

PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL (2021



	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	2- 33



	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
Nombre	María José Mora Morón	Luis Abdón Pérez	Leidis Manjarrez
Cargo	Profesional Especializado	Coordinador Asistencial (E)	Gerente

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	3- 33

INTRODUCCION

El ministerio de Salud y protección Social mediante el decreto 780 deroga el Decreto 1011 de 2006 (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS), el cual establece los Componentes del SOGCS: Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, Sistema Único de Acreditación. Este mismo en su artículo 2.5.1.4.1 constituye Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud define que: 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 Sistema Único de Acreditación, artículo 41°, define que es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

El Decreto 903 de 2014, tiene como finalidad renovar y actualizar uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud “Sistema Único de Acreditación”, el cual se reglamentó a partir del año 2002 con la Resolución 1474 Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación, Esta a su vez modificada con la Resoluciones 1445 de 2006, 3969 de 2008 y 123 de 2012. En la actualidad regido 5095 de 19 de noviembre de 2018

La ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, como Empresa Social del Estado de mediana complejidad con algunas actividades de alta complejidad, en los años 2006, 2007 y 2008 inicia con la aplicación del componente auditoría del mejoramiento de calidad con planes de mejoramiento continuo partiendo de los estándares de Habilitación vigentes a esa fecha.

El año 2009 se dio inicio a la construcción de la primera versión del PAMEC partiendo de los estándares de Habilitación vigentes a esa fecha, aprovechando

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451
E-mail: calidad@hrplopez.gov.co

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ <i>¡Creciendo para todos con calidad!</i></p>	<p align="center">PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021</p>		CODIGO	MN-GC-MC-01
			VERSION	11
			FECHA	Octubre/2021
			HOJAS	4- 33

el acompañamiento por parte del Ministerio de la protección social, al estar incluidos en el Proyecto de las cien (100) IPS del país con miras a la acreditación, en la actualidad se inicia construcción de la versión Decima (10) del PAMEC tomando como base los estándares de acreditación: Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial, Grupo de estándares de direccionamiento, Grupo de estándares de gerencia, Grupo de estándares de gerencia del talento humano, Grupo de estándares de gerencia del ambiente físico, Grupo de estándares de gestión de tecnología, Grupo de estándares de gerencia de la información, Grupo de estándares de mejoramiento de la calidad.

La Metodología Utilizada para la elaboración del PAMEC está basada en la conformación de grupos de autoevaluación y la aplicación de los pasos de la ruta crítica, descritos en las PAUTAS INDICATIVAS del Ministerio de la Protección Social, para el desarrollo e implementación del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad: Autoevaluación, Selección a procesos a mejorar, priorización de procesos, definición de la calidad esperada, medición inicial del desempeño de los procesos, plan de acción y/o plan de mejoramiento para procesos seleccionados, ejecución del plan de acción, evaluación del mejoramiento y seguimiento con comités, aprendizaje organizacional.

Para terminar este documento se encuentra enfocado en la implementación de acciones de mejoras priorizadas centradas en los estándares superiores de acreditación, con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451
E-mail: calidad@hrplopez.gov.co

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	5- 33

1. Marco Teórico

1.1. Marco Conceptual

La Calidad de la Atención en Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud se define como: “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (Decreto 780 de 2016). De igual forma se expresa que para Garantizar una eficiencia y eficacia en la calidad de la prestación de los servicios, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud debe estar integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad, Sistema único de acreditación y sistema de información para la calidad en salud que articulados buscan mejorar continuamente una organización.

El Ministerio de Salud (MiSalud), por medio del decreto 780 de 2016 define la Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud 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, utilizando como herramienta el PAMEC. En el Manual de acreditación en Salud Hospitalario Colombia se reseña que existe un proceso de consenso que cuenta con la participación de expertos del Ministerio de la Protección Social, del Icontec y de las instituciones participantes en el Comité Sectorial, el cual ha sido actualizado para responder a las nuevas exigencias de los estándares internacionales y a la necesidad de impulsar las instituciones hacia nuevos desarrollos en los procesos de calidad que enfatizan en el enfoque dirigido a la obtención de resultados centrados en el paciente.

En la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López anualmente realiza su autoevaluación frente a altos estándares de acreditación en salud, los cuales están definidos en los siguientes grupos : estándares del proceso de atención al cliente asistencial, estándares de direccionamiento, estándares de gerencia, estándares de gerencia del talento humano, estándares de gerencia del ambiente físico, estándares de gestión de tecnología, estándares de gerencia de la información y por ultimo estándares de mejoramiento de la calidad; con el objeto de implementar acciones de mejora continua que logren superar las expectativas de sus usuarios.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451
E-mail: calidad@hrplopez.gov.co

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	6- 33

1.2. Marco normativo.

El sistema de salud en Colombia hace parte del Sistema Seguridad social de Colombia regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Salud y Protección Social y del Ministerio de Trabajo, bajo mandato constitucional y delegado en parte al sector privado.

La constitución Política Colombiana (1991), Artículo 49. “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

La ley 100 (1993). Establece que el sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Decreto 780 (2016). Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el cual en su Artículo 4°. Menciona los Componentes del SOGCS: El Sistema Único de Habilitación, La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, El Sistema único de Acreditación, El Sistema de Información para la Calidad. Es importante resaltar que actualmente el decreto anteriormente mencionado (1011 de 2006), ha sido incluido en el Decreto 0780 de 2016, ya que este último se considera un decreto compilatorio de normas reglamentarias preexistentes, las mismas no requieren de consulta previa, dado que las normas fuente cumplieron al momento de su expedición con las regulaciones vigentes sobre la materia.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451
E-mail: calidad@hrplopez.gov.co

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	7- 33

La Resolución 3100 de 2019 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. La Resolución 256 del 2016 por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoreo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Resolución 1445 de 2.006, hace poco componente voluntario pero por normatividad reciente (Res 2181 de 2008) se convierte en obligatorio para las IPS Públicas evaluarse frente a los estándares de acreditación así no se solicite la visita de acreditación. La acreditación está dirigida a evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad en la prestación de los servicios de las entidades que decidan acogerse a este proceso. En Colombia el componente de acreditación en salud rige para la IPS por medio del Decreto 903 de 2014 que dispone la relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud". Resolución 2082 de 2014, que define la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. Resolución 6055 de 2016, reseña la integración y el funcionamiento del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud, "resolución 2427 de 2014 "Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud" hasta el 31 de enero de 2017 Resolución 346 de 2017 "Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud" hasta el 31 de enero de 2021

Por último la Circular 012 Superintendencia de Salud 2016. Directrices para reporte de información de características de calidad de las instituciones en salud y Resolución 5095 de 2018, el cual adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451
E-mail: calidad@hrplopez.gov.co

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	8- 33

1.3. Marco operativo

Ciclo PHVA: La Auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinen como básicos en el Sistema Único de Habilitación. En la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, la metodología de trabajo para el mejoramiento continuo está basado en el ciclo gerencial P-H-V-A.



