

**ACTO ADMINISTRATIVO PARA LA IMPLEMENTACIÓN  
DE LA METODOLOGIA PARA LA AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE  
ACREDITACIÓN EN CICLO DEL MEJORAMIENTO CONTÍNUO DE LA CALIDAD Y  
DESIGNACIÓN DEL EQUIPO LÍDER INTERDISCIPLINARIO A INTERVENIR EN EL  
PROCESO.**

*"El Hospital somos todos"*



## RESOLUCIÓN N° 0335 DE 2019

### “POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE LA METODOLOGIA PARA LA AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN EL CICLO DEL MEJORAMIENTO CONTÍNUO EN LA E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE”

El Gerente de la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE, en uso de sus facultades legales especialmente las conferidas por el Decreto de Nombramiento N° 003 de 2018 y Acta de Posesión N° 766 de 2018, emanada por la Gobernación del Guaviare, y

#### CONSIDERANDO

Que el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 establece el **CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD**. “Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público”.

Que el Decreto 1011 de 2006 estableció el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en la atención en Salud, dentro de cuatro componentes, como lo son: Habilitación en Salud, Plan de Auditoría para Mejorar la Calidad en la atención en salud y el sistema de Acreditación en Salud, puntualizando:

- Artículo 32° Establece: **AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD**, los programas de auditoría 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. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las E.A.P.B. La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:
  1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
  2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
  3. 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.

Artículo 35°. **ENFASIS DE LA AUDITORIA SEGÚN TIPO DE ENTIDAD**. El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud será implantado de

*“El Hospital somos todos”*



conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades y con énfasis en los aspectos que según el tipo de entidad se precisan a continuación:

Numeral 2. **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.** Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

Que según la “Guía Básica para la implementación de las pautas de Auditorias para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007)”, identifica aspectos importantes para el desarrollo e implementación de la autoevaluación:

- **Identificar y capacitar al grupo organizacional que va a realizar la autoevaluación.** El proceso de autodiagnóstico será más productivo en la medida que sea realizado por un porcentaje importante de colaboradores, si es posible incluir a los miembros de la junta directiva o ente rector y representantes de usuarios de las instituciones. Además, es deseable que los equipos que se conformen tengan una mezcla de niveles organizacionales, disciplinas y momentos diferentes de la atención. Se sugiere que el número de participantes para cada uno de los equipos no sea superior a siete.

La efectividad de los resultados de la autoevaluación depende del conocimiento teórico sobre la aplicación de la metodología y del manejo de la situación actual tanto asistencial como administrativo de la ESE Hospital San José del Guaviare. 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 de la atención en salud, específicamente sobre la metodología por implementar para la realización del diagnóstico básico general de los problemas de calidad de la organización, buscando equiparar el nivel de conocimiento de los participantes y homologar conceptos, así como el enfoque metodológico y conceptual por emplear.

Que según Resolución 2003 de 2014, define las condiciones de habilitación de servicios de salud. En el estándar que aplica a todos los servicios en procesos prioritarios asistenciales, requiere tener definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios.

En cumplimiento al Decreto 780 del 2016 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, define **Artículo 2.5.1.4.1 Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.** Los programas de auditoría 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.

*“El Hospital somos todos”*



Que para la formalización de la metodología de la autoevaluación de los estándares de acreditación y mejoramiento continuo, se designará el grupo evaluativo, con el fin de agilizar el proceso según requerimientos de los entes de control y de esta manera hacer una adecuada implementación de los planes de mejora que se generen de este proceso.

Resolución 5095 de 19 noviembre de 2018, por el cual se adopta el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, versión 3.1” que aplica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que ofrecen servicios ambulatorios, hospitalarios o ambos.

