



## POLÍTICA DE CALIDAD

Fecha:	16/06/2025
Código:	MDE-GPDI-PG-PO-015
Versión:	03
Página No.	1 de 13

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA  
LA PLATA HUILA  
PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO  
ESTRATEGICO

# POLÍTICA DE CALIDAD

DOCUMENTO CONTROLADO

— Salud Integral, Impacto Real —

“Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua “Documento Controlado” Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital”

## 1. INTRODUCCIÓN

La ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua ha desplegado valiosas iniciativas destinadas a mejorar la calidad de la atención en salud, lo cual implica organizar y estructurar los procesos para cumplir las metas trazadas de una manera efectiva y eficiente.

La prestación de servicios seguros, humanizados y alineados con el cumplimiento de altos estándares de calidad es un compromiso constante en la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua, por lo cual, la estructuración de políticas que guíen el actuar del cliente interno en la institución y en el proceso de atención, y las cuales se integren con el direccionamiento estratégico institucional, es de vital importancia para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y la salud de la población.

El desarrollo de la Política de Calidad es una de las estrategias fundamentales en la mejora continua de los procesos, ya que enmarca el camino y la dirección que debe seguir la organización.

El cumplimiento del Sistema Obligatorio de la Calidad en Salud en cada uno de sus componentes: Sistema Único de Habilidades, Sistema único de Acreditación, Sistema de Información para la Calidad y el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de Calidad se constituyen como una herramienta para el respectivo control y cumplimiento de la normatividad que busca garantizar servicios de salud que respondan a las necesidades de los usuarios.

## 2. JUSTIFICACIÓN

La calidad de la atención en salud dentro del marco del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud y sus respectivos componentes, se centran en el usuario y en la respuesta oportuna a sus necesidades relacionadas con la prestación de servicios de salud garantizando el cumplimiento de atributos de calidad como accesibilidad, oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad y satisfacción a través de evaluación y seguimiento de procesos institucionales.

## 3. ALCANCE

Brindar una atención segura y obtener los resultados deseados a través de la búsqueda de la mejora continua de procesos institucionales que se traducen en prestación de servicios con calidad, trato humanizado y satisfacción de los usuarios y sus familias.

— Salud Integral, Impacto Real —

## 4. OBJETIVOS:

### 4.1. OBJETIVO GENERAL

Propender por la mejora del nivel de calidad, haciendo el mejor esfuerzo por ser una institución competitiva y de excelencia, logrando el reconocimiento en el ámbito regional y nacional.

### 4.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS

Prestar servicios de salud integrales, centrados en el usuario y su familia, garantizando condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, humanización, eficiencia, eficacia y efectividad; identificando y reduciendo los riesgos que puedan resultar de los procesos asistenciales y administrativos procurando la satisfacción del paciente y su familia.

Diseñar e implementar un modelo de mejoramiento continuo de calidad transversal a toda la organización, que promueva la integración sistemática de las diferentes áreas de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua, permitiendo que los procesos de calidad sean efectivos y eficientes, transformen la cultura de la mejora y sea sostenible en el tiempo.

Identificar las necesidades y expectativas de los clientes y con base en ello diseñar y planear los procesos institucionales.

Cumplir con los lineamientos de la normatividad del sistema obligatorio de garantía de la calidad.

Garantizar la gestión de los recursos humanos, físicos, técnicos, locativos y financieros necesarios que apunten al mejoramiento continuo de la calidad.

Velar por el cumplimiento de las demás políticas institucionales que apoyen el mejoramiento de la calidad.

## 5. CONTEXTO DE LA POLÍTICA:

### 5.1. MARCO LEGAL

Constitución Política, Ley 10 de 1.990		Principios fundamentales
Ley 100 de 1993	Congreso de la Republica	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
Ley 1122 de 2.007	Congreso de la Republica	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Decreto 1011/2006	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud mediante el cual se lidera en Colombia una Política de Seguridad del Paciente, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente y reducir la ocurrencia de los eventos adversos asociados a los procesos de atención en salud.
Ley 1438 de 2.011	Congreso de la Republica	Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 780 de 2016	Ministerio de Salud y Protección Social	“Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”
Resolución 5095 de 2018	Sistema Único de Acreditación	Por la cual se adopta el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y

— Salud Integral, Impacto Real —

“Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua “Documento Controlado” Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital”