En la E.S.E Hospital Rosario Pumarejo de López ha planificado sus actividades del PAMEC, para ello ha sido de suma importancia el apoyo de la alta dirección y el compromiso del equipo de autoevaluación, los cuales mediante su participación aseguraran la viabilidad de las acciones de mejoramiento y a su vez guía un proceso organizacional hacia el desarrollo con calidad.

- **PLANEAR (P):** Esta fase está compuesta de dos etapas: identificar metas (qué) y la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.
- **HACER (H):** Es la ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la formación de las personas en las formas o “cómos” establecidos para cumplir la meta y presenta la ejecución del planeado, evidenciado mediante la recolección de los datos.
- **VERIFICAR (V):** Esta es la fase de verificación de los resultados (indicadores), se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos.
- **ACTUAR (A):** En esta cuarta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Existen básicamente dos posibilidades; en el caso que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso. La otra opción es que no se haya cumplido con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.

Niveles de auditoria:

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451
E-mail: calidad@hrplopez.gov.co

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ <i>¡Creciendo para todos con calidad!</i></p>	<p>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021</p>		CODIGO	MN-GC-MC-01
			VERSION	11
			FECHA	Octubre/2021
			HOJAS	9- 33



- **Autocontrol:** Es el nivel óptimo en el que actúa la auditoría, en el cual el Talento Humano vinculado (directa o indirectamente) planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normativa vigente y por la ESE HRPL
- **Auditoria Interna:** Es una evaluación sistemática realizada en la misma ESE, su propósito es contribuir a que se adquiriera la cultura del autocontrol. Las actividades de Auditoria interna en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, serán realizadas por control interno y el Líder de Calidad, teniendo en cuenta las competencias necesarias para la ejecución de esta labor.
- **Auditoria Externa:** Evaluación sistemática llevada a cabo por los entes externos a la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López. Este nivel de auditoria será ejecutado por los siguientes actores: EPS con las cuales hemos suscrito contratos, Entidades de Vigilancia y Control, tales como Secretaría de Salud, Superintendencia Nacional de Salud y otras instancias legales, que justifiquen la necesidad de realizar un proceso de auditoría. Entre otras

1.4. Tipos de Acciones.

- **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 realizan las personas y la organización en la prestación de sus servicios de salud (procesos) 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 la atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451
E-mail: calidad@hrplopez.gov.co

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	10- 33

2. Presentación De La ESE Hospital Rosario Pumarejo De López



La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ**, se encuentra ubicado en la zona norte del Departamento del Cesar en el municipio de Valledupar localizado en la calle 16 N° 17 – 141; con más de sesenta años de experiencia como Institución Prestadora de Servicios de Salud, se constituye en la principal IPS pública de mediana complejidad con algunas actividades de alta complejidad ; considerada el principal centro de referencia y contra referencia de la red pública en el Departamento del Cesar.

La E.S.E, cuenta con una infraestructura física moderna concebida dentro del marco de las normas y parámetros nacionales para construcciones hospitalarias, brinda atención en salud de acuerdo con los lineamientos especificado en la legislación vigente en un gran radio de influencia que incluye los departamentos de La Guajira (San Juan del Cesar, Villanueva, Urumita y La Jagua del Pilar), Magdalena (Plato, Chibolo, Ari guaní y Guamal), Bolívar (Barranco de Loba, Morales, Río Viejo y San Martín de Loba), todo el Departamento del Cesar (Valledupar, El Copey, Bosconia, La Paz, Manaure, San Diego, Codazzi, Becerril, La Jagua de Ibirico, Chiriguana, Chimichagua y Astrea, El Paso, y Curumaní). La población que atiende está afiliada a los Regímenes Subsidiado, Contributivo, Población Pobre No Asegurada, Población Desplazada, indígenas, Población Reincorporados a la sociedad civil y particulares.

El HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ, se encuentra habilitada con el código 2000100431-01. Jurídicamente está constituida mediante Ordenanza 048 del 10 de diciembre de 1.994, fue elevada a la categoría de **Institución pública prestadora de servicios de salud, como EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, el 6 de diciembre de 1.995 adquirió su Personería Jurídica que lo clasifica como Hospital de Segundo Nivel de Atención, constituyéndose en el Hospital de referencia dentro de los Hospitales que conforman la Red Pública Hospitalaria del Departamento del Cesar, adscritos a la Secretaría Departamental de Salud

2.1. Reseña Histórica

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451
E-mail: calidad@hrplopez.gov.co

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	11- 33

En la década de los 30 durante la presidencia del Dr. Alfonso López Pumarejo se ordenó la construcción del Hospital Rosario Pumarejo de López en unos predios ubicados en el Barrio Hernando de Santana en la cabecera municipal de Valledupar, lleva el nombre en honor a la matrona Vallenata, madre del Presidente en mención. Su primer director fue el Dr. Ciro Pupo Martínez, nombrado por Decreto en el año 1.942, cargo éste que no pudo desempeñar, ya que las instalaciones del Hospital fueron tomadas, hasta el año 1.949, como albergue de una compañía del Batallón Bomboná frente a un conflicto bélico entre las Repúblicas de Colombia y República bolivariana de Venezuela.



Sólo hasta 1.950 abrió sus puertas como ente Administrativo-Asistencial, bajo la dirección científica del Dr. José Antonio Socarras apoyado en una Junta Directiva, seguido en los años siguientes por un sin número de destacados directores, terminando el milenio con la ampliación y adecuación de su infraestructura en las áreas de Urgencias y Consulta Externa, con las cuales cuenta actualmente.

El 26 de diciembre de 1.999 se firman los Convenios de Desempeño y de Eficiencia entre la ESE., Ministerios de Desarrollo y Salud y el Departamento del Cesar, con metas de cumplimiento a cinco años, evaluables de acuerdo a lo establecido por el Comité Técnico Territorial. El 15 de diciembre de 2004 en la nueva torre de hospitalización, comenzó a prestar los servicios, con un proyecto arquitectónico aprobado por el Ministerio de la Protección Social.

En el 2006, la ESE atendiendo lo establecido en el Convenio entre el Ministerio de la

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451
E-mail: calidad@hrplopez.gov.co

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	12- 33

Protección Social y el Departamento del Cesar para la Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Servicios de Salud del Departamento del Cesar, suscribe con el Departamento Convenio de Desempeño bajo el cual se formalizaron los términos y condiciones bajo los cuales la IPS se obliga a establecer las metas, indicadores y compromisos en materia de rediseño o ajuste institucional, portafolio, producción y calidad de servicios, reducción, racionalización y control del gasto, sostenibilidad financiera, mejoramiento de gestión y sistema de referencia y contra referencia garantizando la correcta destinación de los recursos que otorga la Nación y demás recursos territoriales que concurren en el financiamiento del programa.