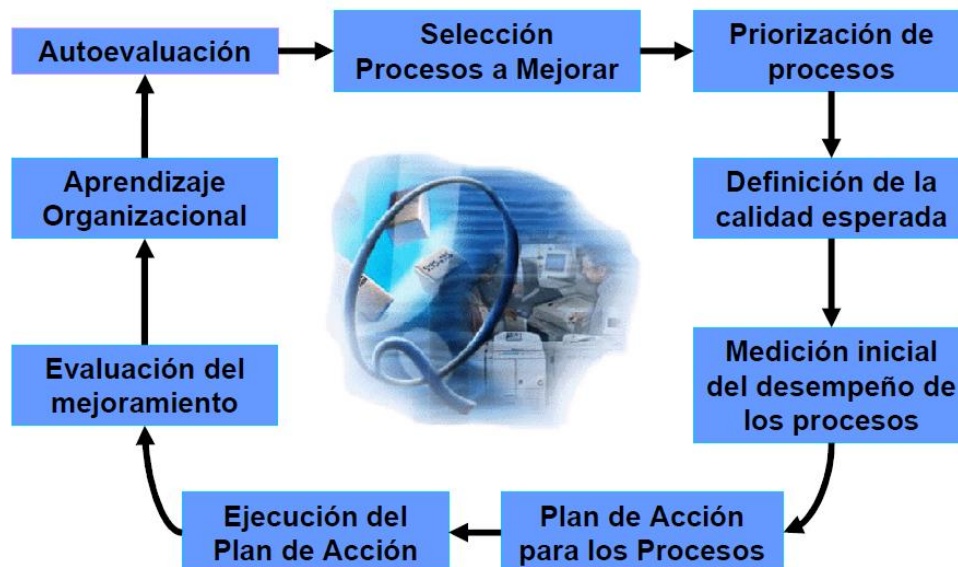
Que, en mérito de lo anterior,

### RESUELVE

- ARTÍCULO PRIMERO:** Implementar la metodología para la autoevaluación de los estándares de acreditación con alcance al mejoramiento continuo de la calidad, teniendo en cuenta los lineamientos de la Guía Básica para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Para lo anterior el Ministerio de Salud y la Protección Social establece una RUTA CRITICA como guía para establecer y desarrollar el modelo propuesto de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

### RUTA CRITICA



FUENTE: Guía para la elaboración de un programa de auditoría para al mejoramiento de la calidad. Ivan Javier Angarita Alvarez MD.

*"El Hospital somos todos"*



**AUTOEVALUACIÓN:** Siguiendo los lineamientos de la Resolución 2082 de 2014, Artículo 7. *Proceso de autoevaluación de estándares de acreditación:* La autoevaluación de los estándares de acreditación involucra la identificación de las siguientes dimensiones en el cumplimiento de los estándares:

- **Enfoque:** Hace referencia a las directrices, métodos y procesos que en forma sistémica y metódica utiliza la institución para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada estándar y la forma en que se evalúa y mejora.
- **Implementación:** Hace referencia al despliegue y aplicación del enfoque, a su alcance y extensión a los procesos de la entidad que aplique y a los clientes o usuarios internos o externos.
- **Resultados:** Hace referencia a los logros y efectos alcanzados con la aplicación de los enfoques.

La calificación de los estándares de acreditación en el proceso de autoevaluación se realiza de dos formas:

- **Evaluación cualitativa:** Incluye la definición de fortalezas y oportunidades de mejora para cada estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.
- **Evaluación cuantitativa:** Incluye la asignación numérica del grado de avance en la implementación del estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados, de acuerdo con la escala de calificación que se detalla a continuación:

### Escala de calificación según el Enfoque

VARIABLE	ESCALA DE CALIFICACIÓN				
	1	2	3	4	5
<b>Enfoque Sistemico:</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 PHAVA.	El enfoque es esporádico, no está presente en todos los servicios o procesos, no es sistémico y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	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.	El enfoque es sistémico, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en procesos clave.	El enfoque es sistémico tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de los procesos. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	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.
<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	Los enfoques son mayoritariamente reactivos, la información presentada es anecdótica y desarticulada, sin evidencia de la gestión del	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas. Etapas iniciales de la gestión del riesgo.	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos aún cuando existen algunos en donde se actúa reactivamente. Se identifican herramientas de la	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo en todos los procesos y se evidencian resultados parciales de la gestión del	El enfoque es proactivo y preventivo en todos los procesos. Hay evidencia de la gestión del riesgo.

*"El Hospital somos todos"*



riesgo.	riesgo.		gestión del riesgo.	riesgo.	
<b>Enfoque Evaluado y Mejorado:</b> Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos).	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos desarticulados.	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.	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.

### Escala de calificación según la Implementación

VARIABLE	ESCALA DE CALIFICACIÓN				
	1	2	3	4	5
<b>Despliegue en la Institución:</b> Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en los distintos servicios o procesos de la organización.	El enfoque se ha implementado en algunos servicios o procesos pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunos servicios o procesos operativos principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación es esta mas avanzada en servicios o procesos claves y no existen grandes brechas con respecto a otros servicios o procesos.	Existe un enfoque bien desplegado en todos los servicios o procesos, con brechas no significativas en aquellos de soporte.	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.
<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.	El enfoque no lo apropian los clientes.	Hay evidencias de apropiación en unos pocos clientes internos o externos, pero éste no es consistente.	Hay evidencias de apropiación parcial del enfoque en los principales clientes con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque no apropian la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.	El enfoque está apropiado en la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.

### Escala de calificación según los Resultados

VARIABLE	ESCALA DE CALIFICACIÓN				
	1	2	3	4	5
<b>Pertinencia:</b> Grado en que los resultados referidos (hechos, datos e indicadores) se relacionan los criterios y requisitos del estándar evaluado.	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunos servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	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	Todos los resultados se relacionan con el servicio o proceso o el punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.

