIÓN DE PROCESO GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA

Versión:	2
Fecha de aprobación:	28/10/2019
Código:	07-00-OD-0004

1. MACROPROCESO:	Misional
2. OBJETIVO:	Prestar una atención integral a los usuarios que acuden a los servicios de hospitalización de la Subred Suroccidente, mediante la atención integral con criterios de oportunidad, accesibilidad, pertinencia y seguridad, en el marco de una atención humanizada con información clara, educación sobre su estado de salud y una óptima utilización de recursos, que contribuya al restablecimiento de su salud o definición de conducta de acuerdo a las necesidades y expectativas de salud identificadas, minimizando al máximo los riesgos en la prestación del servicio
3. RESPONSABLE:	Directora Técnica de Servicios Hospitalarios
4. ALCANCE:	Inicia con la emisión de la orden médica de hospitalización y finaliza con el egreso del usuario.
5. INDICADORES:	

Resultado de autoevaluación de acreditación de subred en los estándares pertinentes al proceso.

Porcentaje de Cumplimiento en la mitigación del riesgo

Porcentaje de infección intrahospitalaria

Porcentaje de cumplimiento del Plan de Mejoramiento del proceso

Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual

Oportunidad en la realización de apendicectomía

Oportunidad en cirugía programada

Porcentaje de Mortalidad hospitalaria mayor a 48 horas desde el ingreso, analizados

Porcentaje de Reingreso por el servicio de hospitalización

Promedio Estancia hospitalaria

Proporción de Eventos Adversos gestionados asociados al proceso.

6. SUBPROCESOS O SERVICIOS: 1. Internación adultos, niños y gineco - obstetricia

2. Quirúrgicas

7. SOPORTES NORMATIVOS

Resolucion 345 del 28 de abril del 2017 Por medio del cual se crea el comite de Historias y Registros clinicos de la Subred Sur Occidente ESE

Resolucion 485 del 21 de Junio del 2017 Por medio del cual se conforma el comite interdisciplinario para el derecho a morir con Dignidad (Eutanacia)

Resolucion 541 JULIO 10 2017 2017 Por la cual se crea el comité de infecciones asociadas a la atención en salud de la Sub Red Sur Occidente ESE (IAAS)

Por medio de la cual se modifica la resolución 484 de 2017, mediante el cual se creo el comité de donación y trasplante de órganos y tejidos

RES-373-2018 Por medio de la cual se deroga la resolución 347 de 2017 mediante la cual se adoptaron las Guías de Práctica Clínica en Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente Empresa Social del Estado

RES-0740-2018 Comité de ética hospitalaria

Ley 10 de 1962 "Por lo cual se dictan normas relativas al ejercicio de la odontología."

Ley 14 de 1962 "Por la cual se dictan normas relativas al ejercicio de la medicina y cirugía."

Ley 23 de 1962 "Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de químico farmacéutico y se dictan otras disposiciones."

Decreto 1950 del año 1964 "Por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1962, sobre el ejercicio de la profesión de QuímicoFarmacéutico, y se dictan otras disposiciones." del Ministerio de Salud

Decreto 786 de 1990 "Por el cual se reglamenta parcialmente el Título IX de la Ley 09 de 1979, en cuanto a la práctica de autopsias clínicas y médico -legales, así como viscerotomías y se dictan otras disposiciones" del Ministerio de Salud Pública

Ley 1384 del 2010 "Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia."

**CARACTERIZACIÓN DE PROCESO
GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA**

Versión:	2
Fecha de aprobación:	28/10/2019
Código:	07-00-OD-0004

Ley 1797 del 2016 "Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones."

ley 1799 del 2016 "Por medio de la cual se prohíben los procedimientos médicos y quirúrgicos estéticos para menores de edad y se dictan otras disposiciones."

Ley 1805 del 2016 "Por medio de la cual se modifican la Ley 73 de 1988 y la Ley 919 de 2004 en materia de donación de componentes anatómicos y se dictan otras disposiciones."

Decreto 1370 del 2016 "Por medio del cual se sustituye un artículo y se adiciona al Capítulo 5 del Título 1 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud una disposición, en relación con la operación de la Cuenta de Alto Costo" del Ministerio de Salud y Protección Social.

Decreto 2083 del 2016 "Por el cual se modifica el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social." del Ministerio de Salud y Protección Social

Decreto 718 del 2017 "Por el cual se adiciona el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016 Decreto Único Reglamentario del sector salud y protección social" del Ministerio de Salud y Protección Social.