Actualmente el Hospital Rosario Pumarejo de López es una institución reorganizada y fortalecida en sus áreas asistenciales y administrativas, la cual busca ofrecer servicios de calidad en forma oportuna, eficiente y eficaz, diseñando planes y programas que respondan a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451
E-mail: calidad@hrplopez.gov.co

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARID PIMAREJO DE LOPEZ <i>¡Creciendo para todos con calidad!</i></p>	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021		CODIGO	MN-GC-MC-01
			VERSION	11
			FECHA	Octubre/2021
			HOJAS	13- 33

2.2. Plataforma Estratégica de la ESE HRPL

MISION

Somos una empresa social del estado prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad en el departamento del Cesar y su área de influencia, incluyente, participativa para satisfacción de las necesidades del usuario y su familia, comprometida con la seguridad paciente, humanización, protección del medio ambiente y la formación del capital humano fundamentado en la relación docencia servicio

VISION

Ser en el 2025 un hospital reconocido en el Cesar y área de influencia por crecer en servicios de salud integrales de mediana y alta complejidad enfocados en el mejoramiento continuo con calidad, promoviendo seguridad paciente, humanización y reducción de la huella ecológica; fortaleciendo avances académicos y científicos”.

2.3. Principios

El Hospital en el desarrollo de las acciones en salud ha fundamentado los siguientes principios que soportan su cultura organizacional y son la base del sistema de valores éticos adoptados por los servidores públicos de la entidad: Humanización, Pertinencia, Oportunidad, Integralidad, Trabajo en Equipo

2.4. Valores

Los Valores que rigen la forma de actuar de los servidores públicos en esta Institución se describen a continuación: Respeto, Honestidad, Compromiso, Diligencia y Justicia.

2.5. Objetivos institucionales.

2.5.1. Objetivos estratégicos:

- Prestar servicios asistenciales individuales y colectivos con calidad.
- Lograr posicionamiento en la región con un amplio portafolio de servicios que garanticen integralidad en la atención.
- Garantizar el flujo de recursos para mantener su sostenibilidad financiera y social.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: calidad@hrplopez.gov.co

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	14- 33

2.5.2. Objetivos generales:

- Prestar servicios de Salud con Calidad.
- Lograr posicionamiento regional ,reflejado en productividad , rentabilidad social y económica
- Alcanzar la Auto sostenibilidad financiera, apoyados en la autonomía como Empresa Social del Estado
- Brindar campos de investigación, adiestramiento y formación a estudiantes de pregrado y postgrado en las áreas afines a la E.S.E

2.5.3. Objetivo social:

Prestar Servicios de atención en Salud de Mediana Complejidad en concordancia con su capacidad tecnológica-científica. Incluyendo la investigación, adiestramiento y formación como Centro Docente- Asistencial

2.6. Políticas de Calidad y Seguridad Paciente.

2.6.1. Política de calidad:

Como Empresa Social del Estado de mediana complejidad en salud prestamos servicios médicos ambulatorios, hospitalarios, quirúrgicos, de cuidados intensivos adultos y neonatal bajo criterios de calidad altamente competitivos, buscando satisfacer las necesidades de nuestros usuarios, mediante el cumplimiento de las directrices reglamentarias del SOGCS y la mejora continua en los procesos, que nos permitan mantener una institución integral y sólida, posicionada en la sociedad, siendo reconocida por la alta calidad de los servicios ofrecidos, idoneidad del recurso humano, auto sostenibilidad financiera y rentabilidad social.

2.6.2. Política de Seguridad Paciente

El Hospital realiza sus acciones misionales adoptando procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias, con el mantenimiento de unas condiciones de calidad técnico científica, idoneidad y experiencia del talento humano, suficiencia de insumos y demás recursos financieros y logísticos que se requieran para garantizar la prestación de servicios de salud seguros y confiables.

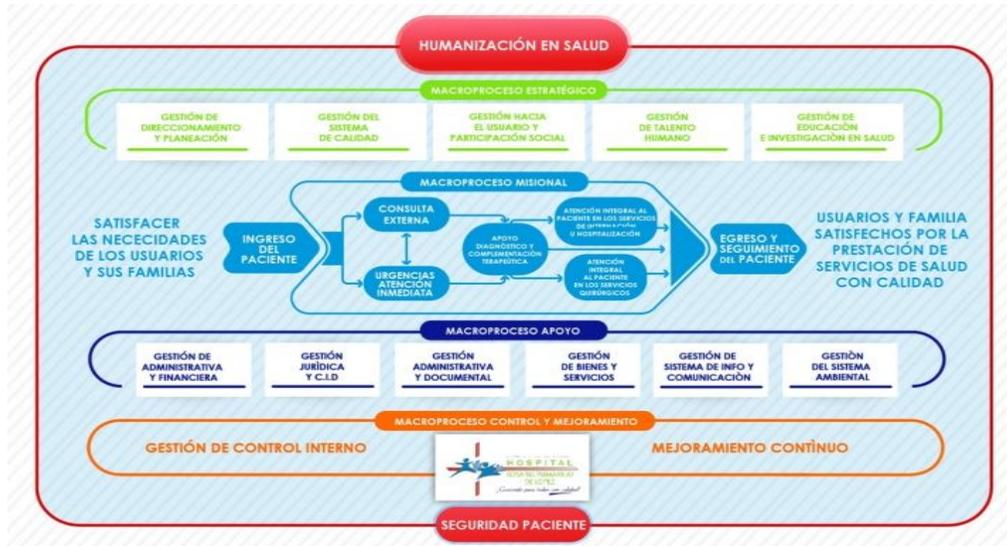
¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: calidad@hrplopez.gov.co

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	15- 33

2.7. Procesos Institucionales



Macroproceso de Direccionamiento Estratégico: Cuenta con (5) cinco Procesos: Gestión de Direccionamiento y Planeación, Gestión del Sistema de Calidad, Gestión hacia el Usuario y Participación Social, Gestión de Talento Humano, Gestión de Educación e investigación en Salud.

Macroproceso Misional: Razón de ser de la institución como es la gestión de la prestación del servicio de salud, dentro de este están Cinco (5) procesos: Consulta externa, Atención Inmediata, Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica, atención integral de los pacientes en los servicios de internación u Hospitalización y Atención Integral de los Pacientes en los servicios Quirúrgicos.

Macroproceso de Apoyo: sostiene la razón de ser de la empresa comprende Seis (6), Procesos: Gestión de Talento Humano, Gestión Administrativa y Financiera, Gestión Jurídica y de control interno Disciplinario, Gestión Administración Documental, Gestión del sistema Ambiental, Gestión de bienes y servicios y Gestión de Sistemas de Información y Comunicación.

