
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	<b>Fecha: 24/02/2023</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	<b>Código: SCGC</b>
		<b>Versión: 11</b>
		<b>Página 1 de 44</b>




Elaboró	Revisó	Aprobó
<b>Everlides Manosalva R.</b> Auditor en Calidad.	<b>Eliana Aponte.</b> Subdirector Científico.	<b>Miguel Soto Ruiz.</b> Gerente.
	<b>Lina E. Rodríguez</b> Líder de Calidad.	

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
		Código: SCGC
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Versión: 11
		Página 2 de 44

## TABLA DE CONTENIDO.

ÍTEM		PÁG.
	<b>INTRODUCCIÓN.</b>	
1	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>5</b>
2	<b>MARCO NORMATIVO.</b>	<b>6</b>
3	<b>MARCO TEÓRICO.</b>	<b>8</b>
4	<b>TAFORMA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL.</b>	<b>12</b>
5	<b>MARCO ESTRATÉGICO DEL PAMEC.</b>	<b>16</b>
6	<b>LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES PARA EL DESARROLLO DEL PAMEC.</b>	<b>18</b>
7	<b>METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD.</b>	<b>22</b>
8	<b>BIBLIOGRAFÍA.</b>	<b>37</b>
	<b>ANEXOS.</b>	
1	<b>RUTA CRÍTICA DEL PAMEC - 2024.</b>	<b>39</b>
2	<b>HOJA RADAR PARA LA CALIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD.</b>	<b>40</b>

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
		Código: SCGC
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Versión: 11
		Página 3 de 44


## INTRODUCCIÓN.

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en salud PAMEC es una herramienta que permite el seguimiento y medición del Sistema de Gestión de la Calidad en desarrollo del Sistema único de habilitación, Sistema Único de Acreditación y sistemas de información, ya que está articulado de manera que se maximicen de manera eficiente los recursos empleados para que se alcancen los resultados esperados, con un enfoque centrado en el usuario y el mejoramiento de los procesos institucionales y el manejo de los riesgos asociados a la atención en salud. En este programa se expresa nuestro compromiso con el cumplimiento de la misión hacia el logro de una gestión eficiente y con calidad, respeto por las normas internas y externas, oportunidad en la prestación de servicios de salud, comportamiento ético de los servidores públicos y una clara orientación hacia el cumplimiento de las políticas y objetivo de calidad institucionales en caminadas al mejoramiento de la Salud y de la Vida de los habitantes del municipio y corregimiento de Valledupar.


El documento PAMEC y sus diferentes herramientas se articulan con la filosofía del direccionamiento estratégico de la Empresa, queriendo de la misma manera como se menciona en el Plan de gestión 2022-2024, la prestación de servicios de salud con calidad, humanización, seguridad y responsabilidad social, generando una atención integral materializados en el cumplimiento de la misión, visión, valores, políticas y objetivos empresariales.

El presente Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad se fundamenta principalmente en la autoevaluación de los estándares de acreditación en salud, realizada por el Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E., para la vigencia 2024, la cual se basa en lo descrito en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia, versión 3.1, enmarcado en la Resolución 5095 del 2018 y Resolución 1328 de 2021, Expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, “Por medio de la cual se modifica el artículo 1 de la Resolución 5095 de 2018, en el sentido de adoptar los estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad”. Por otra parte el programa también se fundamenta en las diferentes fuentes, contenidas en el Modelo de mejoramiento continuo institucional.

Este contiene todas las etapas de la auditoria para el mejoramiento de la calidad, iniciando con la autoevaluación y terminando con el aprendizaje organizacional en la Empresa, siempre articulando las oportunidades de mejora gestionadas a los diferentes procesos de la institución y fuentes de mejoramiento.


	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
		Código: SCGC
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Versión: 11
		Página 4 de 44

El Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E., define el presente documento como una herramienta sistemática y continua de evaluación y mejora de la calidad observada frente a la calidad esperada de la atención en salud de nuestros usuarios, con el fin de alcanzar altos estándares de calidad en pro del derecho a la salud y calidad de vida de los trabajadores, pacientes y demás grupos de interés.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
		Código: SCGC
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Versión: 11
		Página 5 de 44

## 1. JUSTIFICACIÓN:


Este documento tiene como fin, precisar la manera en que la E.S.E. Hospital Eduardo Arredondo Daza, pone en marcha e implementa el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud, durante la vigencia del año 2024, a fin de brindar servicios integrales de salud, basados en una atención humanizada, con un enfoque en acreditación en salud, el cual se basa en lo descrito en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia, versión 3.1, enmarcado en la Resolución 5095 del 2018 y Resolución 1328 del 2021, expedido por Ministerio de Salud y de la Protección Social.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
		Código: SCGC
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Versión: 11
		Página 6 de 44


## 2. MARCO NORMATIVO.

El componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud en Colombia tiene sus bases legales en las siguientes disposiciones gubernamentales:

- **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA:** “Derecho fundamental a la vida y a la salud”.
- **LEY 100 DE 1993.** Expedido por el Congreso de Colombia, “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones” Es la Ley marco actual del sistema de seguridad social en el Artículo 153 numeral que determina “El sistema establecerá mecanismos de control de los servicios para garantizar al usuario calidad en la atención oportuna personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo a los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional”.
- **En el Artículo 188.** “Se establece que el Ministerio de Protección social defina normas de calidad y satisfacción al usuario y que las entidades de salud no podrán discriminar la atención al usuario”.
- **El Artículo 227.** Estipula que “Es facultad del gobierno Nacional expedir normas relativas a la organización de un Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud, incluyendo la auditoria médica.”
- **LEY 1438 DE 2011.** Expedido por el Congreso de Colombia, "por medio de la cual se reforma el sistema general de. seguridad social en salud y se dictan otras. Disposiciones.
- **DECRETO 903 DE 2014.** Expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, Por medio del cual se ajusta el Sistema Único de Acreditación en Salud, entendido como un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención de Salud.
- **DECRETO 780 DEL 2016.** Expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, entre otros:
- Establece las pautas de auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	<b>Fecha: 24/02/2023</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA</b> <b>GARANTIA DE CALIDAD</b>	<b>Código: SCGC</b>
		<b>Versión: 11</b>
		<b>Página 7 de 44</b>

- Describe los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
- **DECRETO 1499 DE 2017.** Expedido por el Departamento Administrativo de la función Pública, “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”.
- **RESOLUCION 2082 DE 2014.** Expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, “Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud”.
- **RESOLUCIÓN 256 DEL 2016.** Expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, “Por el cual se define el sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema Obligatorio de Garantía de La Calidad de la Atención en salud”.
- **RESOLUCION 5095 de 2018.** Expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, “Manual de estándares de Acreditación ambulatorios y hospitalarios”.
- **RESOLUCION 3100 DE 2019.** Expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”.
- **RESOLUCION 1328 DE 2021.** Expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, “Por medio de la cual se modifica el artículo 1 de la Resolución 5095 de 2018, en el sentido de adoptar los Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad”.
- **CIRCULAR 049 2006 y modificaciones.** Expedido por la Superintendencia Nacional de Salud, Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud; los indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención de salud (auto evaluación de la red prestadora de servicios de salud y atención del usuario) en las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica y el régimen de salud que administren, incluyendo las empresas de medicina prepagada, y los requerimientos de información.
- **CIRCULAR EXTERNA 012 DE 2016.** Expedido por la Superintendencia Nacional de Salud, Por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 047

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
		Código: SCGC
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Versión: 11
		Página 8 de 44

de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y el Sistema de información para la calidad.

### 3. MARCO TEÓRICO.

La calidad es un término que se relaciona con la naturaleza de las cosas. La calidad se logra establecer y controlar a medida que se controle su producción. Se define la calidad como la producción asequible de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

Se concede una gran importancia a la accesibilidad y la equidad como condiciones complementarias entre sí, e indispensables para contribuir al logro de resultados deseables en salud.


El concepto de nivel profesional óptimo debe entenderse como la interacción de un conjunto de factores estructurales y de procesos orientados a la obtención de un resultado. Durante estos años el concepto de calidad ha ido evolucionando, hoy se tiende a involucrar a todos los individuos de la organización en la atención de sus clientes (internos y externos) y los sistemas de calidad se encaminan en la prevención de fallas, disminución de la variación de los procesos, entre otros.

Las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de los servicios de Salud, operarán los siguientes niveles:

- **AUTOCONTROL:** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa.
- **AUDITORÍA INTERNA:** Evaluación sistemática realizada por la misma institución, su propósito es contribuir a la cultura del autocontrol,
- **AUDITORÍA EXTERNA:** Evaluación sistemática realizada por un ente externo a la institución.