8.. DEFINICIONES

Administración del Riesgo: comprende el conjunto de Elementos de Control y sus interrelaciones, para que la institución evalúe e intervenga aquellos eventos, tanto internos como externos, que puedan afectar de manera positiva o negativa el logro de sus objetivos institucionales

D.A.F.P: Departamento Administrativo de la Función Pública

Manual de elaboración de documentos: Documento rector que permite establecer los lineamientos para la elaboración, identificación, revisión, aprobación, divulgación, actualización, identificación de cambios, utilización en los puntos de uso y retiro por obsoletos, de los documentos del Sistema Integrado de Gestión.

Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia: Documento que contiene los estándares de acreditación y el modelo evaluativo para Colombia . Este manual aplica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que ofrecen servicios ambulatorios, hospitalarios o ambos. Están excluidas las instituciones que ofrecen servicios de habilitación y rehabilitación, a las cuales se les aplicará el manual específico para este tipo de instituciones.

Plan Nacional de Desarrollo: es la base de las políticas gubernamentales de los presidentes de Colombia. Liga las propuestas de los aspirantes a la presidencia de la República de Colombia con su gestión durante los cuatro años de gobierno

P.A.M.E.C.: Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud.

P.O.A.: Plan operativo anual

S.U.A.: Sistema único de acreditación

S.Q.R.S.S.: Sistema de Quejas , Reclamo Sugerencias y Solicitudes.



9. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

N°	PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	SALIDA	CLIENTE
----	-----------	---------	-------------	--------	---------