Macroprocesos de Gestión y Control de Evaluación: Con dos (2) procesos: Gestión de Control Interno y Mejoramiento Continuo. Incluyen aquellos procedimientos necesarios para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y eficiencia. Incluyen procesos de medición, seguimiento y auditoría interna, acciones correctivas y preventivas, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: calidad@hrplopez.gov.co

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ <i>¡Creciendo para todos con calidad!</i></p>	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	16- 33

2.8. Servicios Habilitados de la ESE HRPL

La ESE Entra contribuye en gran medida con los planes departamentales y locales de salud, impactando de manera particular en materia de ampliación de cobertura mejorando la oferta en los estratos I, II y III, cubriendo la demanda no solo de Valledupar y su área de Influencia, sino también de la población extranjera y de la población pobre no asegurada con los siguientes servicios:

INTERNACION	ATENCIÓN INMEDIATA
<i>Hospitalización Adulto Hospitalización Pediátrica Hospitalización salud mental Cuidado intermedio neonatal Cuidado intermedio adultos Cuidado intensivo neonatal Cuidado intensivo adultos Cuidado básico neonatal</i>	<i>Atención del Parto Urgencias Transporte Asistencial Básico Transporte Asistencial Medicalizado</i>
QUIRÚRGICOS	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO
<i>Cirugía general Cirugía ginecológica Cirugía maxilofacial Cirugía ortopédica Cirugía oftalmológica Cirugía otorrinolaringología Cirugía oncológica Cirugía pediátrica Cirugía plástica y estética Cirugía vascular y angiológica Cirugía urológica Otras cirugías Cirugía dermatológico</i>	<i>Diagnostico vascular Laboratorio clínico Imágenes diagnosticas Ionizantes Toma de muestras de laboratorio clínico Servicio farmacéutico Terapia respiratoria Fisioterapia Gestión Pretransfusional</i>
CONSULTA EXTERNA	
<i>Medicina Interna Cirugía general Cirugía ginecológica Cirugía maxilofacial Cirugía ortopédica Cirugía oftalmológica Cirugía otorrinolaringología Cirugía oncológica Cirugía pediátrica Cirugía plástica y estética Reumatología Urología Cirugía vascular y angiológica</i>	<i>Cirugía urológica Otras cirugías Infectología Nefrología Neumología Neurología Nutrición y dietética Oftalmología Ortopedia y/o traumatología Otorrinolaringología Pediatria Psicología Psiquiatría</i>

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: calidad@hrplopez.gov.co

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ <i>¡Creciendo para todos con calidad!</i></p>	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021		CODIGO	MN-GC-MC-01
			VERSION	11
			FECHA	Octubre/2021
			HOJAS	17- 33

3. IMPLEMENTACION DEL PAMEC

3.1. Objetivos.

3.1.1. Objetivo General

Establecer el Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en la E.S.E, HRPL, mediante una herramienta (PAMEC), basada en el ciclo PHVA, amparada en los parámetros y directrices establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, como mecanismo sistémico y continuo de evaluación comparando la calidad observada con respecto a la calidad esperada de los procesos habilitados a fin de satisfacer a sus usuarios con el mínimo de riesgos en la atención.

3.1.2. Objetivos Específicos

- Realizar autoevaluación de los estándares de acreditación según el manual de ambulatorio y hospitalario, que permitan Identificar las fortalezas y oportunidades de mejora, los problemas reales o potenciales prioritarios, mediante la hoja radar asignando una puntuación según lo contemplado.
- Comparar la calidad observada con la calidad esperada.
- Priorizar los procesos que están influyendo negativamente en la calidad de la prestación del servicio que requieren intervención.
- Implementar los planes de mejoramiento que requiera la organización.
- Evaluar la eficacia de los planes de mejoramiento implementados mostrando el impacto.

3.2. Alcance del PAMEC

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de atención en salud del Hospital Rosario Pumarejo de López estará orientado a la evaluación de los estándares según el manual de estándares del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1. a fin de priorizar los procesos, fortaleciendo la gestión del riesgo para los procesos misionales y el fortalecimiento del programa de Seguridad del Paciente. **La duración de la implementación del PAMEC será para el año 2021 iniciando desde la Autoevaluación hasta el cumplimiento, y evaluación de cumplimiento de los planes de mejoramiento**

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	18- 33

3.3. Responsables

Será responsabilidad de Gerente, proporcionar los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades definidas del PAMEC, del equipo de autoevaluación realizar esta y definir las oportunidades de mejora, líder de calidad hacer seguimiento a su implementación y velar por el cumplimiento de ello, Será responsabilidad del personal operativo cumplir con las actividades planeadas

3.4. Planificación del PAMEC

Realización de cronograma de trabajo PAMEC de la ESE HRPL, incluye todo el proceso que se debe desarrollar para realizar el ciclo completo, el cual incluye todas las actividades planteadas por el ministerio. Ver anexo 1.

3.5. Metodología.

El programa de Auditoria de Mejoramiento de Calidad en Salud de la ESE HRPL 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, utilizando los estándares de acreditación.

3.5.1. Ruta Crítica



¡Creciendo para todos con calidad!

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ <i>¡Creciendo para todos con calidad!</i></p>	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	19- 33

3.5.1.1. Autoevaluación

Conformación de los Grupos

La primera fase es la autoevaluación la cual consiste en establecer un diagnóstico para identificar los problemas de calidad observada de los diferentes **procesos** de la institución, identificando las fortalezas y oportunidades de mejora. Para la escogencia de los grupos se realizó un análisis previo de las personas que los conformarían, de tal forma que se seleccionaron funcionarios con conocimiento, competencias y liderazgo, se involucraron líderes de procesos y coordinadores de áreas funcionales, y otros colaboradores operativos del proceso a evaluar, teniendo en cuenta integrantes de grupos de años anteriores de auto evaluación para aprovechar la experiencia.

Con el fin de asegurar el proceso de autoevaluación, implementación de acciones de mejora, ejecución de actividades, seguimiento e informe final del programa de auditoria para el mejoramiento de calidad en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López se crea la necesidad de capacitar a un grupo de funcionarios sobre este tema, por ello desde la Oficina del Sistema de Gestión Integral de Calidad se convocó y se capacito al personal involucrado. La capacitación se enfoca en la ruta crítica, metodología de evaluación basada en el análisis, observación, documentación y comparación entre la evidencia generada de la gestión de los servicios habilitados que se pudiera, medir y comparar frente al desempeño ideal planteado en los estándares de Acreditación en la Institución, para así asignar la autoevaluación cualitativa y cuantitativa Igualmente se dio a conocer los formatos definidos para condensar toda la información.