Para que el modelo de auditoría opere en los niveles esperados y con el enfoque deseado se debe promover institucionalmente las acciones que permitan establecer los mecanismos necesarios que fortalezcan la cultura de mejoramiento continuo y de autocontrol.

El modelo de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Código: SCGC
		Versión: 11
		Página 9 de 44

- **ACCIONES PREVENTIVAS:** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.
- **ACCIONES DE SEGUIMIENTO:** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización, durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
- **ACCIONES COYUNTURALES:** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de la salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.


Los conceptos de mayor relevancia a tener en cuenta para el PAMEC, son:

- **AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.** La auditoría base de este modelo para todos los efectos se entenderá como se define en el Decreto 780 de 2016, en su artículo 1 Parágrafo 1 como “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”, Significa la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnico- científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud.

Se define como un examen sistemático de las actuaciones y decisiones de las personas con respecto a la calidad, con el objeto de verificar o evaluar de manera independiente e informar el cumplimiento de los requisitos del contrato del producto o servicio.

Es una iniciativa que busca mejorar la calidad y resultado de la atención en salud, se examinan sus prácticas contra estándares preestablecidos y se modifica la práctica donde esté indicado.

- **AUDITORIA INTERNA:** Es uno de los componentes del Sistema de Control Interno de Gestión, encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Código: SCGC
		Versión: 11
		Página 10 de 44


controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

- **AUDITORIA EXTERNA:** En este tipo de auditoria se presenta un cambio en la relación entre los participantes. El cliente es una organización distinta al auditado,
- **AUDITADO:** Organización o proceso que es auditado.
- **AUDITOR:** Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoria.
- **ALCANCE DE LA AUDITORIA:** Extensión y límites de una auditoria. El alcance de la auditoria incluye generalmente una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos, así como el período de tiempo cubierto.
- **CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA:** Resultado de una auditoria, que se informa al auditado, tras cumplir los objetivos de la auditoria, contiene conforme al alcance de la misma todos los hallazgos detectados.
- **CRITERIOS DE AUDITORIA:** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos. Los criterios de auditoria se utilizan como una referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoria
- **DOCUMENTO PAMEC:** Se define como un documento importante para la institución ya que promueve el mejoramiento continuo, con énfasis en los Procesos de Prestación de los Servicios Asistenciales.

Tiene relación directa con la dinámica que mueve el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en Salud, mejorando continuamente y alcanzando resultados que se ven reflejados en la responsabilidad social de las instituciones de salud, en la prevención del riesgo, en una mejor atención con la minimización de riesgos derivados de esa atención etc.... Se distingue por la especificidad de su modelo con características que van desde la evaluación, planeación, verificación de resultados, corrección y aprendizaje, orientado al cumplimiento constante de los estándares de calidad., en este caso, quiere decir, desarrollar mecanismos para identificar, satisfacer


En la ESE Hospital Eduardo Arredondo Daza, se formula y desarrolla el PAMEC teniendo en cuenta los pasos de la ruta crítica descritos en las pautas y guías indicativas de Auditoría del Ministerio de Salud, hoy Ministerio de Salud y de la Protección Social.

- **ESTANDAR:** Expresiones desarrolladas profesionalmente de los rangos de variaciones aceptables de una norma o criterio. Nivel alcanzable y deseable del desempeño contra el cual puede ser comparado el desempeño actual. Hay diferentes

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Código: SCGC
		Versión: 11
		Página 11 de 44

tipos de estándares de acuerdo hacia donde estén dirigidos, ya sea, hacia la estructura, el proceso o el resultado.

- **ESTANDARIZACION:** Actividad mediante la cual se implanta un proceso controlado con sistemas de medición que permite que el proceso se repita de manera similar independientemente de las personas que lo operan, con el fin de garantizar un desempeño esperado.
- **EVIDENCIA DE LA AUDITORIA:** Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información documentada, graficada o grabada con apoyo tecnológico, que son pertinente para los criterios de auditoria y que son verificables. Está basada en muestras de la información disponible.
- **EVALUACION:** Emisión de un juicio al compararlo lo que debería ser con lo que es a través de indicadores y de estándares medidos.
- **FORTALEZAS:** Son mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios que se constituyen en factores potenciales de éxito ante el entorno, los cuales pueden deberse a un elevado dominio de funciones o procesos, o pueden resultar de aspectos tradicionales del día a día de la organización.
- **GESTION DE LA CALIDAD:** Conjunto de acciones sistematizadas y continuas dirigidas a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible o que incrementan los riesgos a los pacientes a través de monitoria, evaluación, diseño, desarrollo y cambio organizacional.
- **HALLAZGOS DE LA AUDITORIA:** Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoria recopilada frente a los criterios de auditoria. Los hallazgos de la auditoria pueden indicar tanto conformidad o no conformidad con los criterios de la auditoria como oportunidades de mejora
- **INDICADORES:** Se refiere a la información numérica que cuantifica (mide) las dimensiones de entrada, salida y de desempeño de procesos, productos y servicios de la organización como un todo. Estas variables permiten medir, evaluar y compara, cuantitativamente en el tiempo, su propio comportamiento y su posición relativa respecto de sus similares de otras realidades.
- **INDICADOR DE CALIDAD:** Permite asegurar que los productos y servicios alcancen los estándares de calidad previamente definidos.
- **MEJORA CONTINUA:** Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir requisitos, parámetros o referentes.
- **MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD:** La auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención de salud implica:

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	<b>Fecha: 24/02/2023</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA</b> <b>GARANTIA DE CALIDAD</b>	<b>Código: SCGC</b>
		<b>Versión: 11</b>
		<b>Página 12 de 44</b>

- La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
  - La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
  - La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.
- **OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO:** Son los vacíos encontrados en los mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios relacionados con el enfoque, la implementación o los resultados esperados.
  - **PLAN DE AUDITORIA:** Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoria.
  - **PROCESO:** Se define como un conjunto de actividades enlazadas entre sí, que parten de una o más entradas, que una vez transformadas en bienes o servicios generan satisfacción de una necesidad.
  - **PROGRAMA DE AUDITORIA:** Conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico. Un programa de auditoria incluye todas las actividades necesarias para planificar, organizar y llevar a cabo las auditorias.


#### 4. PLATAFORMA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL.

##### a. Misión:

Prestar servicios de salud con enfoque diferencial, en un modelo de atención integral basado en la Promoción de la salud y la Prevención de la enfermedad, de manera oportuna, segura, humanizada, eficiente, con responsabilidad social, apoyados en un equipo de trabajo competente, tecnología apropiada y desarrollo investigativo, propiciando espacios de apoyo y articulación en Docencia Servicio.

##### b. Visión:

El Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E., se proyecta, como Institución líder en el área de influencia del Municipio de Valledupar, en la prestación de servicios de baja complejidad, con calidad, humanidad, rentabilidad social y autosostenible, enfocada hacia el bienestar de la comunidad.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
		Código: SCGC
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Versión: 11
		Página 13 de 44

**c. Objetivo Estratégico.**

Orientar el desarrollo del Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E, hacia el mejoramiento de la Gestión Organizacional a través de la implementación del Sistema Integral de Garantía de Calidad, encaminado hacia resultados que evidencien el progreso en la calidad en la Prestación de Servicios de Salud Seguros, con Calidez, Sistema Integral de Gestión y Control, Desarrollo Organizacional, la Sostenibilidad Financiera y la Responsabilidad Social y Ambiental.

**d. Objetivos estratégicos Sistema Gestión de la Calidad.**

Además de ejecutar procesos asistenciales y de apoyo bajo un marco general del cumplimiento de las normas y de garantía de la calidad, se quiere establecer una línea clara de atención centrada en la seguridad del paciente, que permita además de mejorar su condición de salud y vida, fidelizarlo como usuario en la Institución.

**e. Objetivos estratégicos en la Prestación de Servicios y Humanización.**


Prestar servicios de salud, integrales, con atención humanizada, centrada en el usuario y su familia con énfasis en la promoción y mantenimiento de la salud y mejoramiento de niveles de salud; integrando el direccionamiento estratégico a la gestión por procesos y a la gestión del talento humano, mediante el mejoramiento continuo de los atributos de calidad y el fortalecimiento de la satisfacción de las necesidades y expectativas de las personas.

Gestionar el desarrollo Integral del Talento Humano, mediante el fomento de la cultura y el clima organizacional, el fortalecimiento de las competencias y el bienestar laboral.