"El Hospital somos todos"







				propuestas.	
<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 del enfoque.</p>	<p>Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación 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 enfoque y las acciones sistemáticas de mejoramiento.</p>
<p><b>Avance de la medición:</b> Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un período de tiempo que la permita su consolidación y existen indicadores definidos por la medición del estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos.</p>	<p>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.</p>	<p>Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.</p>	<p>Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya 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.</p>	<p>Existen procesos de medición sistémicos para la mayoría de los servicios o procesos y factores claves de éxito solicitados en el estándar.</p>	<p>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.</p>
<p><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.</p>	<p>El estadió de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.</p>	<p>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 información.</p>	<p>Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar. Proceso sistemático y estructurado.</p>	<p>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.</p>	<p>Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.</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>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>

"El Hospital somos todos"



**SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR:** La E.S.E seleccionará los procesos a mejorar a partir de las oportunidades de mejora, resultado obtenido de la autoevaluación del paso anterior y confrontación con el mapa de procesos para identificar a que procesos pertenecen, o con la estructura organizacional.

Las oportunidades de mejoramiento que pueden afectar los resultados de la atención pueden ser funciones organizacionales como son la comunicación, la información, partes del proceso en el ciclo PHVA o un proceso como tal. Es importante concentrarse en el mejoramiento de los procesos organizacionales para garantizar atacar las causas raíz de los problemas, evitando quedarse en la solución de síntomas.

Al finalizar, es importante tener en cuenta que los procesos objeto de mejora en el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad estén relacionados con el *proceso de atención, centrados en el usuario.*

**PRIORIZACIÓN DE PROCESOS:** Utilizando la herramienta o método descrito y socializado con el grupo organizacional, se ordenarán los procesos a mejorar, resultado del paso anterior, según la relevancia e impacto que conllevan en la calidad de la atención en salud.

Se tendrá en cuenta para priorizar el proceso a través de la Matriz de priorización:

- *Costo:* Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.
- *Volumen:* Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).
- *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.

Cada variable se califica de acuerdo a como está identificada en la siguiente tabla de calificación:

Riesgo	Calificación	Costo	Calificación
No presenta NINGÚN RIESGO para los pacientes, familiares, trabajadores, entorno o para el logro de los objetivos de la institución.	1	No invertir en la solución, genera bajos costos de NO CALIDAD (demandas, quejas, reprocesos, sobrecostos, sanciones, etc) para la institución	1
Representa un IMPACTO MINIMO para los pacientes, familiares, trabajadores, entorno o para el logro de los objetivos de la institución.	4	No invertir en la solución, genera medianos costos de NO CALIDAD (demandas, quejas, reprocesos, sobrecostos, sanciones, etc) para la institución	3
Representa un IMPACTO MODERADO para los pacientes, familiares, trabajadores, entorno o para el logro de los objetivos de la institución.	7	No invertir en la solución, genera altos costos de NO CALIDAD (demandas, quejas, reprocesos, sobrecostos, sanciones, etc) para la institución	5
Representa un ALTO IMPACTO para los pacientes, familiares, trabajadores, entorno o para el logro de los objetivos de la institución.	10		

*"El Hospital somos todos"*





Volumen	Calificación
Menos del 2% de los clientes internos o externos que se benefician de la mejora	1
Las personas beneficiadas por la mejora, no superan el 20% de los clientes internos, con baja cobertura hacia los usuarios y partes interesadas.	4
Las personas beneficiadas por la mejora, pueden estar entre el 30% y el 60% de los clientes internos, con mediana cobertura hacia los usuarios y partes interesadas.	7
Las personas beneficiadas por la mejora, ascienden a más del 70% de los clientes internos, con amplia cobertura hacia los usuarios y partes interesadas.	10

CONCEPTO	SEMAFORIZACIÓN	INTERVALO
NO PRIORITARIO PARA MEJORAR		Menor o igual a 166
MEDIANA MENTE PRIORITARIO PARA MEJORAR		ENTRE 167 Y 334
MUY PRIORITARIO PARA MEJORAR		Mayor a 335

FUENTE: Entregada por la Secretaría Departamental de Salud 2017.

Registre el listado de los procesos priorizados que serán objeto de mejora, este listado debe enfocarse en los ejes trazadores del Sistema Único de Acreditación, tales como:

- Atención centrada en el usuario de los servicios de salud.
- Gestión clínica excelente y segura.
- Humanización de la atención en salud.
- Gestión del riesgo, cuya meta es encontrar el balance entre beneficios, riesgos y costos.
- Gestión de la Tecnología.
- Proceso de la transformación cultural permanente.
- Responsabilidad social.

La matriz a diligenciar se encuentra semaforizada, las cuales, al finalizar el ejercicio de valoración, al identificar las filas sombreadas con rojo resultarán ser las oportunidades de mejoramiento priorizadas y son esas oportunidades de mejora **únicamente** las que se llevan al formato del plan de mejoramiento. Las oportunidades de mejoramiento que no quedaron priorizadas pueden esperar a ser intervenidas ya que no son las de mayor criticidad.