Por otra parte se realizó a los miembros seleccionados para el equipo de PAMEC un diagnóstico básico para identificar problemas o fallas en la calidad que afectan a la organización, las cuales se pueden evidenciar por diversas fuentes, como la voz del cliente, directrices de la alta dirección, los informes de gerencia, encuestas a proveedores, análisis de procesos claves, observación directa, evaluaciones de gestión realizadas

Una vez capacitado el personal, Se procede a realizar la conformación de los grupos de autoevaluación de los cuales son: siete (7) grupos, que cuentan con un líder, un secretario y un asistente metodológico. Cada uno realiza la autoevaluación según estándar asignado, con excepción del estándar asistencial que se divide en dos grupos, además se les entregó a cada miembro del equipo auto evaluador los estándares en los que se contemplen criterios de acreditación, establecidos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y hospitalario emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	20- 33

Grupos o Equipo de Autoevaluación.

GRUPO DE ESTANDARES ASISTENCIALES (1-30)							
Líder	Secretario	Integrante 1	Integrante 2	Integrante 3	Integrante 4	Integrante 5	Asistencia Metodológica
Angélica Díaz Granados	Ángela Torres	Eunice Peñuela	Ivon Ariza	Glenia Villa	Cecilia Acosta	Maricela Bermúdez	María Concepción Quiroz
Coordinación Materno	Coord. Departamento de Enfermería	Enfermera	Enfermera	Coordinadora L. Clínico	Enfermera	Psicóloga	Referente de seguridad del paciente

GRUPO DE ESTANDARES ASISTENCIALES (31-75)							
Líder	Secretario	Integrante 1	Integrante 2	Integrante 3	Integrante 4	Integrante 5	Asistencia Metodológica
Adela Marchena	Alejandra Reales	Danecci González	Rosbiela Urdiales	Tatiana Gómez	Frank Buendía Aguirrez	Anny González	Juliana Guerrero Contreras
Coordinador médico quirúrgico	Ingeniera calidad	Instrumentación Quirúrgica	Enf Coordinadora Quinto piso	Químico Farmacéutico	Coord. urgencias y consulta externa	Coord SIAU	Líder de Calidad

ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO (76 – 88) Y ESTANDARES DE GERENCIA (89 -103)					
Líder	Secretario	Integrante 1	Integrante 2	Integrante 3	Asistencia Metodológica
Jakeline Henríquez Gerente HRPL	Olga Hernández Jefe Planeación	Magreht Sánchez Sub-financiera	Marlon Pérez Oficina de planeación	José Carlos Ríos A. gerencia	Luis Abdón Pérez Coordinación asistencial

ESTANDARES TALENTO HUMANO (104 – 120)					
Líder	Secretario	Integrante 1	Integrante 2	Integrante 3	Asistencia Metodológica
Leidys Manjarres	Luis Emiro Zuleta	Marlon Aguirre	Alidis Miranda	Magreht Sánchez	Maloly Franco
Líder de Talento Humano	Técnico Administrativo	Apoyo a planeación	Técnico Administrativo	Sub-financiera	Enfermera

ESTANDARES AMBIENTE FISICO (121-131)					
Líder	Secretario	Integrante 1	Integrante 2	Integrante 3	Asistencia Metodológica
Heriberto González	Yasser Otero	Breidys Ariza	Isidro Gómez	Yaquelin Ordoñez	María Concepción Quiroz
Jefe. Mantenimiento	Líder. Gestión Ambiental	Líder de SST	Control Interno	Apoyo coord. Asistencial	Referente de Seguridad Paciente

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: calidad@hrplopez.gov.co

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	21- 33

ESTANDARES DE GESTIÓN TECNOLÓGICA (132-141) Y DE GESTIÓN INFORMACIÓN (142-155)					
Líder	Secretario	Integrante 1	Integrante 2	Integrante 3	Asistencia Metodológica
Wilmer Martínez	Santiago Estor	José Carlos Ríos	Jorge Vásquez	Jesús Manuel Martínez	María José Mora
Coord. Estadística	Coord. Sistemas	A. gerencia	Inge sistemas	Apoyo a planeación	Banco de sangre

GRUPO DE ESTANDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (156-160)			
Líder	Secretario	Integrante 1	Asistencia Metodológica
Abdón Pérez	María Concepción Quiroz	María José Mora	Juliana Guerrero Contreras
Coord., asistencial	Referente de Seguridad	Banco de sangre	Líder de Calidad

- **Estándares Asistenciales:** Hace referencias al Proceso y sub- procesos Misional de la E.S.E, HRPL, donde incluyen todos aquellos servicios habilitados para hacerles las auditorias para la mejora continua; la cual está compuesta por los subgrupos de estándares: derechos de los pacientes, seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención referencia, salida y seguimiento al igual que referencia y contra referencia.
- **Direccionamiento:** Hace parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobierno de la organización.
- **Gerencia:** es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobierno de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución.
- **Gerencia del Talento Humano:** se enfoca en la gestión del talento humano, desde su planeación hasta su retiro, y su proceso de mejoramiento continuo.
- **Gerencia de la Información:** se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas en relación con la información clínica y administrativa y su uso para la toma de decisiones en cualquier nivel de la organización.
- **Ambiente Físico:** incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.
- **Gestión de Tecnología:** se enfoca en la gestión integral de todos los recursos tecnológicos, desde su planeación hasta su renovación, y el análisis de los efectos de su utilización
- **Estándar de mejoramiento del grupo de estándares:** tiene como finalidad evaluar en qué medida los requisitos establecidos por los estándares del grupo de mejoramiento se operatividad en los procesos evaluados por el grupo específico

¡Creciendo para todos con calidad!

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	22- 33

Funciones de los Integrantes del Grupo PAMEC

Funciones del Líder

- Velar por la participación y cumplimiento del equipo de autoevaluación
- Dirimir las dificultades en el consenso
- 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

Funciones del Secretario

- 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

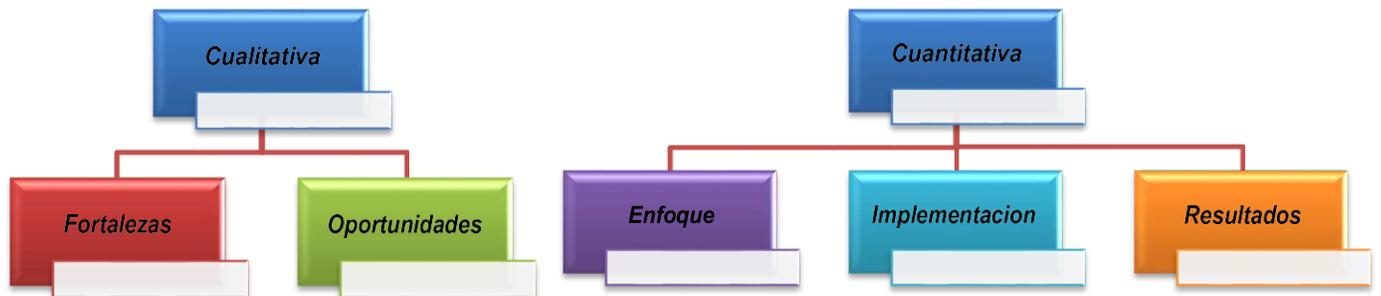
Funciones de los Participantes

- Asistir puntualmente a las reuniones de autoevaluación
- Participar activamente en la discusión y calificación de los diferentes estándares con la mayor honestidad.
- Verificar la realización de las mejoras requeridas para cerrar la brecha entre la calidad observada y la evaluada.
- Participar activamente en la discusión y calificación de los diferentes estándares con la mayor honestidad.
- Verificar la realización de las mejoras requeridas para cerrar la brecha entre la calidad observada y la evaluada.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	23- 33

Auto-Evaluación

Para la realización de la autoevaluación se siguió la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, en donde la E.S.E Hospital Rosario Pumarejo de López abordó cada uno de los estándares establecidos en el manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, según la resolución 0123 de 2012. Para ello utilizó una perspectiva cualitativa y una cuantitativa



Actividades para la Autoevaluación.