**f. Objetivos Estratégicos Operatividad Financiera y Administrativa.**

Garantizar el auto sostenibilidad financiera y rentabilidad social de la E.S.E., mediante la optimización de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros, y la evaluación permanente del riesgo fiscal y financiero, que faciliten el buen funcionamiento de los procesos organizacionales.

Gestionar a través de recursos propios y proyectos de inversión contar con la infraestructura hospitalaria adecuada acorde a los lineamientos y requisitos legales del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud; siempre en pro del usuario de la ESE.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
		Código: SCGC
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Versión: 11
		Página 14 de 44

#### g. **Objetivos Estratégicos Sistema de información.**

En el mediano plazo contar con un sistema de información integral que articule en tiempo real y de manera eficiente la información generada tanto del área asistencial como del área administrativa y que a su vez de respuesta oportuna a las necesidades de nuestros clientes y actores del sistema.

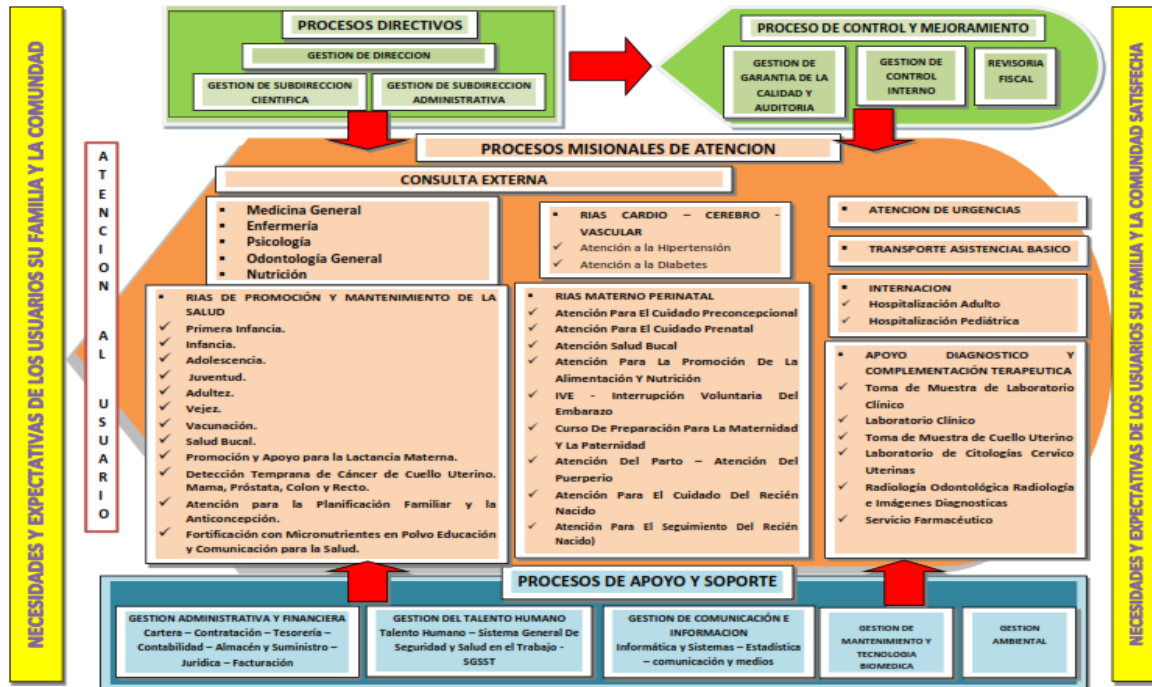
#### h. **Principios.**

- Tenemos Sentido de Pertenencia.
- Asumimos Compromisos, procurando el Bien Común.
- Trabajamos en Equipo, con Transparencia y Calidez.
- Nos Capacitamos Continuamente, para Servir a la Comunidad, con Pertinencia.
- Aprovechamos el Tiempo y Cuidamos Nuestros Bienes.
- Respetamos y Defendemos el Medio Ambiente.
- Los Bienes Públicos son Sagrados.

#### i. **Valores.**

- **Ética y Moral:** Actuando con profesionalismo en el quehacer diario en cumplimiento de su objeto social, bajo principios de legalidad y buena conducta.
- **Honestidad:** Como sentido de realización en cada actividad, actuando con rectitud, honorabilidad, transparencia y decoro, coherente con la verdad y la justicia entre lo que se piensa, se expresa y se hace.
- **Responsabilidad:** Asumiendo el Compromiso Institucional en nuestros deberes y obligaciones y asumiendo las consecuencias al hacer o dejar de hacer lo que se requiere para alcanzar los propósitos.
- **Respeto:** Aceptando las diversas formas de ser, pensar y actuar, valorando las costumbres, creencias, hábitos y opiniones, entendiendo que nuestra libertad llega hasta donde inicia la de los demás.
- **Solidaridad:** Por el dolor ajeno, por la integridad del otro. Ayuda mutua y trabajo en equipo, adoptando comportamientos de beneficio personal e institucional.
- **Humanización:** En los momentos más necesarios en la vida de todos, con rectitud y calidez.
- **Lealtad,** Asumiendo el compromiso de fidelidad, respeto y rectitud, actuando en forma justa, recta, y decente con nosotros mismos y en la gestión administrativa.

### j. Mapa de Proceso




Fuente: Archivo de la Oficina de Garantía de la Calidad.

### k. Comités Institucionales.

La ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, tiene constituido los siguientes comités, documentados mediante acto de administrativo, que incluye, Objeto, funciones, integrantes, periodicidad de reuniones, entre otros aspectos reglamentarios.

- Comité de salud pública (comité de infecciones y vigilancia epidemiológica).
- Comité de calidad.
- Comité de seguridad del paciente.
- Comité de urgencias y referencias.
- Comité de farmacia.
- Comité GAGAS.
- Comité de historias clínicas.
- Comité de Violencia sexual.
- Comité materno infantil.
- Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
		Código: SCGC
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Versión: 11
		Página 16 de 44

## 5. MARCO ESTRATÉGICO DEL PAMEC.


### a. Objetivo.

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, (PAMEC), tiene como objetivo garantizar la calidad de la atención en salud como un mecanismo sistémico y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto a la calidad esperada, tomando como referente los estándares del Sistema Único de Acreditación SUA Resolución 5095 de 2018, modificado por la Resolución 1328 de 2021, mediante la aplicación de los pasos de la ruta crítica.

El PAMEC va más allá de una simple evaluación de calidad por lo cual se entiende como un proceso de autodiagnóstico, para identificar oportunidades de mejora continua que permita cumplir con las expectativas de los usuarios de los diferentes procesos de la prestación del servicio de salud, por tanto, se entiende que va más allá de los requisitos del sistema único de habilitación, direccionado al cumplimiento de los estándares superiores del sistema único de acreditación.

### b. Objetivos específicos:

- Identificar oportunidades de mejora evaluando periódicamente la calidad de la atención.
- Identificar problemas reales o potenciales priorizados para su mejoramiento.
- Implementar los planes de mejoramiento que se requieran en la Institución.
- Garantizar el seguimiento a factores de riesgos que afecten la Seguridad del paciente.
- Evaluar la eficacia de los planes de mejoramiento implementados mostrando el impacto.
- Capacitar a las personas implicadas sobre técnicas y métodos de evaluación de la calidad.
- Establecer la metodología de evaluación, seguimiento y control mediante la aplicación de indicadores de gestión diseñados a la medida de las características de la calidad esperada de nuestros productos, que junto con los indicadores y eventos trazadores, se constituirán en la línea base institucional.
- Generar el Plan de Mejoramiento Institucional para los procesos priorizados, el cual incluye las acciones de mejoramiento determinadas en el proceso de auto evaluación y diagnóstico institucional.
- Ejecutar y hacer seguimiento al plan de mejoramiento.
- Realizar un aprendizaje institucional de acuerdo a los resultados obtenidos en la implementación del plan de mejoramiento, utilizando el modelo de estandarización de procesos.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	<b>Fecha: 24/02/2023</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA</b> <b>GARANTIA DE CALIDAD</b>	<b>Código: SCGC</b>
		<b>Versión: 11</b>
		<b>Página 17 de 44</b>

### c. Alcance del PAMEC.


El alcance está enfocado en la acreditación por lo que va desde la planeación, diseño, implementación y evaluación del Plan de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad del Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E. para vigencia 2023, definirá con precisión las acciones a realizar, a fin de evaluar cada uno de los procesos priorizados (todos los estándares de Acreditación) y los orientará hacia la detección de desviaciones de la calidad observada (Autoevaluación cualitativa) frente a la calidad esperada (lo solicitado en cada uno de los estándares), para promover la construcción de los planes de mejoramiento efectivos que permitan cerrar ciclos y lograr la modificación de procesos en favor del usuario, permitiendo el fortalecimiento de los procesos institucionales a partir de identificación de no conformidades que se conviertan en oportunidades de mejora y lleven a alcanzar la calidad esperada en acreditación, teniendo como base los estándares superiores de calidad.

