

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA

RESOLUCION No. 200-04-01-0214

(Paipa, 11 Julio de 2024)

“Por medio de la cual se realiza ajuste a la conformación de Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl de Paipa y se deroga la Resolución 200-04-01-0131 del 11 de abril del 2022”

LA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PAIPA

En uso de sus facultades legales y estatutarias y

CONSIDERANDO

Que el Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que define las normas, requisitos, mecanismos y procesos desarrollados en el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Que el Manual de Estándares para la Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, del que trata la Resolución 123 de 2012, presta los lineamientos que guiarán el proceso de Acreditación para las Instituciones Hospitalarias y Ambulatorias y los estándares de Acreditación correspondiente.

Que los estándares se basan en un enfoque sistémico que entiende la atención en salud como centrada en el usuario y su familia, en el mejoramiento continuo de la calidad y en el enfoque del riesgo; todos los estándares deben ser entendidos desde la perspectiva del enfoque de riesgo (identificación, prevención, intervención, reducción, impacto) y de la promoción de la excelencia.

Que Mediante la Resolución 2082 de 2014, establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de Salud para Acreditar sus servicios e implementar el componente de Acreditación.

Que la resolución 5095 del 19 de noviembre de 2018, adopta el Manual de acreditación en Salud Ambulatorio y hospitalarios de Colombia Versión 3.1 y establece en el artículo No 2

que la evaluación a las IPS ambulatorias y hospitalarias que deseen acreditarse en el marco del Sistema Único de Acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGC) debe realizarse con dicho manual.

Que mediante Resolución 1328 del 30 de agosto del 2021, se modifica al Artículo 1 de la Resolución 5095 del 19 de noviembre del 2018, el cual adopta los estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad.

Que teniendo lo establecido en la guía para implementar el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud (PAMEC), orientado a establecer la calidad esperada mediante una autoevaluación interna, identificando aquellos aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad son relevantes, por cuanto impactan la atención centrada en el usuario

Que el mejoramiento de la calidad surge como una necesidad de La E.S.E Hospital San Vicente de Paul de Paipa con fin de alcanzar altos estándares de calidad a través de un ejercicio de auto evaluación y mejoramiento continuo, en el cual se compara la calidad esperada (estándares del sistema único de acreditación) con la calidad observada, situación real de la institución.

Que corresponde a esta institución establecer grupos de mejoramiento continuo de la calidad ya que son los encargados de planear, ejecutar, verificar y establecer las rutas de mejoramiento continuo en la institución fomentando de esta forma una práctica sistémica para el aseguramiento de la calidad en el marco del Sistema Único de Acreditación.

Que teniendo en cuenta que el objetivo y compromiso de la alta Dirección con el cumplimiento gradual del sistema Único de Acreditación, es con el fin de mejorar los servicios a la población objeto de la atención.

Que mediante Acuerdo 100-02-01-010-2024 del 29 de julio de 2024 se aprueba el Plan de Desarrollo de la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl de Paipa denominado "Paipa nos mueve, un Hospital que construimos todos" para el periodo 2024-2027, establece como objetivos estratégicos

Que por lo antes expuesto.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: COMPROMISO: La alta dirección de la **E.S.E Hospital San Vicente de Paul de Paipa en cabeza de la Junta Directiva y la Gerencia**, ratifica su compromiso con el mantenimiento de la implementación del Sistema Único de Acreditación en Salud (SUA), a través de:



- La implementación del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y hospitalario de Colombia Versión 3.1
- La adopción de los estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad, acorde a Resolución N° 1328 de 2021.

ARTICULO SEGUNDO: CONFORMACIÓN DE EQUIPOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD: Actualícese los integrantes de los diferentes Equipos de Mejoramiento Continuo, para el liderazgo y fortalecimiento de la Acreditación y estarán conformados así:

A). Equipo Primario de Mejoramiento (Primer Nivel):

Objetivo: Implementar y monitorear el cumplimiento de las acciones u oportunidades del plan de mejoramiento del grupo de estándares correspondiente, aplicables a las áreas o servicios que representan.

Funciones:

- Apoyar la gestión del equipo de autoevaluación de los diferentes grupos de estándares.
- Responder por el mejoramiento, implementación despliegue y divulgación de los estándares en cada una de las áreas y servicios, de acuerdo con el plan de mejoramiento del grupo de estándares. Esto se verá reflejado en el cumplimiento de cada uno de ellos y en la gestión y avance de los estándares de mejoramiento de cada grupo de estándares.
- Reportar resultados de la implementación y cumplimiento de las acciones del plan de mejoramiento al equipo de autoevaluación de cada grupo de estándares correspondiente.
- Realizar dos reuniones al mes con los colaboradores de los servicios que representan, las reuniones se deben realizar acorde al cronograma establecido para tal fin.
- Presentar cronograma de actividades a desarrollar durante la anualidad los primeros días del mes de enero al Coordinador del Macro proceso Misional (Coordinador Médico) con copia al Coordinador de Planeación y Coordinador de Calidad.