Igualmente se continuará trabajando en el mejoramiento continuo los estándares que fueron priorizados en las vigencias anteriores.

**Cuántas oportunidades se deben priorizar?** Para cada grupo de estándares se deben priorizar las oportunidades de mejoramiento con las más altas calificaciones. La calificación más alta es 500, pero en general se considerarían de mejoramiento crítico las oportunidades de mejora con calificaciones superiores a 167 puntos. La directriz es escoger las más altas calificaciones, no sólo las que obtuvieron 500 puntos.

**DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA:** Para cada uno de los estándares priorizados, producto del paso anterior, determinar el nivel de calidad esperado en la ejecución y en los resultados de ellos, para alcanzar, esto quiere decir, definir el nivel de calidad esperada significa establecer la forma como se espera que se realice, los

*"El Hospital somos todos"*



procesos de atención (normas técnicas, guías, Sistema Único de Acreditación), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos, lo que finalmente tiene como propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados.

Planificar la calidad deseada implica pensar inicialmente en términos de la obtención de los mejores resultados clínicos y/o los resultados de calidad esperados (calidad técnica-científica, seguridad, costo racional, servicio, disposición del talento humano) que impacten en la mejora de las condiciones de salud para la población, con el menor riesgo posible. Implica también definir los criterios y estándares de calidad conducentes a obtener la mejor utilización de los recursos (eficiencia), así como también un esfuerzo por conocer quiénes son nuestros clientes, cuáles son sus necesidades y por traducir esas necesidades en especificaciones de productos, servicios y procesos para monitorear a través de indicadores, la satisfacción de las expectativas legítimas acerca de la atención esperada por estos; en otras palabras, el establecimiento de los estándares a través de los cuales se definirá el desempeño de los procesos críticos organizacionales prioritarios para garantizar al usuario la prestación de los servicios con las condiciones óptimas de calidad, teniendo como enfoque prioritario los *Ejes trazadores identificados en la fase anterior*.

Para ello es necesario establecer las metas de los procesos seleccionados sobre la base de las necesidades de los pacientes identificados en cada una de las dimensiones de la calidad. Es preciso definir la salida del proceso, identificar el cliente del proceso, sus necesidades frente a las salidas o productos que recibe y a partir de ahí establecer los niveles de calidad que deben cumplir los procesos para lograr los resultados esperados<sup>1</sup>.

Los resultados de la aplicación de las anteriores cuatro fases de la *Ruta Crítica* del componente de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad, deben relacionarse específicamente en el documento PAMEC a radicar en la Secretaría Departamental de Salud.

**MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS:** La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es una estrategia de mejoramiento que pretende detectar si los procesos presentan los resultados en calidad esperados, lo cual es posible si se determina el nivel de calidad actual. Para realizar esta medición deberán utilizarse los mismos criterios diseñados para establecer la calidad esperada desarrollando los procedimientos de auditoría interna implementados institucionalmente para este fin.

El acto de medir se realizará a través de la formulación de indicadores cuya magnitud al ser comparada con algún nivel de referencia (calidad esperada) podrá estar señalando una desviación (falla de calidad, resultado no deseado) sobre la cual se tomarán acciones correctivas o preventivas según el caso. Se debe tener en cuenta:

#### **Atributos de una buena medición**

- *Pertinencia:* En cualquier organización, área o proceso se hacen mediciones sobre un sinnúmero de características, comportamientos o situaciones; la pregunta por realizar es:

<sup>1</sup> Guía Básica para la implementación de las pautas de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007)", Ministerio de Salud y Protección Social.



¿Qué se hace con esta información? ¿Cuál es realmente su utilidad? El grado de pertinencia de una medición debe revisarse periódicamente ya que puede perder importancia el hecho que se está midiendo a través del tiempo.

- **Precisión:** Se refiere al grado en que la medida obtenida refleja fielmente la magnitud del hecho que se quiere analizar y corroborar. Para lograr la precisión de una medición, deben darse los siguientes pasos:

Realizar una buena definición operativa, es decir, definir la característica o atributo por ser medido, las unidades de escala de medición, el entrenamiento de quien recoge la información,

Elegir un instrumento de medición con el nivel de apreciación adecuado, que contenga todas las variables para ser medidas.

Asegurar que el dato generado por el instrumento de medición, sea bien recolectado por el responsable de esta tarea (entrenamiento).

- **Oportunidad:** La medición es información que permite el conocimiento de los procesos y a su vez la toma de decisiones más adecuada, bien sea para corregir restableciendo la estabilidad deseada del sistema, bien sea para prevenir y tomar decisiones antes de que se produzca la anomalía, más aun para diseñar incorporando elementos que impidan que las características de calidad deseadas se salgan de los límites fijados por el estándar. Por ello la necesidad de contar oportunamente con la información, lo que se constituye en un requisito importante para quienes diseñan un sistema de medición.