El periodo de implementación del PAMEC, se dará durante toda la vigencia 2024, con un último seguimiento a realizarse en el mes de enero del año siguiente.

### d. Principios del PAMEC.

Acorde con lo establecido en las Pautas y Guías de Auditoría del Ministerio de Salud, el PAMEC se rige por los siguientes principios:

- **Promoción del autocontrol:** La auditoría debe contribuir para que cada servidor adquiera las destrezas y la disciplina necesaria, para que los procesos en los cuales participa se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la Institución, brindando soluciones oportunas y adecuadas a los problemas que se puedan presentar.
- **Trabajo en equipo:** El desarrollo del PAMEC implica, de manera fundamental, la participación de colaboradores de diferentes disciplinas, con diversos niveles de formación, incluido personas de su principal grupo de valor para la constitución de los equipos responsables de evaluar para impactar el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
- **Enfoque preventivo:** La auditoría busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se puedan detectar para coadyuvar en la identificación de oportunidades de mejora para crecer en el mejoramiento continuo.
- **Confianza y respeto:** La auditoría debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso serio y demostrado de las instituciones, para desarrollar e implementar los procesos de mejoramiento institucional.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
		Código: SCGC
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Versión: 11
		Página 18 de 44

- **Confiabilidad:** Los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quien ejecute la medición.
- **Validez:** Los resultados obtenidos mediante los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría, deben reflejar razonablemente el comportamiento de las variables objeto de evaluación.

#### e. Compromiso con el PAMEC 2024.

La Alta dirección se compromete con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad, su cumplimiento involucra a todos los servidores públicos de las distintas dependencias, áreas y servicios de los centros y puestos de salud del Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E., de acuerdo con la responsabilidad contemplada en el Manual de Funciones, Contratos, y/o similares.

#### f. Seguimiento al PAMEC 2024.

El seguimiento al PAMEC, estará a cargo de la Oficina de Garantía de la Calidad de la Calidad y conforme a lo de sus competencias discrecionalmente por la oficina de Control Interno, quienes podrán realizar la verificación de las estrategias de mejoramiento de la calidad planeadas, ejecutadas y evaluadas de acuerdo a las fechas, acciones y metas establecidas para la vigencia 2024.


#### g. Presupuesto del PAMEC.

Por ser un plan transversal para el mejoramiento de la Calidad Institucional, las estrategias, acciones de mejora que se deriven de este Plan se realizan con cargo a los recursos presupuestales disponibles para la gestión y funcionamiento del Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E.

### 6. LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES PARA EL DESARROLLO DEL PAMEC.

#### a. Ciclo PHVA.

El ciclo PHVA es una herramienta que ayuda a fortalecer la relación entre la Auditoría para el Mejoramiento de la calidad y los procesos institucionales, mediante el seguimiento a

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	<b>Fecha: 24/02/2023</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	<b>Código: SCGC</b>
		<b>Versión: 11</b>
		<b>Página 19 de 44</b>


resultados enfocados en la mejora continua. Por medio de este ciclo se monitorea y corrige fallos, desviaciones, mediante procesos de mejora efectivos, permanentes y continuos, mediante la planeación, identificación de acciones de mejora, verificación de resultados obtenidos, y el aprendizaje, el ciclo PHVA es el instrumento que permite medir el cumplimiento del objetivo del PAMEC.

- **Planear:** Allí se definen las metas y los métodos para alcanzarlas.
- **Hacer:** Ejecutar las tareas y recoger los datos, después de haber realizado un proceso de formación, educación y entrenamiento.
- **Verificar:** Es la evaluación de los resultados de las tareas ejecutadas, identificación de los problemas que originan el no-cumplimiento de las tareas.
- **Actuar:** Consiste en tomar medidas correctivas para lograr el cumplimiento de las metas.



## b. Ruta Crítica del PAMEC

El programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad se desarrolla mediante la metodología PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) ajustada a la Ruta Crítica que permite fundamentarse en dos pilares que son el mejoramiento continuo y la atención centrada en el usuario.


	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	<b>Fecha: 24/02/2023</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	<b>Código: SCGC</b>
		<b>Versión: 11</b>
		<b>Página 20 de 44</b>

La ruta crítica del PAMEC es el mecanismo que busca mantener y mejorar los resultados de los procesos intervenidos potenciando el mejoramiento continuo, consta de nueve pasos que involucran actividades diferentes en cada uno de ellos, así:



Acorde con lo establecido en las pautas del Ministerio de la Protección Social, el Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E., para la implementación del PAMEC ha definido regirse con los siguientes principios:

- **Promoción del autocontrol:** La auditoría debe contribuir para que cada individuo adquiera las destrezas y la disciplina necesaria, para que los procesos en los cuales participa se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la organización, brindando soluciones oportunas y adecuadas a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.
- **Trabajo en equipo:** El desarrollo del PAMEC implica, de manera fundamental, la participación de colaboradores de la institución de diferentes áreas y con diversos niveles de formación, en la constitución de equipos que asuman la responsabilidad de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	<b>Fecha: 24/02/2023</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	<b>Código: SCGC</b>
		<b>Versión: 11</b>
		<b>Página 21 de 44</b>


- **Enfoque preventivo:** La auditoría busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculos para que los procesos conduzcan a los resultados esperados.
- **Confianza y respeto:** La auditoría debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso serio y demostrado de las diferentes sedes, para desarrollar e implementar los procesos de mejoramiento institucional.
- **Sencillez:** Las acciones y mecanismos utilizados en la auditoría deben ser claramente entendibles y fácilmente aplicables para que cada miembro de la E.S.E. pueda realizar, en forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de estos procesos.
- **Confiabilidad:** Los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quien ejecute la medición.
- **Validez:** Los resultados obtenidos mediante los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría, deben reflejar razonablemente el comportamiento de las variables objeto de evaluación.

#### c. Estándares de Calidad:

Los Estándares de acreditación definen niveles óptimos en materia de calidad. Autoevaluarse frente a estándares de los distintos sistemas de calidad arroja oportunidades de mejoramiento que pueden traducir los principales problemas de calidad institucional con diferentes enfoques. Al abordarse la auditoría a los procesos involucrados se promueve de forma integral el mejoramiento continuo en general.

#### d. Cronograma.

El cronograma para el desarrollo del PAMEC (**Anexo N°. 1**), describe las diferentes fases o etapas de la Ruta Crítica que para cada grupo de Estándares se desarrollará en el proceso de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
		Código: SCGC
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Versión: 11
		Página 22 de 44

## 7. METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD.

El PAMEC se desarrolla mediante la directriz Gerencial y asesoría del grupo de Garantía de la Calidad, responsable de estructurar la metodología a la medida de las necesidades del Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E., a fin de apuntar al logro de los objetivos misionales propendiendo por la disminución del riesgo de la atención y procurando la obtención de los mejores resultados en la ejecución de los procesos que soportan su operación y la gestión de su objeto social.

La estructuración y desarrollo del PAMEC se apega al Cronograma, que hace parte de los anexos:

### a. Designación del Grupo Líder del PAMEC


El Equipo Líder involucra servidores de la Alta Dirección, Oficina de Garantía de la Calidad, y Líderes de Proceso.

- PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN AL EQUIPO LÍDER:** La efectividad de los resultados de la autoevaluación depende del conocimiento teórico y entrenamiento que tenga el equipo responsable sobre la aplicación de la metodología. Para ello, es necesario contemplar una fase preliminar de conceptualización teórica antes de realizar el proceso de autoevaluación, en donde se profundice sobre los elementos estructurales de gestión en un esquema de mejoramiento de la calidad, en el marco de la Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, basado en los pasos de la ruta crítica enfocado en estándares del Sistema Único de Acreditación para la realización del diagnóstico básico general del cumplimiento de los requisitos de calidad en el Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E.