**CARACTERIZACIÓN DE PROCESO
GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA**

Versión:	2
Fecha de aprobación:	28/10/2019
Código:	07-00-OD-0004

1	<ol style="list-style-type: none"> Proceso de Direcciónamiento estratégico y desarrollo institucional Proceso de gestión de la calidad y mejoramiento continuo. Comités institucionales. Proceso de participación comunitaria y servicio al ciudadano. Junta directiva Entes rectores y de vigilancia. 	<ol style="list-style-type: none"> Usuarios, familias, colaboradores. Plan de Desarrollo Nacional, Distrital y de la Gerencia. Guía de Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital. Versión 4, Dirección de Gobierno y Desarrollo Institucional. DAFP. Manual de elaboración de documentos Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia. Sistema de Quejas , Reclamo Sugerencias y Solicitudes. (SQRSS). Políticas institucionales Resoluciones internas Normatividad vigente. Guía de la planeación estratégica .externas 	<p>PLANEAR :</p> <p>Planear la capacidad instalada : recursos humanos , tecnológicos , dispositivos médicos e insumos.</p> <p>Plan operativo anual.</p> <p>Matriz de riesgos.</p> <p>Programas, manuales , guías, protocolos, instructivos, formatos.</p> <p>Lineamientos internos .</p> <p>Recepción de necesidades de los usuarios, familia y grupos de interes (SQRSS).</p> <p>Autoevaluación de estándares de SUA .</p> <p>Planes de contingencia.</p> <p>(P)</p>	<ol style="list-style-type: none"> Atención en salud brindadas a usuarios y familias Identificación de capacidad instalada talento humano y recursos tecnológicos . Indicadores del Plan Operativo Anual Controles e indicadores del mapa de riesgos. Normalización y difusión de programas, manuales, guías, protocolos,instructivos,formatos y lineamientos internos . Autoevaluación cualitativa y cuantitativa del SUA. 	<ol style="list-style-type: none"> Proceso de Direcciónamiento estratégico y desarrollo institucional Proceso de gestión de la calidad y mejoramiento continuo. Comites institucionales. Colaboradores Usuarios , familias y grupos de interes.
2	<ol style="list-style-type: none"> Proceso de gestión de contratación . Proceso de gestión del ambiente físico. Proceso de gestión del talento humano Comités institucionales. Proceso de participación comunitaria y servicio al ciudadano. Proceso de gestión de la calidad y mejoramiento continuo Entes rectores y de vigilancia 	<ol style="list-style-type: none"> Guía para la planeación del talento humano Manual de contratación . Plan anual de adquisiciones . Planeación y seguimiento del talento humano . Plan anual de vacaciones. Compromisos comites institucionales. Normatividad vigente. 	<p>HACER:</p> <p>Gestionar el talento humano.</p> <p>Solicitar recurso tecnológico, dispositivos médicos e insumos.</p> <p>Gestionar indicadores del POA .</p> <p>Gestionar la matriz de riesgos .</p> <p>Desarrollar Programas.</p> <p>Implementar manuales , guías, protocolos, instructivos, formatos lineamientos internos.</p> <p>Priorizar y desarrollar oportunidades de mejora del SUA.</p> <p>Gestionar respuestas de SQRSS usuarios, familia y grupos de interes.</p> <p>(H)</p>	<ol style="list-style-type: none"> Suficiencia de talento humano y recursos tecnológicos dispositivos médicos e insumos . Plan operativo Ejecutado Plan de administración del riesgo ejecutado. Socialización de manuales , guías, protocolos, instructivos. Planes de mejora del SUA. Respuesta a quejas , reclamos y/ solicitudes de información del proceso. 	<ol style="list-style-type: none"> Proceso de gestión de contratación . Proceso de gestión del ambiente físico. Proceso de gestión del talento humano y desarrollo institucional. Proceso de Direcciónamiento estratégico y desarrollo institucional. Proceso de gestión de la calidad y mejoramiento continuo. Comités institucionales. Proceso de participación comunitaria y servicio al ciudadano Colaboradores. Usuario, familia y grupos de interes Entes rectores y de vigilancia
3	<ol style="list-style-type: none"> Proceso de Direcciónamiento estratégico y desarrollo institucional Proceso de gestión de la calidad y mejoramiento continuo. Comités institucionales. Proceso de participación comunitaria y servicio al ciudadano. Proceso de gestión de talento humano Entes rectores y de vigilancia . Junta Directiva de la Subred 	<p>Aplicativo evaluación de desempeño</p> <p>Manual de la mejora institucional .</p> <p>Guía para la definición y Análisis de Indicadores.</p> <p>Programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención (PAMEC).</p> <p>Procedimiento de mejora continua</p>	<p>VERIFICAR:</p> <p>Verificar suficiencia del talento humano.</p> <p>Verificar suficiencia del recurso tecnológico, dispositivos médicos e insumos.</p> <p>Evaluar el desempeño de los funcionarios</p> <p>Monitorear indicadores del POA .</p> <p>Monitorear la matriz de riesgos .</p> <p>Realizar seguimiento al Indicador del cumplimiento de programas. manuales, guías, protocolos, instructivos, formatos y lineamientos internos priorizados en el PAMEC .</p> <p>Monitorear el Indicador del cumplimiento de las oportunidades de mejora del SUA.</p> <p>Realizar seguimiento al Indicador del</p>	<ol style="list-style-type: none"> Indicador del cumplimiento de producción. Indicador del cumplimiento de metas del plan operativo Indicador del cumplimiento de metas del plan de administración del riesgo. Evaluación de desempeño . Indicador del cumplimiento de programas. manuales , guías, protocolos, instructivos, formatos y lineamientos internos priorizados en el PAMEC . Indicador del cumplimiento del plan de mejoramiento del SUA . Indicador del cumplimiento de la oportunidad y calidad de la respuestas de SQRSS usuarios, familia y grupos de interes y a los niveles de satisfacción del usuario. 	<ol style="list-style-type: none"> Proceso de Direcciónamiento estratégico y desarrollo institucional Proceso de gestión de la calidad y mejoramiento continuo. Comités institucionales. Proceso de participación comunitaria y servicio al ciudadano. Proceso de gestión de talento humano Entes rectores y de vigilancia . Colaboradores. Usuarios, familia y grupos de interes

	CARACTERIZACIÓN DE PROCESO GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA	Versión: 2			
		Fecha de aprobación: 28/10/2019			
		Código: 07-00-OD-0004			
4	1. Proceso de gestión de la calidad y mejoramiento continuo. 2. Comités institucionales. 3. Proceso de participación comunitaria y servicio al ciudadano. 4. Entes rectores y de vigilancia .	Manual de mejora continua . Plan de mejora individual. Formato de acta	ACTUAR Retroalimentar a los colaboradores según comportamiento de indicadores del POA, Matriz de riesgos, Indicador del cumplimiento de programas. manuales, guías, protocolos, instructivos, formatos y lineamientos internos. Indicador del cumplimiento de las oportunidades de mejora del SUA. Indicador del cumplimiento de la oportunidad y calidad de la respuestas de SQRSS usuarios, familia y grupos de interes y a	Actas de retroalimentación. Plan de mejora individual. Plan de mejora del proceso.	1. Proceso de gestión de la calidad y mejoramiento continuo. 2. Comités institucionales. 3. Proceso de participación comunitaria y servicio al ciudadano. 4. Entes rectores y de vigilancia .