- **Continuidad:** Si bien es cierto esta característica no está desvinculada de las anteriores, especialmente de la precisión, se refiere fundamentalmente al hecho de que la medición no es un acto que se haga una sola vez; por el contrario, es un acto repetitivo y generalmente periódico. Si se quiere estar seguro de que lo que se mide sea la base adecuada para las decisiones que se toman, se debe revisar periódicamente todo el sistema (calibración de instrumentos, control de flujo de datos y puntos de consolidación).

- **Economía:** Aquí la justificación económica es sencilla y compleja a la vez; sencilla porque se refiere a la proporcionalidad que debe existir entre los costos incurridos y los beneficios de las decisiones soportadas en los datos obtenidos. En todo caso, es claro que la actividad de la medición debe ajustarse a criterios de calidad y eficiencia, de tal manera que el enfoque debe propugnar a que el mismo operario del sistema sea quien lo valide, lo ajuste y lo mejore.

## PLAN DE ACCIÓN Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO PARA PROCESOS SELECCIONADOS:

Es el que nos permite visualizar el proceso de mejora que se inicia, a partir de los problemas identificados (resultados no deseados de los indicadores) siguiendo la ruta de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en los procesos auditados. En él se establecen las acciones de mejora en la que se deben describir las actividades que se han definido como parte de este, generando responsabilidades en cuanto a personas, tiempo estimado para su ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas para garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha.

*"El Hospital somos todos"*



Para la formulación concreta y sencilla del plan de mejoramiento se sugiere la utilización de la matriz 5 W1H que toma su nombre por sus siglas en inglés: what, who, when, where, why y how (qué, quién, cuándo, dónde, por qué o para qué y como), que debe complementarse con indicadores para poder realizar un seguimiento regular, lo que hace necesario concertar metas a todo nivel de la organización.

Parte del estudio de las razones que pueden explicar la diferencia entre los resultados de las mediciones y la calidad esperada para los procesos involucrados. Implica postular causas probables, si ciertamente hay diferencia y ella es negativa. La adecuada gestión en cuanto al desarrollo de esta fase requiere que, haciendo uso de técnicas comunes para el trabajo en equipo, se formulen todas las alternativas de solución posibles; se evalúen y se seleccionen, frente a criterios como factibilidad, aceptabilidad, etc., las distintas alternativas y se presenten a consideración de los responsables de la implantación de los correctivos las propuestas de mejoramiento.

Una vez esté identificada la causalidad y planteadas las posibles acciones de mejoramiento se debe:

- Elaborar un plan detallado, con acciones concretas y alternativas de soluciones factibles y medibles para la evaluación de resultados, capaz de bloquear las causas y solucionar el efecto no deseado o el problema, por medio de la creación de indicadores que nos permitirá monitorear y evaluar lo seleccionado, enfocando al atributo de calidad a mejorar.

### **PLANES DE MEJORAMIENTO TRANSVERSALES**

Existen unos temas que son transversales a varios grupos de estándares y que bien podrían generar planes de mejoramiento únicos y transversales.

Los temas transversales son:

1. Deberes y Derechos: Abarca los estándares 1 al 4 del grupo de hospitalarios y de Habilitación y Rehabilitación.
2. Seguridad de Pacientes: Abarca los siguientes estándares: 7 de Direccionamiento, 3 y 6 de Gerencia, 3 de Gerencia del Talento Humano, 2, 3 y 4 de Ambiente físico, 2 y 8 de tecnología, entre otros que se puedan identificar a criterio de la entidad.
3. Gestión de comentarios de los usuarios: Abarca los estándares relacionados con la escucha de la voz del cliente en lo relacionado con felicitaciones, quejas, reclamos y sugerencias.
4. Planes de Mejoramiento: Abarca el último estándar de cada grupo de estándares.

Para los temas transversales anteriores se pueden realizar planes de mejoramiento institucionales que sean trabajados y conocidos por los equipos de autoevaluación.

Los planes de mejoramiento de calidad definidos son el primer paso del ciclo PHVA. El paso siguiente, HACER, consiste en capacitar y entrenar a los implicados, tanto en el