Lo anterior es realizado por el responsable de la implementación del equipo PAMEC o delegado

- CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN POR GRUPOS DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN (RESOLUCIONES 5095 DE 2018 Y 1328 DE 2021).**

El equipo conformado incluye personal de los diferentes niveles, disciplinas, formación y vinculación, teniendo en cuenta agendas, horarios, turnos de tal forma que la reunión no se cruce con los horarios programados para la atención de su principal Grupo de Valor.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Código: SCGC
		Versión: 11
		Página 23 de 44

Para las reuniones de trabajo del equipo PAMEC, se debe las reglas básicas para la conformación de los equipos de autoevaluación:

- Contar con la presencia de colaboradores con poder de tomar decisiones o con la competencia jerárquica para liderar el equipo de autoevaluación correspondiente.
  - Integrar el equipo por Colaboradores líderes del proceso evaluado y por colaboradores operativos del proceso en evaluación tanto misionales como de apoyo.
  - Identificar en los participantes capacidad de análisis, objetividad en la presentación de sugerencias, recomendaciones para alcanzar metas y objetivos.
  - Acompañamiento de cada equipo autoevaluador por un profesional de la oficina de garantía de calidad líder del proceso de acreditación.
  - Colaboradores comprometidos y motivados por la calidad.
- **CRONOGRAMA Y DESARROLLO DEL PAMEC:** Habiendo constituido el equipo o equipos responsables, se realiza el Cronograma para formular y desarrollar el PAMEC de acuerdo con los pasos establecidos en la ruta crítica.


**b. AUTOEVALUACIÓN POR ESTÁNDARES IDENTIFICAR EL GRUPO RESPONSABLE.**

La autoevaluación es un **diagnostico básico** de la institución que incluye las fortalezas y fallas de calidad (oportunidades de mejora), para la autoevaluación en nuestra institución iniciamos con una capacitación de sensibilización al equipo de trabajo, donde se explica la importancia de la autoevaluación y desarrollo del PAMEC como herramienta para solucionar las herramientas de calidad que se estuvieran presentando y de esta manera adoptar acciones preventivas.


El alcance del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad estará orientado a los estándares de acreditación ambulatorio hospitalaria versión 3.1 adoptado en la Resolución 5095 de 2018, modificado por la Resolución 1328 de 2021.

Para llevar a cabo las etapas de planeación y ejecución de la autoevaluación, se realizarán los siguientes pasos, iniciando por la distribución de los Grupos de trabajo interinstitucionales, teniendo en cuenta que sean personas afín con el Grupo de estándares, ya sea por afinidad laboral, o grupo de valor relacionado.

EQUIPOS PARA LA AUTOEVALUACION	
ESTANDAR	CARGOS
<b>ESTANDARES ASISTENCIALES.</b>	GERENTE.
	SUBDIRECCION CIENTIFICA.
	PROFESIONAL GARANTIA DE CALIDAD.
	PROFESIONAL DE PYMS.
	COORDINACION SEDE SAN MARTIN.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Código: SCGC
		Versión: 11
		Página 24 de 44

	COORDINACION SEDE RAFAEL VALLE MEZA.
	COORDINACION SEDE CDV.
	COORDINADORES DE SEVICIOS.
	COORDINACION SEDE EL CARMEN.
	COORDINACION ODONTOLOGIA.
	COORDINACION SEDE MAYALES Y SAN JOAQUIN.
	COORDINACION SIAU.
	COORDINADOR DE ZONA RURAL.
	COORDINADORES DE PROGRAMAS.
	GESTION AMBIENTAL.
	QUIMICO FARMACEUTA.
	AUDITORES PROCESO FACTURACIÓN.
	AUDITORES EN SALUD.
	<b>ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO.</b>
SUBDIRECCION CIENTIFICA	
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA	
PROFESIONAL GARANTIA DE CALIDAD	
PLANEACION O QUIEN HAGA SUS VECES.	
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	
AUDITORES EN SALUD	
REPRESENTANTE POR LOS USUARIOS ANTE LA JUNTA DIRECTIVA	
<b>ESTANDARES DE GERENCIA.</b>	GERENTE
	PROFESIONAL GARANTIA DE CALIDAD
	PROFESIONAL CONTABILIDAD
	PROFESIONAL PRESUPUESTO
	AUDITORES EN SALUD
	AUDITORES DE CUENTA
	PLANEACION O QUIEN HAGA SUS VECES.
<b>ESTANDARES GERENCIA DEL TALENTO HUMANO.</b>	PROFESIONAL GARANTIA DE CALIDAD
	AUDITORES EN SALUD
	PROFESIONAL DE TALENTO HUMANO
	REPRESENTANTE ESTAMENTO CIENTIFICO POR LOS TRABAJADORES
	ENLACE INSTITUCIONAL DE PERSONAL CONTRATISTA ADMINISTRATIVO
<b>ESTANDARES GERENCIA AMBIENTE FISICO.</b>	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
	PROFESIONAL GARANTIA DE CALIDAD
	CONTRATISTA MANTENIMIENTO
	AUDITORES EN SALUD

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Código: SCGC
		Versión: 11
		Página 25 de 44

	TÉCNICO ALMACÉN
<b>ESTANDARES GESTION DE LA TECNOLOGIA.</b>	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
	PROFESIONAL GARANTIA DE CALIDAD
	AUDITORES EN SALUD
	PROFESIONAL SISTEMAS
<b>ESTANDARES GERENCIA DE LA INFORMACIÓN.</b>	PROFESIONAL GARANTIA DE CALIDAD
	AUDITORES EN SALUD
	PROFESIONAL CONTROL INTERNO
	PROFESIONAL SISTEMAS
<b>ESTANDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.</b>	PROFESIONAL GARANTIA DE CALIDAD
	AUDITORES EN SALUD

## ▪ FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS

### **Funciones del líder.**

- Velar por la participación y cumplimiento del equipo de autoevaluación.
- Dirimir las dificultades en el consenso del entendimiento del estándar.
- Mantener motivado al equipo en el cumplimiento de las tareas generadas.
- Velar por el seguimiento y cumplimiento de los planes de mejoramiento.
- Consolidar la información del estándar para la postulación y evidencia de autoevaluación.


### **Función de los secretarios.**

- Llevar actas de reunión y listado de asistencia del equipo.
- Unificar la redacción del informe de autoevaluación de los estándares.
- Custodiar la evidencia que generen las actuaciones del equipo.
- Recordar la asistencia a las reuniones de autoevaluación.
- Consolidar la información del estándar y la evidencia de autoevaluación.

### **Función del participante.**

- Asistir puntualmente a las reuniones de autoevaluación.
- Participar activamente en la discusión y calificación de los diferentes estándares, con la mayor honestidad, siempre soportándose en evidencia física o sistematizada.
- Verificar la realización de las mejoras requeridas para cerrar la brecha entre la calidad observada y la evaluada siendo parte de los equipos de mejoramiento que designen.

- **Ver anexo:** ACTA DE CONFORMACION DE LOS EQUIPOS DE AUTOEVALUACION Y ADOPCION DEL PROCESO DE PLANEACION Y PREPARACION PARA LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION Y EL COMPONENTE DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. – VIGENCIA 2024.


	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
		Código: SCGC
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Versión: 11
		Página 26 de 44

## ▪ EJECUCIÓN DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN.

Después de resolver los aspectos relacionados con las decisiones organizacionales a través de las cuales se adecuan para alcanzar los propósitos de la acreditación, se inicia el proceso de autoevaluación. Es en este punto donde los equipos examinan qué tan efectivamente están trabajando, comparando el quehacer diario contra los estándares.

Es importante que la organización tenga claro que el mejoramiento es uno solo, pero que para efectos operacionales existen cuatro momentos durante los cuales se realiza auto evaluación:


- La auto evaluación tiene como propósito principal identificar la no coincidencia del desempeño organizacional, contra el desempeño ideal planteado en el estándar, estableciendo un diagnóstico e iniciando un proceso de análisis y mejoramiento. A este momento también lo llamamos evaluación interna. En esta fase la duración de este ciclo de auto evaluación y mejoramiento no necesariamente tiene un límite de tiempo diferente de las metas que se fije la organización a sí misma.
- Cuando la auto evaluación, además de lo anterior, tiene el propósito de implementar la ruta crítica de acreditación, es decir de documentar el estado de cumplimiento del estándar y evidenciar suficientemente su cumplimiento, este ciclo de auto evaluación, documentación y mejoramiento tiene un tiempo límite, dependiente de los periodos establecidos por la entidad acreditadora.
- Para implementar la auditoria para el mejoramiento de la calidad, la ruta crítica inicia con autoevaluar la institución para identificar procesos prioritarios de mejoramiento. No olvidar que el Decreto 780 de 2016 plantea: “Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación”.
- Igualmente, cuando una institución se encuentra simultáneamente cobijada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Gestión de Calidad de la Rama Ejecutiva del Poder Público (Ley 872 de 2003), para que se dé simultáneamente el cumplimiento de ambos sistemas a través del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, de acuerdo con las directrices impartidas por la circular 075 de 2005 del Ministerio de la Protección Social, es necesario desarrollar procesos de auto evaluación y mejora contra los estándares de acreditación.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
		Código: SCGC
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Versión: 11
		Página 27 de 44

▪ **ANÁLISIS DE LOS ESTÁNDARES.**

Si bien el proceso de análisis de los estándares no tiene una norma básica que diga cómo se debe hacer, es pertinente sugerir el siguiente enfoque.