- Leer, Analizar e interpretar en conceso por el equipo de trabajo cada uno de los estándares antes de empezar la calificación con el fin de entender la globalidad y facilitar el proceso de calificación del estándar individual.
- Identificar, analizar, definir y diligenciar las fortalezas y oportunidades de mejora según los criterios por estándar. Para ello se tiene en cuenta la descripción de las principales fortalezas que demuestren el cumplimiento del estándar, se registran las evidencias como constancia, los resultados específicos y las tendencias. Se relaciona documentos, políticas institucionales, informes, resultados, informes de indicadores, gráficos de tendencias, informes de auditoría, actas de comités, modelos y programas, manuales, reglamentos, códigos, guías, aplicativos, formatos, instructivos y en general todos aquellos registros que la institución utiliza
- Identificar las acciones de mejoramiento de cada oportunidad de mejora.
- Calificar el estándar por consenso del equipo. Para esta se utilizará la escala de la hoja radar con la definición del avance del enfoque, implementación y resultados y sus diferentes variables. Para evaluar cuantitativamente los estándares de acreditación se diseñó el registro de calificación de variables, mediante el cual se facilitó la puntuación de cada estándar por cada una de las 10 variables contempladas en las tres dimensiones (Enfoque, Implementación y despliegue y Resultados), a su vez el formato permite cuantificar la calificación promedio de cada dimensión y finalmente obtener el puntaje total del estándar

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451
E-mail: calidad@hrplopez.gov.co

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ <i>¡Creciendo para todos con calidad!</i></p>	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	24- 33

- Documentar y registrar la autoevaluación cualitativa (Fortaleza, Soporte de la Fortaleza, Oportunidad de Mejora)
- Transcribir el informe final y entregar en un lapso de diez (10) días hábiles posterior a la autoevaluación.

Nota: El Coordinador de calidad avisará con un mes de anterioridad la fecha en la cual se realizará la autoevaluación con el fin de facilitar el alistamiento de los integrantes de los equipos que supone para aquellos profesionales asistenciales el bloqueo de la agenda para garantizar la participación.

Resultado de la Autoevaluación.

Una vez terminado el análisis y evaluación frente a cada uno de los Estándares y sus criterios, empleando el ciclo PHVA, mediante la observación, documentación y comparación entre el quehacer diario y el desempeño ideal planteado en los estándares del sistema único de Acreditación, permitió identificar Fortalezas y Oportunidades de Mejora para cada uno de los estándares (Evaluación Cualitativa); luego se asigna la calificación pertinente con base en las variables Enfoque, Implementación y Resultado (Evaluación Cualitativa). Para efectos de la calificación definitiva se establece un promedio por cada grupo de estándar, el cual será consolidado por el Líder de Calidad.

Tabla de calificación general de la autoevaluación					
Autoevaluación de acreditación según resolución 123 de 2012 vigencia 2021					
Grupo Estándar	Autoevaluación 2021				
	N° de estándares por grupo	Estándares Evaluados	Calificación Promedio 2020	Calificación Promedio 2021	
Asistenciales	75	52	2,5	2	(-0,5)
Direccionamiento	13	12	3,2	2,6	(-0,6)
Gerenciales	15	15	3,4	2,9	(-0,5)
Gerencia Talento Humano	17	17	2,4	1,9	(-0,5)
Gerencia del Ambiente Físico	11	11	2,5	2,1	(-0,4)
Gerencia de la Información	14	14	2,5	2,2	(-0,3)
Gestión Tecnológica	10	8	2,3	2,2	(-0,1)
Mejoramiento de la Calidad	5	5	2,8	1,9	(-0,9)
Calificación Total de la vigencia			2,7	2,2	(-0,5)

Fuente: Autoevaluaciones de estándares 2021.

¡Creciendo para todos con calidad!

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ <i>¡Creciendo para todos con calidad!</i></p>	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021		CODIGO	MN-GC-MC-01
			VERSION	11
			FECHA	Octubre/2021
			HOJAS	25- 33

Como se observa en el cuadro anterior para la vigencia 2020, se obtuvo una calificación final de (2.7), al comparar dicha información con el año 2021 se evidencia que la calificación de la vigencia total fue de (2.2), disminuyendo en (0.5), se hace necesario mencionar que este mismo comportamiento se evidencio en todos los grupos estándares.

En el cuadro preliminar se observa la calificación cuantitativa de los grupos de los estándares comparando vigencia 2020 con 2021. La mayor disminución en la autoevaluación la obtuvo el grupo de mejoramiento continuo con una diferencia de (-0,9); seguido del grupo de estándares de direccionamiento con (-0,6), continuado con los grupos de estándares asistenciales, Gerenciales y Gerencia del talento Humano con (-0,5); y en este mismo orden los grupos de estándares de Ambiente físico con (-0,4), Gerencia de la información con (-0,3) y por ultimo Gestión tecnológica con (-0,1).

Es importante resaltar que para la vigencia evaluada realizaron algunos ajustes en los diferentes procesos institucionales avances finales en la ejecución de las actividades planificadas se lograron pero no impactaron lo suficiente, por otra parte es importante mencionar la situación que ha atravesado la ESE y que han golpeado de manera contundente los procesos institucionales, tales como: múltiples ceses de actividades, la actual pandemia por COVID 19, la alta rotación y migración del talento humano, entre otros muchos motivos. Ver anexo 1. **Tabla de Autoevaluación.**

Selección de Procesos a Mejorar

Una vez identificadas todas las oportunidades de mejoramiento, que son el resultado esperado de la autoevaluación, los grupos de cada estándar, identificaron los procesos a los cuales pertenecía cada oportunidad de mejora Ver anexo 1. **Tabla de Autoevaluación**

Priorización de Procesos

Una vez se obtuvo los procesos objeto de mejoramiento, al igual que el listado de todas las oportunidades de mejora a que pertenecen cada uno de ellos, se procede a realizar su priorización teniendo como herramienta las variables Riesgo, Costo, y Volumen.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARÍO PUMAREJO DE LÓPEZ <i>¡Creciendo para todos con calidad!</i></p>	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	26- 33

Matriz de Priorización

MATRIZ 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 riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento	si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución	ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
Califique como 3	Califique como 3	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	si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución	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	Califique como 4 o 5 si al no	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	si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución	si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.