		Hospitalario de Colombia Versión 3.1".
Resolución 3100 de 2019	Sistema Único de Habilitación	Establece las condiciones de habilitación como la capacidad técnico-Administrativa, suficiencia Patrimonial y Financiera, capacidad Tecnológica y Científica.
Resolución 0256 de 2016 M	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud
Resolución 1552 de 2013	Ministerio de Salud y Protección Social	Reglamenta parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto Ley 019 de 2012 – conocido mejor como ley anti-tramites, y exige a las EPS y a su red de prestadores tener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año.
Circular 012 de 2016	Superintendencia Nacional de Salud	Por la cual se hacen admisiones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 047 de 2007 y se imparten instrucciones en lo relacionado con el PAMEC y el Sistema de Información para la Calidad
Decreto 2193 de 2004	Ministerio de Salud y Protección Social	Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 42 de la Ley 715 de 2001 y 17 de la Ley 812 de 2003.

## 6. DEFINICIONES:

**CALIDAD:** La calidad está relacionada con las percepciones de cada individuo para comparar una cosa con cualquier otra de su misma especie, y diversos factores como la cultura, el producto o servicio, las necesidades y las expectativas influyen directamente en esta definición.

**CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD:** oportunidad, continuidad, e integralidad con que se presta la atención, siendo importante la relación interpersonal con el paciente, las características del lugar en que se preste el servicio y la facilidad de acceso que se tenga para la prestación de éste.

**ACREDITACIÓN EN SALUD:** Proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del usuario en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizados para dicha función.

**ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD:** Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas implantadas dentro del sistema de la calidad, para proporcionar la confianza adecuada de que una entidad cumplirá los requisitos para la calidad.

**AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD:** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

**CLIENTE:** Las personas u organizaciones que se sirven por la organización. Se incluyen clientes internos y externos. Expectativa: Esperanza o posibilidad de conseguir una cosa.

## **SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD (SOGCS)**

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud 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.

**OPORTUNIDAD:** Circunstancia, momento o medio oportuno para realizar o conseguir algo

**EFICIENCIA:** Capacidad para realizar o cumplir adecuadamente una función.

**CONTINUIDAD:** Circunstancia de suceder o hacerse algo sin interrupción.

**ATENCIÓN EN SALUD:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

**RIESGO:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

**SEGURIDAD:** Ausencia de peligro o riesgo.

## **7. VALORES Y PRINCIPIOS**

### **INTEGRACIÓN CON EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:**

La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad de la atención en salud y es transversal a todos sus componentes.

**ENFOQUE DE ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO:** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

**CULTURA DE SEGURIDAD:** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

**ALIANZA CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA:** La política de calidad paciente debe contar con la participación de pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

**ALIANZA CON EL PROFESIONAL DE LA SALUD:** La política parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

## 8. METAS

Satisfacer de las necesidades y expectativas de sus Usuarios, brindando un servicio con pertinencia y oportunidad, aplicando las mejores prácticas y buscando mejorar continuamente.

El gerente y los colaboradores de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata-Huila, se comprometen a generar valor agregado a sus servicios, enfocándolos a satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes, promoviendo acciones de mejoramiento continuo orientadas al cumplimiento de altos estándares de calidad logrando el reconocimiento en el ámbito regional y nacional.

## 9. ESTRATEGIAS

- ✓ Educación a través de plan anual de capacitaciones.
- ✓ Gestión de la información (Información documentada).
- ✓ Medición de desempeño de los procesos (metas e indicadores). Publicación de la Política de Gestión de Calidad en lugares visibles.
- ✓ Participación de los usuarios a través de encuestas.
- ✓ Comunicación y divulgación a través de comité de calidad.

- ✓ Mantener una comunicación amena, permanente y activa con los usuarios, brindándoles orientación de sus deberes y derechos que contribuya al mejoramiento de la calidad en la prestación de nuestros servicios.

## 10. LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

- ✓ Sistema Único de Habilitación.
- ✓ Sistema Único de Acreditación.
- ✓ Sistema de Información para la Calidad.
- ✓ Programa de Auditoría para la Mejora Continua.
- ✓ Política y Programa de Seguridad del Paciente.
- ✓ Seguimiento al riesgo en Salud.

## 11. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

- ✓ Seguimiento a comités institucionales.
- ✓ Evaluación en las auditorías internas con las No conformidades.
- ✓ Evaluación de adherencias de guías Procedimientos asistenciales.
- ✓ Autoevaluación de Habilitación.
- ✓ Autoevaluaciones de Acreditación.
- ✓ Seguimiento y monitoria a indicadores de calidad.
- ✓ Informes rondas de Calidad.
- ✓ Seguimiento a riesgo.
- ✓ Reporte del evento adverso.