- Una buena práctica que se ha ido aprendiendo de la experiencia de las auto evaluaciones realizadas por nuestras instituciones es leer todos los estándares antes de empezar la calificación, ya que como todos los de un mismo grupo están interrelacionados, este procedimiento ayuda a los equipos a entender la globalidad y facilita en gran medida el proceso de calificación del estándar individual.
- A continuación, leer el estándar que se quiere calificar, a renglón seguido realizar por consenso del equipo la interpretación del estándar; se sugiere escribirla, no olvidar que este se convierte en el referente de evaluación y preguntar si todos los participantes entendieron el estándar de la misma forma.
- Si la respuesta es afirmativa entonces se puede continuar, si es negativa se debe buscar aclaración (bien sea a través de los miembros del equipo, el equipo de planeación o un asesor externo, si lo hay).
- Una vez aclarado el significado del estándar se deben registrar todas las fortalezas que el equipo considere que están relacionadas con este. Hay que tener siempre presente la redacción del estándar, este es el “polo a tierra” del equipo y es el que guía la redacción de las fortalezas. Debe enfocarse puramente en la frase estándar. Hay que tener en cuenta en la calificación de los estándares, que estos son los que se deben calificar.
- Una vez discutidas todas las fortalezas hay que determinar qué soportes pueden encontrarse en la organización. Aquí es donde la persona previamente seleccionada para recabar todos estos soportes juega un papel determinante.
- Debe relacionar todos los soportes que se mencionen, recopilarlos y ordenarlos, en caso de que la institución se esté evaluando para presentarse ante el ente acreditador. Posteriormente, serán motivo de revisión por parte de los evaluadores externos.
- El paso que sigue en el análisis es la redacción de todas las debilidades de la organización frente al estándar. Nuevamente, la redacción del estándar es la guía para el grupo.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	<b>Fecha: 24/02/2023</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA</b> <b>GARANTIA DE CALIDAD</b>	<b>Código: SCGC</b>
		<b>Versión: 11</b>
		<b>Página 28 de 44</b>

- La respuesta lógica al encontrar debilidades es definir acciones de mejoramiento para las debilidades. Este ejercicio orientará de antemano un posterior plan de mejoramiento.
- Por último, se calificará el estándar por consenso del equipo. Para esta calificación se utilizará la escala de calificación presentada en la hoja radar.

El secretario transcribirá el informe final que debe ser entregado en el lapso de 10 días hábiles posteriores a la autoevaluación.

▪ **ACTIVIDADES CONCOMITANTES QUE DESARROLLAN LOS EQUIPOS DURANTE LA AUTOEVALUACIÓN.**

Existen tres tipos de actividades en la autoevaluación:

- **Primero:** el equipo revisa y discute cada estándar.
- **Segundo:** se escribe un reporte de soporte.
- **Tercero:** el equipo llega a un acuerdo de qué tan bien está cumpliendo los estándares.

En la práctica la autoevaluación no tiene fases, estas son actividades concomitantes que los equipos realizan.

- **Discusión de los estándares y textos:** los equipos deben responder las siguientes preguntas al discutir los estándares:

¿Cuáles son los procesos a través de los cuales la organización obtiene el cumplimiento de los estándares?

¿Cómo se ejecuta o se hacen los procesos, actividades o tareas a través de los cuales se cumplen los estándares?


¿Qué de lo que se hace es un hecho o una evidencia de cumplimiento de los estándares?

¿Cuál es el resultado de lo que se hace?

¿Cómo se miden los resultados de lo que se hace?

¿Qué se debe cambiar para mejorar el resultado de los procesos?

¿Cómo cubrir la diferencia entre lo que se está haciendo y lo que se necesita hacer?

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	<b>Fecha: 24/02/2023</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	<b>Código: SCGC</b>
		<b>Versión: 11</b>
		<b>Página 29 de 44</b>

¿Hacia dónde se van a enfocar las energías?

– **Documentación del cumplimiento del estándar.**

De cada estándar evaluado se debe levantar acta.

Las memorias pueden organizarse de diferentes formas. Se debe dar información significativa a los equipos de autoevaluación y a los evaluadores.


Se deben examinar las fortalezas y oportunidades de mejoramiento.

Tanto el cumplimiento del estándar como los problemas derivados de su incumplimiento se soportan en procesos de atención que eventualmente deben ser mejorados, durante la documentación deben quedar claramente identificados, así como toda la información relevante para desplegar procesos de mejora.

No olvidar que en la acreditación en salud lo importante es el resultado de la atención centrada en el cliente. Evidencia del cumplimiento del estándar no es solamente la documentación de un proceso; lo es también la evidencia de que los procesos están obteniendo su despliegue y alcanzando los resultados esperados de ellos en los términos planteados por las tres dimensiones y sus variables componentes de la escala de calificación.

Sin importar cuál sea la metodología escogida, a continuación, hay unos consejos que ayudan a escribir el resultado:

- Debe enfocarse puramente en la frase del estándar. No es necesario comentar todos los criterios de soporte o criterios siguientes.
  - Identifique los puntos más destacados. Dé breves ejemplos de evidencia que sean soporte del cumplimiento del estándar por parte de la organización.
  - Trate de ser exhaustivo en la idea sin que su descripción se vuelva anecdótica o extensa.
- **Autoevaluación Cuantitativa:** Esta es realizada de acuerdo con la Hoja Radar para la calificación de Estándares de Acreditación en Salud descrita en los **Anexos No. 2. (Página 40).**

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	<b>Fecha: 24/02/2023</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA</b> <b>GARANTIA DE CALIDAD</b>	<b>Código: SCGC</b>
		<b>Versión: 11</b>
		<b>Página 30 de 44</b>

La calificación promedio obtenida, resultado de la autoevaluación con corte a 31 de diciembre de 2023, permitirá respecto al resultado obtenido a 31 de diciembre de 2022, medir el crecimiento del mejoramiento de la calidad de la vigencia anterior.

### c. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR.

En esta etapa de la ruta crítica se definirá el inventario de procesos que requieran mejoramiento en nuestra institución, en cuanto a los resultados arrojados en la autoevaluación se identificarán el número de los procesos que son susceptibles de mejora.

Se relacionarán las prácticas seleccionadas de la autoevaluación con los procesos institucionales descritos en el mapa de proceso, lo cual se elaborará de un listado preliminar a partir de la relación de oportunidades de mejora, fortalezas y finalmente el resultado de evaluar enfoque, implementación y resultado.

### d. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS.

Para el desarrollo de esta etapa se procederá a realizar el ejercicio de priorización sobre todas las oportunidades de mejora identificadas, como herramienta para este método utilizaremos la matriz de priorización.

#### PRIORIZACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO.

Los planes de mejora se originan de las oportunidades de mejoramiento identificadas en la autoevaluación.

Las oportunidades de mejoramiento se priorizarán por variables de alto riesgo, alto volumen y alto costo, las cuales se aplican así:

- **Riesgo:** riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.
- **Costo:** posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.
- **Volumen:** alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).




Cada variable se califica de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor.

Se sugiere utilizar la siguiente tabla de calificación:

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN.		
Riesgo.	Costo.	Volumen.
Califique como 1 o 2	Califique como 1 o 2	Califique como 1 o 2
cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún	Si al no realizarse el mejoramiento no se afecta o se	si la Ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios

riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento	afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución.	internos o externos o el impacto es leve
Califique como 3  cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento	Califique como 3  Si al no realizarse el mejoramiento se afecta moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.	Califique como 3  si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la Institución o en los usuarios internos o externos.
Califique como 4 o 5  cuando la institución, el usuario y/o los  Clientes internos corren un riesgo alto  O se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento	Califique como 4 o 5  Si al no realizarse el mejoramiento se afecta notablemente las finanzas y la imagen de la institución.	Califique como 4 o 5  Si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.

Se semaforizará las oportunidades de mejora, de la siguiente manera:

De 1 a 40 color verde.	
De 41 a 79 color amarillo.	
De 80 a 125 color rojo.	

Sin embargo, siempre debe primar el sentido común y la criticidad evaluada.


Posteriormente se consolidarán las oportunidades de mejora que queden en rojo, siendo estas las priorizadas con un ponderado de 80 a 125 y son esas oportunidades de mejora únicamente las que se llevan al Formato de Plan de Mejoramiento.