- Entrenar al grupo moderador en la aplicación de la matriz de priorización y el método de evaluación para cada proceso frente a los factores críticos de éxito; ejemplo, cuestionar el impacto que tendrían las variables Riesgo, Costo y Volumen si no es priorizada las oportunidades de mejora de ese proceso.
- La forma como debe ser realizada la pregunta para priorizar, está relacionada con entender que riesgo y costo potencial, asume la institución y/o los usuarios de no tener implementada la mejora y el volumen está relacionado con la población afectada si no se lleva a cabo el mejoramiento.
- Los procesos priorizados son aquellos de mayor criticidad por lo cual se tomaran los que obtengan una calificación de 125, con disponibilidad presupuestal para realizarlo, por otra parte se tendrá en cuenta no priorizar demasiados estándares a fin de poder ser ejecutados en el tiempo estipulado, se seguirán trabajando los estándares que el PAMEC anterior no se ejecutaron.
- Una vez priorizados los procesos, se definirán por medio del comité de MIPG las oportunidades y acciones de mejora que se deberán trabajar en esta vigencia.
- La escala de calificación utilizada va de uno a cinco, donde 1 significa menor riesgo, costo y volumen y 5 mayor riesgo, costo o volumen. Teniendo en cuenta los puntos anteriores, se priorizan los siguientes procesos según la matriz seleccionada (Ver anexo 2. Priorización de procesos)

¡Creciendo para todos con calidad!

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ <i>¡Creciendo para todos con calidad!</i></p>	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	27- 33

Definición de la Calidad Esperada

La ESE Hospital Rosario Pumarejo de López define la calidad esperada como la meta deseada en la calificación de cada uno de los criterios propuestos de los estándares de acreditación evaluados y priorizados, es evidente que esta planificación está enfocada a la mejora continua de la calidad técnico científica que impacten en la salud de sus usuarios y población en general con el menor riesgo posible.

Para la definición de este PAMEC, la calidad esperada está definida por los estándares de acreditación correspondiente a los procesos prioritarios. Para garantizar la mejora continua se espera lograr el cumplimiento del 90% de las acciones implementadas y a su vez se busca pasar una autoevaluación de los estándares asistenciales de decir un aumento 1,2 anual

Los indicadores diseñados son una herramienta de monitoreo que permite evaluar como la organización avanza hacia la meta del estándar priorizado, logrando con ello medir y monitorear los resultados de las acciones de mejora en el tiempo estipulado mensualmente hasta el 31 de diciembre del 2020. Por otra parte es importante resaltar que para seguir evaluando la calidad esperada se tendrá en cuenta los indicadores del sistema de información de la resolución 0256 de 2016, resolución 1552 de 2014, entre otros.

Se Anexaran las fichas técnicas de indicadores

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARÍO PUMAREJO DE LÓPEZ <i>¡Creciendo para todos con calidad!</i></p>	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021		CODIGO	MN-GC-MC-01
			VERSION	11
			FECHA	Octubre/2021
			HOJAS	28- 33

Matriz de Indicadores Resolución 0256			
Dominio	Indicador	Formula	Meta
seguridad	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo/ Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo* 1000	Construir línea base
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencia	Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo/ Total de personas atendidas en urgencias en el periodo*1000	Construir línea base
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	Número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo/ Total de personas atendidas en consulta externa*1000	Construir línea base
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica.	Número total de pacientes atendidos en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica que sufren caídas/ Total de personas atendidas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica*1000	Construir línea base
	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización/ Total de egresos de hospitalización*100	Construir línea base
	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias/ Total de egresos de urgencias*100	Construir línea base
	Tasa de úlceras por presión.	Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo/ Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización*1000	Construir línea base
	Proporción de reintegro de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso/ Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo definido*100	Construir línea base
	Tasa de reintegro de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Número de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo/ Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de hospitalización en el periodo*1000	Construir línea base
	Proporción de cancelación de cirugía	Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución/ Número total de cirugías programadas*100	Construir línea base
	Tasa de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)	Número de Neumonías Asociadas a Ventilador nuevas en la UCI (adulto o pediátrica o neonatal)/ Número de días ventilador mecánico en UCI (adulto o pediátrica o neonatal)*1000	Construir línea base
	Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)	Sumatoria de los casos nuevos de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter en un mes de seguimiento/ Número días catéter urinario en UCI (adulto, y pediátrica) en un mes de seguimiento*1000	Construir línea base
	Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS- AC)	Sumatoria de casos nuevos de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter en un mes de seguimiento/ Número días catéter central en UCI (Adulto o Pediátrica o Neonatal) en un mes de seguimiento*1000	Construir línea base

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: calidad@hrplopez.gov.co

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARÍO PIMENTEL DE LÓPEZ <i>¡Creciendo para todos con calidad!</i></p>	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	29- 33

Experiencia en la Atención	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó/ Número total de citas de Medicina interna de primera vez asignadas	≤ 15 días
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó/ Número total de citas de Pediatría de primera vez asignadas	≤ 5 días
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Ginecología de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó/ Número total de citas de Ginecología de primera vez asignadas	≤ 8 días
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó/ Número total de citas de Obstetricia de primera vez asignadas	≤ 8 días
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía general	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Cirugía General de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó/ Número total de citas de Cirugía General de primera vez asignadas	≤ 20 días
	Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se realiza la toma de la Ecografía y la fecha en la que se solicita/ Número total de Ecografías realizadas	≤ 8 días
	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II	Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage 2 y el momento en el cual es atendido en consulta de Urgencias por médico/ Número total de pacientes clasificados como Triage 2, en un periodo determinado	20 minutos
	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Cataratas	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de programación de la Cirugía de Cataratas y la fecha de realización/ Número total de cirugías de Cataratas realizada	≤ 20 días
	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Reemplazo de Cadera	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de programación de la Cirugía de Reemplazo de cadera y la fecha de realización/ Número total de cirugías de Cirugía de Reemplazo de Cadera	Construir línea base
	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?/ Número de usuarios que respondieron la pregunta	90%
Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	Número de usuarios que respondieron "definitivamente sí" o "probablemente sí" a la pregunta: "¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?"/ Número de usuarios que respondieron la pregunta	90%	

Fuente: Resolución 0256 de 2016

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: calidad@hrplopez.gov.co

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ <i>¡Creciendo para todos con calidad!</i></p>	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021		CODIGO	MN-GC-MC-01
			VERSION	11
			FECHA	Octubre/2021
			HOJAS	30- 33

Medición Inicial

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 En la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López existe un mecanismo para hacer el seguimiento al programa, monitoreo que es responsabilidad del nivel gerencial de la institución con el fin de establecer la brecha entre la calidad observada y la esperada a fin de iniciar el mejoramiento continuo frente a unas metas establecidas.