10. RIESGOS Y CONTROLES

RIESGOS	CONTROLES
Registro clínico inadecuado e incompleto de las atenciones del paciente en los servicios de hospitalización	Informe de Auditoría concurrente
Tratamiento inadecuado a pacientes con diagnóstico de enfermedades respiratorias	Gestión de eventos adversos relacionados con tratamiento inadecuado a pacientes con diagnóstico de enfermedades respiratorias.
Infecciones asociadas a las atenciones en salud	Adherencia guía de buena practica "detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud"
Eventos adversos por demoras en la realización de procedimientos médicos o de enfermería	Adherencia guía de buena practica "detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud"
Reingresos al servicio por comunicación ausente o deficiente entre el equipo de salud y el paciente	Seguimiento a Reingreso
Caidas del paciente en el servicio	Gestión de eventos adversos relacionados con caídas
Eventos adversos relacionados con la No verificación del tratamiento previa administración (5 correctos)	Seguimiento al Reporte de eventos adversos
Inoportunidad en la programación de cirugías	Reporte semanal de cirugía programada
Cancelación de cirugías por causas atribuibles a la institución	Tablero de control cancelacion de cirugias
Demora en la evolución de los pacientes con diagnóstico de enfermedades cardiovasculares	Gestión de eventos adversos relacionados con demora en la evolución de los pacientes con diagnóstico de enfermedades cardiovasculares.
Fallas en la de supervision de contratos y/u OPS, que generan favorecimiento propio o a terceros	Reporte de quejas relacionadas Fallas en la de supervision de contratos y/u OPS, que generan favorecimiento propio o a terceros a través de PQRS
Cobro indebido por la compra de insumos, dispositivos y medicamentos por personal asistencial	Reporte de quejas a control interno y disciplinario
Probabilidad de ingreso inoportuno al servicio de hospitalización	Porcentaje de ocupación del servicio de pediatría

TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCION DEL CAMBIO
1		
2		
3	29/10/2031	Precisión del cargo del líder, alcance, definiciones, descripciones de las actividades, registros asociados al documento y campo de aplicación.

REGISTROS ASOCIADOS AL DOCUMENTO

Formato de Plan operativo anual, formato de comunicación interna, Hoja de vida indicadores aplicativo Almera , Formato de capacidad instalada talento humano, Formatos de reporte de datos e indicadores del sistema de información gerencial dinámica .
 Formatos de adición y prórroga de las órdenes de prestación de servicios. Formto de matriz de riesgos .

CAMPO DE APLICACIÓN DEL DOCUMENTO

Director técnico de servicios hospitalarios, líderes de UMHEs, especialistas, médicos internos, generales, hospitalarios, enfermeros, auxiliares de enfermería, camilleros, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas respiratorias , auxiliares de admisión y auxiliares de facturación que realizan sus actividades en los servicios hospitalarios de las UMHEs de la Subred integrada de servicios de salud Sur-occidente E.S.E

**CARACTERIZACIÓN DE PROCESO
GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA**

Versión:	2
Fecha de aprobación:	28/10/2019
Código:	07-00-OD-0004

Lugar y tiempo de Archivo: Según lo definido en TRD (Tabla de retención documental)
Disposición final: Archivo central

	ELABORÓ	REVISÓ	AVAL DE CALIDAD	APROBÓ
Nombre y apellidos:	Jacqueline Sandoval Estupiñán	Daniel Blanco Santamaría	Rosa Nohemí Mora Díaz	Victoria Eugenia Martínez Püello
Cargo y/o actividad:	Profesional especializado	Director técnico de servicios hospitalarios	Profesional especializado	Gerente
Fecha:	Octubre de 2019	Octubre de 2019	29 de Octubre de 2019	Octubre de 2019

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Logo Subred	Indique el nombre completo del proceso. Ej. Caracterización de proceso Gestión del riesgo.	Indique la versión del documento. La fecha de aprobación y el código será diligenciado por el área de calidad.	Escudo de Bogotá
----------------	--	--	------------------