*"El Hospital somos todos"*

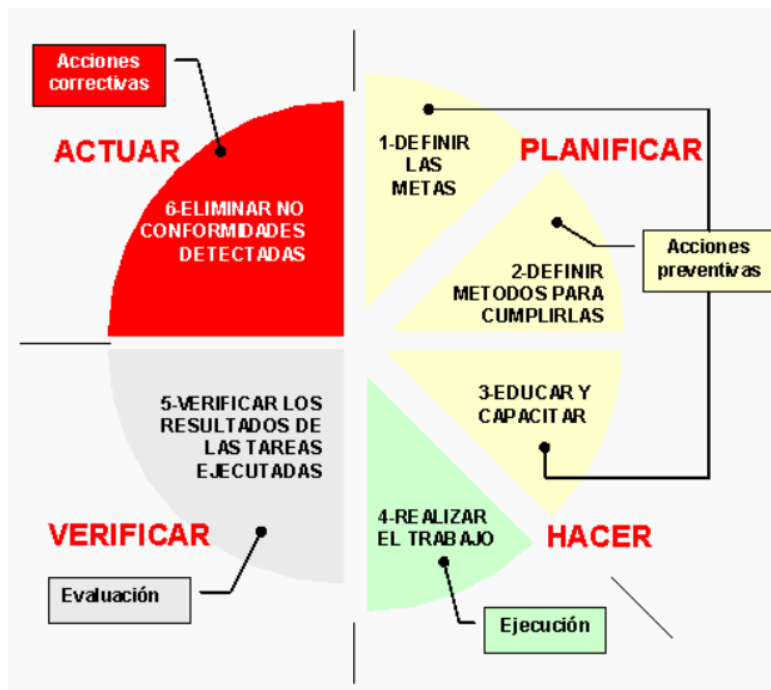


método por aplicar para el conocimiento y análisis de los problemas presentados como en las posibles soluciones planteadas para resolverlos, con el fin de que los diferentes responsables lleven a cabo las actividades definidas de acuerdo con el plan. Pero para que los planes se cumplan y lleven a las metas deseadas, es necesario VERIFICAR o hacer seguimiento permanente y ACTUAR correctivamente en tiempo real, es decir, que tan pronto sea detectado un problema, se identifiquen las causas y se busquen soluciones oportunas.

Para ello son necesarias dos condiciones:

1. Que se realice la medición de los indicadores definidos para cada meta, de forma sistemática y con una periodicidad definida, para saber oportunamente si se está logrando o no la meta deseada.
2. Que se establezca una forma de comunicación y seguimiento de las actividades, entre cada responsable y su equipo, de forma programada, con la periodicidad que la Entidad determine, para identificar y solucionar oportunamente problemas que puedan impedir el logro de la meta final.

### CICLO PHVA PARA EL DESARROLLO DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD



FUENTE: [www.blog-top.com](http://www.blog-top.com), Ciclo PHVA, Julio 14 de 2007

"El Hospital somos todos"



<b>P: PLANIFICAR</b>	<b>H: HACER</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Realizar autoevaluación.</li> <li>✚ Seleccionar procesos por mejorar.</li> <li>✚ Priorizar procesos de obligatorio monitoreo y procesos con fallas de calidad, factores críticos de éxito.</li> <li>✚ Definir la calidad esperada de los procesos priorizados (guías, normas, manuales, etc).</li> <li>✚ Determinar las técnicas de auditoría que deben aplicarse para obtener la información necesaria para monitorear los resultados.</li> <li>✚ Identificar el líder auditor, su equipo de auditoría y como aplicarán las técnicas de auditoría seleccionadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Diseñar el plan de acción de la auditoría, sus objetivos y alcances. (Qué, quién, dónde, cuándo, cómo Porque).</li> <li>✚ Diseñar los papeles de trabajo, los formatos de registros que se requieren para consignar la información que se pretende obtener, las conclusiones, análisis y recomendaciones.</li> <li>✚ Hacer cronograma para controlar la ejecución de la auditoría.</li> <li>✚ Definir criterios que garanticen la evaluación por pares.</li> <li>✚ Asignar los recursos para la ejecución de la auditoría.</li> <li>✚ Formular los indicadores de medición.</li> <li>✚ Entregar el equipo de auditoría.</li> </ul>
<b>V: VERIFICAR</b>	<b>A: ACTUAR</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Aplicar las técnicas de Auditoría seleccionadas y obtener la información que se requiere (informes estadísticos, indicadores, voz del usuario, etc).</li> <li>✚ Registrar en los papeles de trabajo la información obtenida.</li> <li>✚ Determinar la necesidad de adquirir información adicional.</li> <li>✚ Verificar la claridad y calidad de la información producto de la aplicación de cada una de las técnicas de Auditoría utilizadas.</li> <li>✚ Registrar la nueva información y las observaciones relativas al procedimiento.</li> <li>✚ Evaluar las diferentes fuentes.</li> <li>✚ Identificar y analizar los factores de riesgo (eventos adversos).</li> <li>✚ Determinar cómo se deben manejar esos riesgos para que impacten el SOGCS.</li> <li>✚ Elaborar el informe de Auditoría que consigne resultados, conclusiones y recomendaciones que lleven a los resultados esperados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Socializar los resultados de la Auditoría, los procesos que deben generar Plan de Mejora y recursos.</li> <li>✚ Acompañar al equipo en la aplicación de métodos de análisis y solución de problemas.</li> <li>✚ Soportar al equipo en la formulación del Plan de Mejoramiento.</li> <li>✚ Hacer seguimiento al cumplimiento del plan de Mejora.</li> <li>✚ Monitorear a través de los indicadores definidos con este fin, si el Plan de Mejora es efectivo.</li> <li>✚ Monitorear el aprendizaje organizacional y la estandarización de procesos prioritarios, una vez logrados los resultados esperados.</li> </ul>





**EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO:** Se debe incluir en el documento de PAMEC los procesos, métodos o mecanismos que va aplicar para el seguimiento de los planes de mejora implementadas mediante el mantenimiento de los procesos periódicos de medición, comparación, análisis y evaluación; es necesario que estos planes incluyan la medición de los indicadores definidos para las metas. Debe quedar claro quién es responsable de esta medición, cuándo se realiza, dónde y cómo. Se sugiere la aplicación del informe de tres generaciones para el seguimiento al plan de mejoramiento, debiendo permanentemente informar los avances verificados a los Comités de Gestión y Desempeño, y Comité Científico Técnico, aplicando las herramientas estandarizadas por la institución para tal fin.

El mejoramiento de la calidad va mas allá del cumplimiento formal del ciclo PHVA, se cierra cuando la auditoría le hace seguimiento a la implementación de las mejoras, para verificar cual fue el impacto en la mejora de la calidad de vida de los usuarios y pueda medir qué tanto recuperó con la inversión en Calidad, y los procesos mejorados se incorporan en la nueva etapa de planeación de la calidad.

**APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL:** Es mantener y mejorar los resultados de los procesos priorizados e intervenidos potenciando el mejoramiento continuo. El aprendizaje organizacional hace relación a la toma de decisiones definitivas, elabora estándares con los cuales se pueda hacer un control periódico y un seguimiento permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada.

En este punto, el ciclo de mejoramiento retorna al inicio y puede volverse a aplicar la ruta completa, ya no para disminuir las brechas de calidad, sino para potenciar un proceso de mejoramiento continuo.

Se debe incorporar Aprendizaje Organizacional en la Institución por medio de:

- Estandarización y ajuste de procesos.
- Capacitación y reentrenamiento del personal.

**Estandarización de los procesos:** Es la actividad sistemática de formalización, documentación e implementación de los procesos, obtenidos en consenso, con el objetivo de unificar y simplificar para lograr los resultados esperados, entendiendo el estándar como el documento del conjunto de pasos definidos para el desarrollo de un proceso, de tal manera que este cumpla o alcance las metas señaladas.

**Capacitación y reentrenamiento del personal:** Se debe realizar un seminario-taller o jornada de trabajo práctica para homologar conceptos y aprender herramientas mínimas que les permitan a los integrantes de la organización funcionar bien como grupo. El propósito de estos reentrenamientos consisten en capacitarse en gerencia de procesos, es decir, análisis y seguimiento de procesos, método de análisis y solución de problemas y estandarización.

*"El Hospital somos todos"*



**ARTICULO SEGUNDO:** Definir el equipo interdisciplinario institucional responsable para realizar la autoevaluación del PAMEC, generando un diagnóstico con referencia a los estándares de acreditación.

Se requiere que los equipos que se conformen sean interdisciplinarios de diferentes niveles organizacionales, disciplinas y momentos diferentes de la atención. Se sugiere que el número de participantes para cada uno de los equipos no sea superior a siete.

Por lo anterior, la institución, para agilizar el proceso de autoevaluación del PAMEC y por observaciones realizadas por los entes de control correspondiente, decide designar un grupo líder para este proceso con la formación y experiencia en el mismo, teniendo en cuenta que según el grupo de estándar de acreditación participarán los líderes de los procesos.

**Parágrafo:** Como se menciona anteriormente la Oficina de Calidad cuenta con un grupo líder el cual participa en todas las autoevaluaciones de los grupos de estándares de acreditación y los líderes de los procesos correspondientes, según pertinencia de los estándares a evaluar, relacionados a continuación:

Grupo de Estándar de acreditación	Número de estándares	Responsables	Líder
<b>ESTANDARES ASISTENCIALES</b>			
Atención al cliente asistencial	1 - 75	Trabajo Social	Subgerencia de Gestión de Servicios de Salud
		Planeación	
Deberes y derechos de los pacientes	1 - 4	Subgerencia de Gestión administrativa y Financiera	
Seguridad del paciente	5 - 8	Subgerencia de Gestión de Servicios de Salud	
Acceso	9 - 16	Coordinador Enfermería	
Registro e ingreso	17 - 19	Facturación	
Evaluación y necesidades al ingreso	20 - 22	Apoyo a Coord. Enfermería (Serv. Consulta Externa)	
		Epidemióloga	
Planeación en la atención	23 - 40	Apoyo a Coord. Enfermería (Serv. Transporte Asistencial, Referencia y Contra Referencia)	
Ejecución del tratamiento	41 - 46	Referente Seguridad Paciente	
Evaluación de la atención	47 - 50	Coordinador Laboratorio	
		Imagenología y Rx	
Salida y seguimiento	51 - 52	Coordinador Fisioterapia	
		Coordinador Cirugía	
Referencia y contrareferencia	53 - 58	Químico Farmacéutico	
		Talento Humano	
Mejoramiento de la calidad	75	Control Interno De Gestión	
		Equipo interdisciplinario de Calidad	
<b>ESTANDARES DE APOYO</b>			
Direccionamiento		Gerente	Gerente
		Planeación	
		Subgerencia de Gestión Administrativa y Financiera	