En esta etapa de medición del desempeño de los procesos priorizados se aplicaran:

Reuniones de socialización y seguimiento de las acciones implementadas frente a todos los grupos de autoevaluación

Seguimiento de indicadores

Documentación y aplicación del procedimiento de auditoria

Seguimiento al plan para las oportunidades de mejora

En el momento de las reuniones se analizaran los resultados de los indicadores y el adelanto de las acciones implementadas y se compararan con las metas establecidas con la finalidad de implementar acciones correctivas en caso de la toma de decisiones que estas No cumplan.

Con lo anteriormente expuesto se pretende establecer una matriz de indicadores que permitirá evidenciar los resultados de forma práctica y concisa, a su vez facilitara observar el cumplimiento de las acciones implementadas en relación a los resultados esperados en calidad, por otra parte se realizara un plan de Auditoria.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ <i>¡Creciendo para todos con calidad!</i></p>	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021		CODIGO	MN-GC-MC-01
			VERSION	11
			FECHA	Octubre/2021
			HOJAS	31- 33

Formulación del Plan de Acción para el Mejoramiento Continuo de los Procesos

El plan de acción para el mejoramiento continuo de los procesos es el mecanismo mediante el cual la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López actuará sobre las oportunidades de mejora identificadas, interviniendo las causas de la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada.

Este Plan es el producto del análisis de las oportunidades de mejora identificadas por los equipos de trabajo durante la autoevaluación, a las cuales se les implementarán acciones de mejora que serán estructuradas por el equipo integrado de Calidad y los líderes de procesos. El PAMEC de la ESE estará bajo la responsabilidad del talento humano asignado para la ejecución de cada actividad, las cuales tienen un ciclo que cerrará a más tardar 31 de diciembre del presente año

Los resultados se registran en el indicador **Eficacia En La Auditoría Para El Mejoramiento Continuo De La Calidad De La Atención En Salud** No. Acciones de mejora ejecutadas derivadas de auditorías realizadas/Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.

Ejecución del Plan de Mejoramiento

Una vez realizada la socialización y establecimiento del compromiso por parte de cada uno de los actores implicados en la implementación del plan de acción de mejoramiento se procede a su ejecución de cada una de las actividades planeadas.

El PAMEC se encuentra definido por el ciclo PHVA, en donde el plan de acción de mejoramiento constituye el primer Paso de este ciclo (planear). El paso siguiente, HACER, que consiste en la implementación de este, para ello es importante socializar a cada uno de los actores implicados sobre la metodología a aplicar, Para que los planes se cumplan y lleven a las metas deseadas, es necesario; VERIFICAR es hacer seguimiento permanente al cumplimiento de las actividades planificadas y ACTUAR que implica implementar acciones correctivas tan pronto sean identificadas

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ <i>¡Creciendo para todos con calidad!</i></p>	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021		CODIGO	MN-GC-MC-01
			VERSION	11
			FECHA	Octubre/2021
			HOJAS	32- 33

Evaluación del Plan de Mejoramiento

Lograr los objetivos y las metas trazadas es la finalidad de este plan de mejoramiento institucional, por ello es importante hacer seguimiento y evaluar periódicamente los avances en las actividades planificadas. Un elemento clave en este proceso es el seguimiento por parte de los líderes de procesos en cabeza con el líder de calidad, permitiendo con ello determinar si el resultado final de cada acción se encuentra en estado de: desarrollo, completo, atrasado, No iniciado

En el hospital Rosario Pumarejo de López se estableció para la evaluación de la efectividad en el cumplimiento de las actividades, es decir que impacto han logrado estas en la ESE, lo cual es posible de observar a través de la medición sistemática de los indicadores propuestos en el PAMEC y los de obligatorio cumplimiento.

Según lo expresado anteriormente los indicadores se convierten en una herramienta de medición que permite evaluar el cumplimiento de dichas actividades, en relación a esto se implementó como estrategia el análisis mensual de los resultados obtenido, lo que permite hacer monitoreo periódicamente y ajustes de acuerdo a los análisis, recordar que los logros serán a través del tiempo y con constancia.

Como institución pública es importante resaltar la labor de control interno el cual participara en la evaluación y seguimiento de este. A final de año se consolidará el seguimiento al plan de mejoramiento con el propósito de orientar las acciones de ajuste en el Comité del Sistema integrado de calidad.

Para conocer si el plan de mejora es efectivo se requiere monitorear por lo menos 4 meses los resultados de las acciones planteadas. Al realizar este análisis se pueden dar dos situaciones: La primera, que no se obtenga mejora ó no se disminuya la brecha inicial lo cual significaría que probablemente no se detectó en forma correcta el problema, que las causas identificadas no eran las causas principales o que se tuvo falla en las herramientas para analizar el problema.

La segunda opción es que la brecha disminuya, lo cual determina que la organización realice las acciones necesarias para promover el aprendizaje organizacional e inicie un nuevo ciclo de mejoramiento.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: calidad@hrplopez.gov.co

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ <i>¡Creciendo para todos con calidad!</i></p>	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2021	CODIGO	MN-GC-MC-01
		VERSION	11
		FECHA	Octubre/2021
		HOJAS	33- 33

Aprendizaje organizacional

Al hacer referencia al aprendizaje organizacional, en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López se establece como un proceso dinámico y continuo de adquisición e integración de conocimiento, habilidades y actitudes para el desarrollo de recursos hacia la mejora de estos aspectos. En esta fase de la ruta crítica se toman decisiones definitivas en relación a los resultados obtenidos que conllevan a establecer estándares que permitirían hacer un control periódico y un seguimiento permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada.

En el mes de Febrero del año 2021, se realizara retroalimentación de los resultados obtenidos, de los informes y seguimientos realizados a fin de generar un aprendizaje organizacional a partir de las mejoras realizadas y de los seguimientos para generar aprendizaje a partir de las mejoras alcanzadas y así afrontar cambios, impulsar el desarrollo institucional, promover el incremento de las capacidades de los empleados, además de crear una diferenciación de servicio.

Por último y al igual que en los pasos anteriores, el aprendizaje institucional tiene como meta la estandarización de los procesos, una vez se ha logrado los resultados esperados los equipos de autoevaluación como gestores del Plan de Mejoramiento continuo tomaran el acervo evidenciable y en común acuerdo tomaran decisiones que permitirían los ajustes pertinentes en la ESE.

En el Hospital Rosario Pumarejo de López cuando se refiere al término estandarizar se hace alusión a la formulación, documentación, implementación y adherencia de los procesos con el objetivo de lograr los resultados esperados. En lo entendido de esta metodología se busca cumplir el alcance de las metas señaladas a fin de unificar y simplificar de tal manera que sea conveniente y benéfico para las personas involucradas.