1. MACROPROCESO:	Indique el macroproceso del cual se deriva el proceso al que se le hará la caracterización. Puede ser: estratégico, misional, apoyo o misional.
2. OBJETIVO:	Indique el propósito general del proceso, debe responder a la pregunta ¿Para qué?, debe ser medible y coherente, con el alcance del documento, su redacción debe iniciar con un verbo en infinitivo que indique la acción.
3. RESPONSABLE:	Registrar el Cargo o Rol del responsable de la aprobación técnica, socialización, ejecución, seguimiento y actualización del proceso. Ejemplos: Director de servicios compartidos, Jefe Oficina de Control Interno, entre otros.
4. ALCANCE:	Describa de manera general los límites del proceso, definiendo su inicio o fin, tome como referencia la primera y la última actividad descrita en el proceso.
5. INDICADORES:	Enuncie los indicadores que usa el proceso para evaluar y hacer seguimiento al objetivo del mismo.
6. SUBPROCESOS O SERVICIOS:	Indique los subprocesos o servicios dependientes del proceso que aquí se describe

7. SOPORTES NORMATIVOS

Indique el marco regulatorio nacional que existe en el ordenamiento jurídico que se relacione con el alcance y objetivo del proceso

8.. DEFINICIONES

Se deben enunciar las definiciones que permitan el entendimiento del documento o que requiere de alguna aclaración para comprender el contexto del documento, la palabra a definir se marca en negrilla, y se colocan en orden alfabético.

9. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Nº	PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	PHVA	SALIDA	CLIENTE
	Registrar el nombre de un proceso, un cargo o rol, o entidad externa que provee insumos para ejecutar las actividades del proceso. Puede ser un documento, bien o servicio.	Insumo proporcionado por los proveedores. Las entradas pueden ser, información de tipo legal, documentos o necesidades.	Registrar la acción en orden secuencial que hace parte del proceso. Su redacción debe iniciar con un verbo en infinitivo. En este campo se puede realizar llamados a otros documentos que se encuentren en ALMERA (Procesos, procedimientos, guías, entre otros) para identificar la relación entre los mismos.	Para la definición de las actividades asociadas al proceso se usa el ciclo PHVA (P=Planear, H= Hacer, V= verificar, A=actuar), en esta casilla por favor escriba la inicial de PHVA acorde a la actividad enunciada.	Detallar los productos (Documentos o registros) que se generan al ejecutar la actividad. Ejemplo: Plan Estratégico aprobado.	Registrar el nombre de un proceso, cargo o rol, o entidades externas que reciben la salida generada de la ejecución de la actividad.

10. RIESGOS Y CONTROLES

RIESGOS	CONTROLES
Indique los riesgos asociados al proces. (Referencia en Desarrollo Institucional)	Asocie el control correspondiente al riesgo definido.

TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCION DEL CAMBIO
En esta parte se describen los cambios realizados en cada versión del documento, lo anterior permite el control y trazabilidad del mismo; para ello deberá colocar por cada versión la fecha de aprobación de cada una formato (dd-mm-aaaa) y en la descripción, detalle de manera simplificada las modificaciones realizada.		

REGISTROS ASOCIADOS AL DOCUMENTO

Relacione el nombre del registro o formato que se genera o soporta la actividad y el código que lo identifica, si se aplica en caso de no generarse ningún registro dejar la casilla en blanco

CAMPO DE APLICACIÓN DEL DOCUMENTO

Señale claramente en dónde, dentro de la Subred, está indicada la utilización del presente proceso, a qué equipo de trabajo va dirigido y la relación existente con otros documentos.

Lugar y tiempo de Archivo: Según lo definido en TRD (Tabla de retención documental)

Disposición final: Archivo central

	ELABORÓ	REVISÓ	AVAL DE CALIDAD	APROBÓ
Nombre y apellidos:	Nombre del colaborador que elabora el documento	Nombre del director o líder del proceso	Nombre del profesional de calidad designado para hacer revisión el document tanto de fondo como de	Nombre de la Gerentede la Subred
Cargo y/o actividad:	Cargo del colaborador o líder.	Director, jefe de oficina o líder.	Profesional de apoyo del área de calidad	Gerente
Fecha :	Fecha en que se elaboró el documento.	Fecha en que se revisó por parte de la dirección el documento.	Fecha de aprobación y publicación del documento	Fecha de aprobación y publicación del documento