*"El Hospital somos todos"*



	76 – 88	Subgerencia de Gestión de Servicios de Salud Referente Seguridad del Paciente Equipo interdisciplinario de Calidad Control Interno de Gestión Control Interno Disciplinario Contabilidad Jurídica Talento Humano Trabajo Social	
Gerencia	89 – 103	Gerente Planeación Subgerencia de Gestión Administrativa y Financiera Subgerencia de Gestión de Servicios de Salud Referente Seguridad del Paciente Equipo interdisciplinario de Calidad Control Interno de Gestión Control Interno Disciplinario Contabilidad Jurídica Talento Humano Trabajo Social	Gerente
Gerencia del Talento Humano	104 – 120	Talento Humano Planeación COPASST Subgerencia de Gestión Administrativa y Financiera Coordinador Enfermería Líder Coordinación Médica Coordinador C. Externa Coordinador Cirugía Coordinador Laboratorio Coordinador Imagenología Coordinador Referencia y y Contrareferencia Referente Seguridad Paciente Jurídica Control Interno de Gestión Equipo interdisciplinario de Calidad	Profesional Universitario Área de Talento Humano
Gerencia del Ambiente Físico	121 – 131	Subgerencia de Gestión Administrativa y Financiera Planeación Subgerencia de Gestión de Servicios de Salud COPASST Seguridad y Salud en el Trabajo Gestión Ambiental Mantenimiento Referente Seguridad del Paciente Talento Humano Control Interno de Gestión	Subgerencia de Gestión Administrativa y Financiera Subgerencia de Gestión de Servicios de Salud

*"El Hospital somos todos"*



Gestión de Tecnología	132 - 141	Equipo interdisciplinario de Calidad	Ing. Biomédico Subgerencia de Administrativa y Financiera Planeación
		Subgerencia de Gestión Administrativa y Financiera	
		Ingeniero Biomédico	
		Planeación	
		Activos Fijos	
		COPASST / SST	
		Mantenimiento	
		Referente Seguridad del Paciente	
		Talento Humano	
		Coordinador Enfermería	
		Coordinador de Laboratorio	
		Imagenología y Rx	
		Líder Coordinación Médica	
		Control Interno de Gestión	
Gerencia de la Información	142 - 154	Equipo interdisciplinario de Calidad	Sistemas de Información Subgerencia de Administrativa y Financiera Subgerencia de Gestión de Servicios de Salud
		Sistemas de Información	
		Referente Seguridad del Paciente	
		Planeación	
		Coordinador Enfermería	
		Coordinador de Laboratorio	
		Coordinador imagenología y Rx	
		Coordinador Médico	
		Estadística	
		Talento Humano	
		Subgerencia de Gestión Administrativa Financiera	
		Facturación	
		Trabajo Social – SIAU	
		Epidemiología	
Control Interno de Gestión			
Equipo interdisciplinario de Calidad			
Mejoramiento de la Calidad	156 - 160	Equipo interdisciplinario de Calidad	Equipo interdisciplinario de Calidad

### Referencias Bibliografía

- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad. Bogotá 2007.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad. Bogotá 2007.

*"El Hospital somos todos"*



- ANGARITA ALVAREZ, Ivan Javier MD, Guía para la elaboración de un programa de auditoria para al mejoramiento de la calidad. Versión 7, Enero 2015.
- Resolución 5095 de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución 2082 de 2014. Ministerio de Salud y Protección Social.

**ARTICULO TERCERO:** La presente resolución es de carácter obligatorio para el proceso de Autoevaluación para la formulación del PAMEC de la ESE Hospital San José del Guaviare.

**ARTICULO CUARTO:** Derogar con todos los efectos las Resoluciones suscritas anteriormente en el tema referenciado.

**ARTICULO QUINTO:** La presente resolución rige a partir de la fecha de expedición.

### COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

San José del Guaviare, cinco (5) de abril de 2019.

  
**ANGELICA ROBAYO PINEROS**  
Gerente (E)

Elaboró: Jacqueline Sanchez Comba - Profesional Especializada Mg. /Contratista  
Revisó y Aprobó: Carolina Ospina Valencia - Asesora Jurídico – Contratista  
Dora J. Cuadrado Orjuela - Subgerente Administrativo y Financiero

