

		E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA NIT: 891.412.134-1 CARACTERIZACIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO			CÓDIGO: CT-MC-001 VERSIÓN:001 FECHA: 9 DICIEMBRE 2024				
PROCESO:		Mejoramiento Continuo			TIPO DE PROCESO		Estratégico		
OBJETIVO:		Asegurar un sistema de gestión de la calidad adecuado, conveniente y eficaz que promueva la mejora continua en los procesos, a través de la identificación, análisis de oportunidades de mejora, garantizando la atención centrada en el paciente, la promoción de la cultura de la calidad y el cumplimiento de los estándares del sistema único de habilitación y acreditación en salud.			PARTICIPANTES		Gerencia General, Coordinador Planeación, Subgerencia Administrativa, Control Interno, Auditores Internos		
RESPONSABLE:		Coordinador de Calidad							
ENTRADA		PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR	SALIDA			
Resultados Indicadores de gestión Resultados de Auditorías internas y externas Reportes de No conformidades, Salidas No conformes y eventos adversos Requisitos normativos, estándares y lineamientos Requerimiento de información documentada de los procesos Reporte de cambios institucionales		Definición del Plan y programa de Auditorías del Sistema de Gestión de la calidad	Ejecutar auditorías internas y externas del Sistema de Gestión de la Calidad * Acompañar las auditorías de entes regulatorios y entidades prestadoras de salud	Analizar los resultados de las auditorías internas y la eficacia de las acciones tomadas		Acciones correctivas y de mejora cerradas Información documentada estandarizada del Sistema de gestión Cumplimiento de estándares de acreditación en salud y normatividad vigente. Gestión del cambio documentada			
		Programar revisiones periódicas del desempeño de los procesos	Realizar la revisión periódica del desempeño de indicadores de gestión de los procesos	Validar el cumplimiento de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y la gestión de las acciones tomadas frente a las desviaciones					
		Programar revisiones periódicas de información documentada del Sistema de Gestión de la Calidad	Creación, estandarización y control de la información documentada	Revisar periódicamente los vencimientos, actualizaciones y disponibilidad de la información documentada en los puntos de uso					
PROVEEDORES		Definir periodicidad de seguimiento al cierre de las salidas no conformes, acciones correctivas y de mejora	Orientar y hacer seguimiento al cierre de las salidas no conformes, acciones correctivas y de mejora	Validar el cierre eficaz de las acciones tomadas para las salidas no conformes, las no conformidades y oportunidades de mejora	Implementación de Acciones correctivas y de mejora	CLIENTES			
INTERNOS	EXTERNOS	INTERNOS	EXTERNOS						
Todos los procesos Auditores Internos	Organismos de acreditación y certificación. Entes de control y vigilancia en salud.	Plan de trabajo del eje de Riesgos	Identificar, analizar, priorizar y monitorear los riesgos institucionales de acuerdo al plan de trabajo del eje de riesgos	Eficacia de los controles operacionales y materialización de los riesgos * Cumplimiento al plan de trabajo del eje de riesgos y el impacto de sus actividades		Todos los procesos	Entes de vigilancia y control Entes certificadores Aseguradoras		
		Identificación de cambios institucionales	Documentar y hacer seguimiento al cumplimiento a las fases de la gestión del cambio	Cierre eficaz de las acciones abordadas en la gestión del cambio					
		Programar fechas límites de reportes a entes de control y aseguradoras	Realizar los reportes a los entes de control y aseguradoras	Cargue de información, oportunidad del reporte y custodia de los soportes					
		Proyectar línea de tiempo para el desarrollo de la ruta crítica del PAMEC	Desarrollar actividades programadas de la ruta crítica del PAMEC	Cumplimiento a la línea de tiempo y cierre eficaz de las acciones					
		Plan de trabajo de Eje de mejora continua	Llevar a cabo actividades del Eje de mejora continua	Cumplimiento al plan de trabajo del eje de mejora continua y el impacto de las actividades					
Cronograma de actividades de habilitación	Dar cumplimiento a las actividades del cronograma de habilitación	Cumplimiento al cronograma de habilitación							
RIESGOS DEL PROCESO		REQUISITOS		RECURSOS		INDICADORES			
MT- MC-001 Matriz de Riesgos de Calidad		ISO 9001:2015 Numerales: 4.4.1, 4.4.2, 4.4, 5.2.1, 5.2.2, 6.1, 6.2, 7.1.1, 7.3, 7.4, 7.5, 7.5.3.1, 7.5.3.2, 8.2, 8.2.3, 9.1.1, 9.1.3, 9.2, 9.3, 10.1, 10.2.1, 10.2.2, 10.3 Estándares de Acreditación Resolución 3100 de 2019		Humanos: Coordinador de Calidad, Auditores Internos, Equipo de gestión de riesgos, líderes de procesos, Personal asistencia, Asesores externos Tecnológicos: Software de gestión documental, Canales de comunicación internos, Equipos de computo, herramienta ofimáticas Físicos y documentales: Políticas y manuales del SGC, Procedimientos documentados, Informes de auditorías previas, NTC y Estándares de acreditación en salud, espacios para reuniones, tableros físicos o virtuales		FT-DEG-001 Tablero de Mando de Indicadores			
		DOCUMENTOS ASOCIADOS							
		FT-MC-001 Listado Maestro de Documentos							
CONTROL DE CAMBIOS									
VERSIÓN		DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO				FECHA			
001		Creación del documento				9 DICIEMBRE 2024			