Las oportunidades de mejoramiento que no quedaron priorizadas pueden esperar a ser intervenidas ya que no son las de mayor criticidad, la calificación más alta es 125, que se considerarían de mejoramiento crítico.

El formato de priorización de oportunidades de mejora, esta diligenciado en el anexo Excel.

#### e. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA.

La planificación de la calidad esperada tiene como objetivo primario obtener los mejores resultados de calidad esperada: calidad técnica-científica, seguridad, costo racional, servicio, disposición del talento humano, que tengan un impacto en la salud de los

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	<b>Fecha: 24/02/2023</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	<b>Código: SCGC</b>
		<b>Versión: 11</b>
		<b>Página 32 de 44</b>

usuarios, con el menor riesgo posible. Lo cual para ello aplicaremos los indicadores que permitan evaluar la oportunidad de mejora priorizada, inicialmente vamos a utilizar los indicadores establecidos en la resolución 0256 de 2016 si aplican, de acuerdo a los aplicables a la institución, de no aplicar se construirán, construiremos la ficha técnica y se establecerá las metas para ser monitorizados.


▪ **CÓMO CONSTRUIR UN INDICADOR.**

La construcción de los indicadores es uno de los pilares del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención; a partir de su análisis se toman decisiones para gerencia los procesos institucionales (mantener y mejorar), en otras palabras, para evaluar el cumplimiento de los resultados esperados por los usuarios, los esperados en la atención en salud, el seguimiento a eventos adversos, a efectos no esperados, el logro de las características de calidad en la atención en salud como oportunidad, seguridad, pertinencia, accesibilidad, entre otros.

A continuación, se presentan las directrices que deben ser tenidas en cuenta para su buena identificación y construcción:

- Determine en forma clara y explícita el proceso que se desea medir, identifique rápidamente qué se hace, cómo se hace y cuál es su propósito.
- Defina qué característica del proceso se desea medir, por ejemplo, la oportunidad, el acceso, la seguridad, la calidad técnico-científica, el costo.
- Defina el tipo de indicador por utilizar, el cumplimiento de los requerimientos establecidos (estructura o eficacia), la utilización de los recursos (proceso o eficiencia) y/o el logro del propósito (resultado o efectividad).
- El establecer el tipo de indicador por utilizar tiene relación directa con la decisión que puede ser tomada cuando se analice su resultado.
- Estandarizar la forma de construirlo y analizarlo, para esto se utilizará la siguiente ficha técnica la cual contiene: atributo de calidad, nombre del indicador, fórmula para calcularlo, fuente de información, medición inicial, frecuencia del cálculo y responsable.
- Se define en forma explícita un plan para hacer el seguimiento y monitoreo de los indicadores, que puede ser un cuadro general, que permita rápidamente hacer seguimiento al cumplimiento en su medición, a las tendencias de estos, para lo cual se puede utilizar la técnica de semaforización: clasificación por colores (verde, amarillo y rojo) según el grado de avance deseado.
- Se tendrá en cuenta la importancia de la correlación de los indicadores institucionales que monta con aquellos indicadores de calidad definidos en la **resolución 0256 de 2016** del Ministerio de la Protección Social.

De igual manera se construirán los indicadores de calidad que sean necesario con sus respectivas metas para la vigencia 2024. **Ver ficha de indicadores CALIDAD ESPERADA INSTITUCIONAL.**

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Código: SCGC
		Versión: 11
		Página 33 de 44

**f. MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO.**


En la medición del desempeño vamos a establecer la línea base del desempeño institucional o línea base de los indicadores de calidad, lo cual nos permitirá medir el impacto de las acciones de mejoramiento, como estamos en la actualidad frente a la práctica, esto lo realizaremos con la medición de los indicadores, estableciendo la brecha entre el resultado esperado y el observado, también realizaremos auditorías internas, aplicando la observación en el desarrollo de las actividades en la prestación del servicio y adherencia a los procedimientos, protocolos y manuales.

▪ **DESARROLLAREMOS LA AUDITORIA INTERNA APLICANDO LOS SIGUIENTES ASPECTOS:**

- Los objetivos del procedimiento de auditoría.
- El alcance del procedimiento de auditoría.
- Las técnicas de apoyo por utilizar: El trabajo de auditoría se enmarca dentro del enfoque sistémico, por lo tanto, en su desarrollo se presentan procesos, procedimientos y técnicas los cuales se reflejan en los papeles de trabajo y/o formatos de registro. Se hace necesario tener claras las diferentes técnicas utilizadas, haciendo la aclaración de que, en la mayoría de los casos, hay necesidad de emplearlas todas por cuanto el uso de una especial conduce a la utilización de la otra.
- Entre las técnicas más utilizadas en auditoría están la observación, inspección, confirmación, análisis, cálculo.
- La identificación de las fuentes de información, indicadores de medición, formato de registro.
- El responsable del mejoramiento se encargará de realizar la auditoría, lo cual es importante programar la realización del procedimiento y del informe final de los hallazgos de la auditoría (calidad observada), identificar a quienes participarán por parte de los procesos objeto de la auditoría y de los procesos relacionados con ellos, con el propósito de tener en cuenta no solo las partes del sistema sino las relaciones existentes.
- Cronograma de auditoría y demás aspectos administrativos que se requieran para su desarrollo.

▪ **EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA:**

La realización del procedimiento de auditoría significa la construcción conjunta (auditado-auditor) de una investigación basada en el método científico del proceso por evaluar, definir en forma clara el proceso (foco u objeto de auditoría), el problema por investigar (resultado no logrado), analizar las posibles causas de su presentación, recolectar la información necesaria para identificar las que tienen mayor peso y así poder formular planes de mejoramiento.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
		Código: SCGC
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Versión: 11
		Página 34 de 44

El resultado de la ejecución del procedimiento de auditoría es el **informe de la auditoría**, que contiene los hallazgos encontrados de la calidad esperada frente a la calidad observada, no solo a nivel cuantitativo, sino de la realización de los procesos, las relaciones con los otros procesos, en otras palabras, se espera que los hallazgos reflejen la visión sistémica del análisis, finalmente es deseable que el informe de auditoría contenga la planeación que conduzca a la formulación del plan de mejoramiento de las brechas identificadas.

▪ **SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE AUDITORÍA:**

Frente al cumplimiento de los objetivos de los procedimientos que conforman el programa de auditoría sobre los procesos prioritarios, de los resultados esperados en la implementación del programa y del mejoramiento de los resultados de los procesos objeto de mejoramiento se realizará seguimiento por medio del comité de calidad.

Igualmente se toma una línea base en los indicadores de cumplimiento de las acciones de mejora registradas en los planes de mejora de los grupos de estándares durante el seguimiento, tanto los Indicadores de calidad como los de Cumplimiento tienen su ficha técnica y el tablero de indicadores. **Ver listado de indicadores de calidad MEDICIÓN INICIAL INSTITUCIONAL.**


g. **PLAN DE ACCION Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO PARA PROCESOS SELECCIONADOS:**

Este paso se realizará para desarrollar estrategias específicas para el cierre de las brechas encontradas en la autoevaluación, tomando las oportunidades de mejora de la autoevaluación y a cada una se le coloca las acciones de mejoramiento.

La metodología, mecanismos o proceso para la formulación de planes de acción y/o planes de mejoramiento debe incluir un análisis de la causa raíz de los hallazgos, fallas, problemas o no conformidades evidenciadas, el responsable del seguimiento de esta actividad será el profesional especializada de garantía de calidad quien con el equipo de trabajo verificarán al cumplimiento del plan de mejoramiento. El comité de calidad será responsable de evaluar e informar a la Gerencia el resultado del indicador de cumplimiento de las acciones de mejora en cada vigencia.

A partir de la autoevaluación y luego de realizar la priorización de las oportunidades de mejora se elabora el plan de mejoramiento en el formato recomendado por el Ministerio de protección social, el cual contiene:

- Estándar intervenido.
- Oportunidad de mejora.
- Priorización.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Código: SCGC
		Versión: 11
		Página 35 de 44

- Acciones de mejoramiento.
- Proceso de la acción de mejoramiento.
- Persona responsable de la ejecución de la acción.
- Cronograma para la ejecución de la acción.
- Fechas del seguimiento.

#### **h. EJECUCION Y SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE ACCIÓN.**

En este paso se procederá a ejecutar cada una de las actividades para bloquear las causas contempladas en la matriz de priorización, a cargo de cada uno de los responsables, de acuerdo a la fecha específica, la ubicación de dicha actividad y la forma como se implementarán las acciones.