- ✓ Herramientas para identificar oportunidades de mejora dentro del sistema de gestión de calidad.
- ✓ Comité de Gestión Clínica con periodicidad mensual.
- ✓ Mantener una comunicación amena, permanente y activa con los usuarios, brindándoles orientación de sus deberes y derechos que contribuya al mejoramiento de la calidad en la prestación de nuestros servicios.

## **12. INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA**

Además de monitorizar el comportamiento de los Indicadores normativos que aplican al HDSAP de la resolución 256 de 2016, los 1552 de 2018 y 408 de 2018. La oficina de garantía para la calidad tiene los siguientes indicadores con los cuales vigila y controla el mejoramiento institucional.

**12.1.** Proporción de actividades de mejora cumplidas: Número de actividades de mejora calificadas como cumplidas / Número total de actividades de mejora identificadas\*100.

**12.2.** Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud: Numero de acciones de mejoramiento ejecutadas/ Número total de actividades de mejora planeadas\*100

**12.3.** Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación vigencia anterior: promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia anterior.

**12.4.** Proporción de Cumplimiento de indicadores de acuerdo con los estándares: Número de indicadores que cumplen la meta / Número total de indicadores aplicables al Hospital Departamental San Antonio de Padua \*100

### **Anexos de Indicadores:**

- ✓ Fichas técnicas indicadores
- ✓ Programa de Auditorías Internas

- ✓ Documento PAMEC

Para garantizar estas intervenciones la ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA cuenta con equipo de trabajo para la mejora continua, buscando lograr estándares de calidad.

### 13. MEJORA

Acciones correctivas y planes de mejoramiento derivadas de: auditorías internas, externas, comités institucionales, evaluación de adherencias de guías y procedimiento asistenciales, no conformidades, autoevaluaciones de habilitación, autoevaluación de acreditación, seguimiento a indicadores frente a desviaciones presentadas, análisis de eventos adversos, unidades de análisis, entre otras.

### 14. DEFINICIÓN DE ROLES Y RESPONSABILIDADES

Estrategia	Responsable(s)	Rol
Capacitador. Dirigir y coordinar la formulación de política, planes y programas de política de calidad.	Líder de la política institucional de Calidad	Educación
Facilitador. Apoyo en la ejecución de políticas, planes, programas, socialización y proyectos que apunten al cumplimiento de los objetivos de la política de calidad.	Líder de procesos institucionales	Educación
Evaluador. Seguimiento cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la entidad y recomendar los ajustes necesarios.	Líder de procesos institucionales control interno	Evaluador
Comunicador. Desarrollar metodologías, instrumentos y herramientas necesarios para lograr la divulgación.	Líder de procesos institucionales	Información, comunicación

## 15. PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	COMENTARIO
01	01/07/2019	Implementación de la Política en la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua Res. 135 de 14 Marzo 2019.
02	20/05/2021	Se Documenta la Política Res. 203 de 10 Agosto 2021.
03	16/06/2025	Actualización tercera versión, alineando Plataforma Estratégica, Plan Desarrollo Institucional 2024 - 2028 y lineamientos del instructivo elaboración de documentos institucionales.

## 16. APROBACIÓN

Elaborado por: <b>Nombre: MONICA CHAVARRO FERNÁNDEZ</b>	<b>Fecha:</b> 01/07/2019
Actualizado por: <b>Nombre: BLANCA NUBIA RODRIGUEZ SAENZ</b> <b>Cargo: Firma:</b>	<b>Fecha:</b> 27/05/2025
Revisado por: <b>Nombre: CARLOS ANDRÉS PUYO</b> <b>Cargo: Profesional Especializado Apoyo Planeación</b> <b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b> 10/06/2025
Aprobado por: <b>Nombre: JOSÉ ANTONIO MUÑOZ PAZ</b> <b>Cargo: Gerente</b> <b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b> 16/06/2025

— Salud Integral, Impacto Real —

“Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua “Documento Controlado” Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital”

## 17. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Calidad en Salud en Colombia- Los principios, Carlos Alfonso Kerguelén Botero.
- ✓ Sistema de gestión de calidad Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Observatorio nacional de calidad de la atención en Salud- Guía Metodológica, Ministerio de Salud y Protección Social en Salud
- ✓ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/calidad-salud-colombia.pdf>
- ✓ <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/calidad-atencion-en-salud-home.aspx>
- ✓ <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1450/119%20CONTENUTO%20EN%20SALUD%20Y%20CALIDAD%20EN%20COLOMBIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>