Definidos los cronogramas de ejecución de las acciones de cada oportunidad de mejora de los grupos de estándares y asignados responsables para la ejecución de cada una de las acciones. Se definirá un cronograma para el seguimiento en reuniones con los grupos de autoevaluación responsables del análisis del cumplimiento de las tareas programadas para realizar seguimientos ya que se tiene programada realizar una autoevaluación anual para verificar la efectividad de las acciones cerradas y aumentar la calificación a 1.20 o más.

Las acciones se registran.

**Ver formato del Plan de Mejoramiento.**

#### **i. EVALUACION DEL MEJORAMIENTO.**


Cronograma de los grupos de autoevaluación para verificar cumplimiento de las acciones de mejora y observar si se han iniciado, si están en desarrollo, si están atrasadas o si se cumplieron totalmente dentro de las fechas estipuladas.

El comité de calidad programará un plan de auditoria para el seguimiento a las acciones de mejora priorizadas y contempladas en el plan de mejoramiento, a través del Jefe de calidad acompañado del líder de cada grupo de autoevaluación.

Se verificará el porcentaje de cumplimiento de las acciones de mejora y el comportamiento de los indicadores después de cumplidas dichas acciones.

En cumplimiento de la Circular 012 de 2016, el Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E. realizará el reporte anual de la siguiente información:

- Número de Acciones programadas.
- Número de Acciones ejecutadas.
- Número de Auditorías Internas Programadas.


	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
		Código: SCGC
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Versión: 11
		Página 36 de 44

- Número de Auditorías Internas Ejecutadas.
- Número de Documentos soporte.
- Lista de Procesos Estandarizado.

**j. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL.**


El hospital, el área de la calidad y los grupos de autoevaluación formalizarán todas las actividades, herramientas y documentos que fueron útiles para cumplir con los estándares de acreditación con el fin de estandarizar y mantener en el tiempo, sin excluir las evaluaciones periódicas para el mejoramiento continuo.

Se darán a conocer todos los resultados e informes del mejoramiento continuo a través de diferentes estrategias del plan de comunicación.


	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>		Fecha: 24/02/2023
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>		Código: SCGC
			Versión: 11
			Página 37 de 44

## 8. BIBLIOGRAFIA

- Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en atención en salud 2007.
- Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud versión 2007.
- Resolución 5095 del 2018.
- Resolución 1328 del 2021.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA</b>	Fecha: 24/02/2023
	<b>SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD</b>	Código: SCGC
		Versión: 11
		Página 38 de 44

# ANEXOS

Anexo No 1.		CRONOGRAMA. RUTA CRÍTICA DEL PAMEC – 2024.											
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC
1	Planificación y Capacitación.		■										
	Autoevaluación por Grupos de Estándares.			■	■								
2	Selección y Priorización de Procesos.				■	■							
3	Definición de la Calidad Esperada.					■	■						
4	Medición inicial del Desempeño de los Procesos.						■	■					
5	Establecimiento de la brecha entre lo esperado y lo observado.						■	■					
6	Identificación de Oportunidades de Mejoramiento.							■	■				
7	Ejecución Acciones de Mejoramiento.								■	■	■	■	■
8	Seguimiento a las acciones de mejoramiento realizadas.										■		■
9	Aprendizaje Organizacional (Cierre y reporte Circular 012 – MAPEC 2024). (Planeación PAMEC – 2025).	■	■	■									

Anexo No 2.



HOJA RADAR PARA LA CALIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD.

PALABRA CLAVE	ORIENTACIÓN	VARIABLE	CALIFICACION				
			1	2	3	4	5
<b>ENFOQUE</b>							
ENFOQUE POLITICAS O LINEAS DE ACCION.	Se refiere a las directrices, y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.	<p><b>Enfoque sistémico:</b> Ejercicio de aplicación disciplinado que abarca todos los procesos y el contenido del estándar; que hace una visión de conjunto de la institución; que contempla un ciclo PHVA</p>	<p>El enfoque es esporádico, no está presente en todos los servicios o procesos, no es sistémico y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.</p>	<p>Comienzo de un enfoque sistémico para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunos servicios o procesos. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado.</p>	<p>El enfoque es sistémico, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en procesos clave.</p>	<p>El enfoque es sistémico y tiene un buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de los procesos. Relacionado con el direccionamiento estratégico.</p>	<p>El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todos los procesos, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.</p>
		<p><b>Enfoque proactivo:</b> Grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad, a partir de la gestión del riesgo.</p>	<p>Los enfoques son mayoritariamente reactivos, la información presentada es anecdótica y desarticulada, sin evidencia de la gestión del riesgo.</p>	<p>Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas. Etapas iniciales de la gestión del riesgo.</p>	<p>Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos aun cuando existen algunos en donde se actúa reactivamente. Se identifican herramientas de la gestión del riesgo.</p>	<p>El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo en todos los procesos y se evidencian resultados parciales de la gestión del riesgo.</p>	<p>El enfoque es proactivo y preventivo en todos los procesos. Hay evidencia de la gestión del riesgo.</p>

		<p><b>Enfoque evaluado y mejorado:</b></p> <p>Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.</p>	<p>La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)</p>	<p>La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.</p>	<p>El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre procesos claves que abarcan la mayoría de productos y servicios.</p>	<p>Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.</p>	<p>Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.</p>
<b>IMPLEMENTACIÓN</b>							
<b>IMPLEMENTACIÓN COBERTURA.</b>	<b>Se refiere a la aplicación del enfoque</b>	<p><b>Despliegue en la institución:</b></p> <p>Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en los distintos servicios o procesos de la organización.</p>	<p>El enfoque se ha implementado en algunos servicios o procesos pero se refleja su debilidad.</p>	<p>La implementación del enfoque se da en algunos servicios o procesos operativos principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.</p>	<p>La implementación está más avanzada en servicios o procesos claves y no existen grandes brechas con respecto a otros servicios o procesos.</p>	<p>Existe un enfoque bien desplegado en todos los servicios o procesos, con brechas significativas en aquellos de soporte.</p>	<p>La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevos servicios o procesos en forma integral y responde al enfoque definido en todos los servicios o procesos claves.</p>

<p><b>IMPLEMENTACIÓN COBERTURA.</b></p>	<p>Se refiere a la aplicación del enfoque</p>	<p><b>Apropiación por el cliente interno y/o externo:</b> Grado en que el cliente del despliegue (cliente interno y/o externo) entiende y aplica el enfoque, según la naturaleza y propósitos del estándar.</p>	<p>El enfoque no lo apropian los clientes.</p>	<p>Hay evidencias de apropiación en unos pocos clientes internos o externos, pero este no es consistente.</p>	<p>Hay evidencias de apropiación parcial del enfoque en los principales clientes con un grado mínimo de consistencia.</p>	<p>El enfoque lo apropian la mayoría de usuarios y es medianamente consistente.</p>	<p>El enfoque está apropiado en la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.</p>
<b>RESULTADO</b>							
<p><b>RESULTADOS LOGROS Y EFECTOS.</b></p>	<p>Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques</p>	<p><b>Pertinencia:</b> Grado en que los resultados referidos (hechos, datos e indicadores) se relacionan los criterios y requisitos del estándar evaluado</p>	<p>Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.</p>	<p>Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.</p>	<p>Los datos presentados se refieren al desempeño de algunos servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados..</p>	<p>La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el servicio o proceso, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.</p>	<p>Todos los resultados se relacionan con el servicio o el punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas</p>
		<p><b>Consistencia:</b> Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.</p>	<p>Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación</p>	<p>Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la <b>aplicación</b> del enfoque.</p>	<p>Existe evidencia que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.</p>	<p>La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.</p>	<p>Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y las acciones sistemáticas de mejoramiento.</p>

		del enfoque			
<b>Avance de la medición:</b> Grado en que la medición responde a una práctica sistémica de la organización en un período de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y ya muestran tendencias positivas de mejoramiento en algunos servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunos servicios o procesos reportados pueden estar en etapas recientes de medición.	Existen procesos de medición sistémicos para la mayoría de los servicios o procesos y factores claves de éxito solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos.
<b>Tendencia:</b> Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo	El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que aunque no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias, el proceso es sistemático y se empiezan a tomar decisiones operativas con base en la	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar. Proceso sistemático y estructurado.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de los servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.

<p><b>RESULTADOS LOGROS Y EFECTOS.</b></p>	<p>Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques</p>	<p><b>Comparación:</b> Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos</p>	<p>No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.</p>	<p>Se encuentran algunas prácticas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistemáticas</p>	<p>información. Existe una política de comparación con las mejores prácticas y se encuentra en etapa temprana de comparación de algunos procesos, productos críticos y servicios solicitados en el estándar.</p>	<p>Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de servicios o procesos, productos y/o factores claves solicitados en el estándar.</p>	<p>Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación</p>
--	---	--	--	--	--	--	---