- Aplicar evaluaciones a los colaboradores, sobre los temas socializados en las reuniones y entregar resultados con plan de mejora al Auditor interno del SOGC.
- Realizar acta de cada reunión y cargar a la red en la Carpeta denominada Equipos Primarios-Carpeta correspondiente al equipo primario de la institución, con tiempo máximo 3 días hábiles después de realizada la reunión.

Estructura:

La estructura de los equipos primarios de mejoramiento será representada por los Líderes de cada servicio asistencial y en algunos casos administrativos así:

Equipo primario de mejoramiento de Estándares asistenciales:

- Equipo Primario de Medicina
- Equipo Primario de Enfermería
- Equipo Primario de Odontología - Toma e interpretación de radiografías odontológicas
- Equipo Primario de Hospitalización y Sala de partos
- Equipo Primario de Urgencias y Transporte asistencial básico
- Equipo Primario de Laboratorio Clínico y toma de muestras
- Equipo Primario de Radiología e Imágenes diagnósticas y Ultrasonido
- Equipo Primario del Servicio Farmacéutico
- Equipo Primario del Servicio de Fisioterapia
- Equipo Primario de Sistema de Información y Atención a los Usuarios
- Equipo Primario de Asignación de citas
- Equipo Primario Psicología

Equipo primario de mejoramiento de Estándares de Apoyo

Este equipo apoya la ejecución de actividades del equipo de autoevaluación de Direccionamiento y Gerencia, Gerencia del Talento Humano gerencia del ambiente físico, gestión de tecnología y gerencia de la información y se realiza a través de la ejecución de los siguientes comités:

Comité de gestión y fortalecimiento al desempeño administrativo

Grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria

Comité Hospitalario de Emergencias

Comité de sostenibilidad Financiera



Convivencia laboral

COPASST

Comisión de personal

Comité de reactivovigilancia

Comité de farmacovigilancia

Comité de tecnovigilancia

Comité de Manejo Integral historias clínicas

Comité de Ética Hospitalaria

b). Equipos de Autoevaluación (Segundo Nivel)

Objetivo: Planear, gestionar, monitorear y mantener los avances del plan de mejoramiento de cada Grupo de Estándares, alineados con el Mejoramiento Continuo Institucional.

Funciones:

- Apoyar el desarrollo de la gestión del equipo de mejoramiento institucional.
- Facilitar y apoyar la gestión del equipo primario de mejoramiento.
- Apoyar la gestión de mejoramiento de cada grupo de estándares desde la autoevaluación, priorización y estructura de planes de mejoramiento.
- Evaluar el grupo de estándares correspondiente.
- Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento del grupo de estándares respectivo, así como por su despliegue y divulgación a la institución.
- Reportar resultados de la gestión al equipo de mejoramiento institucional.

Se conformarán los equipos de autoevaluación así:

- Equipo de Autoevaluación Proceso de Atención al Cliente Asistencial

GRUPO DE ESTANDARES	AREA	Rol que desempeña en el equipo
PACAS	Lider Proceso Misional	Líder del Grupo de Estándares
	Lider Laboratorio Clínico	Secretaria
	Lider Medicina	Integrante
	Lider Odontología	Integrante
	Lider Urgencias – Hospitalización- Salud Publica - IAMII	Integrante
	Lider Consulta Externa – PyM	Integrante
	Lider Farmacia	Integrante
	Lider Sistema de información y Atención al Usuario	Integrante
	Lider Psicología	Integrante
	Lider Facturación y asignación de citas	Integrante
	Lider Gestión de Calidad	Integrante
	Lideres Plan de Intervenciones Colectivas	Integrantes



- Equipo de Autoevaluación de Estándares de Direccionamiento y Gerencia

GRUPO DE ESTANDARES	AREA	Rol que desempeña en el equipo
Direccionamiento- Gerencia	Gerente	Lider del Grupo de Estándares
	Lider Gestión de Planeación Organizacional	Secretario
	Subgerente	Integrante
	Lider de Tesorería	Integrante
	Lider Talento Humano	Integrante
	Representante de la Junta directiva	Integrante
	Lider Gestión de Calidad	Integrante
	Lider Control Interno	Integrante

- Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gerencia del Talento Humano

GRUPO DE ESTANDARES	AREA	Rol que desempeña en el equipo
Gerencia del Talento Humano	Lider Talento Humano	Lider del Grupo de Estándares
	Lider del SGSST	Secretaria
	Lider Psicología	Integrante
	Lider Gestión Contratación	Integrante
	Representante Trabajadores de Planta	Integrante
	Subgerente Administrativo y Financiero	Integrante



	Líder Gestión de Calidad	Integrante
	Representante Temporal Empresa	Integrante
	Representante de la Empresa de Vigilancia	Integrante
	Representante de la Empresa de Servicios generales	Integrante

- Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gerencia del Ambiente Físico

GRUPO DE ESTANDARES	AREA	Rol que desempeña en el equipo
Ambiente Físico	Líder Almacén	Líder del Grupo de Estándares
	Líder del SGSST	Secretaria
	Subgerente	Integrante
	Líder Consulta Externa	Integrante
	Líder Gestión de Calidad	Integrante
	Representante comité hospitalario de Emergencias	Integrante
	Representante de Servicios Generales	Integrante

- Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gestión de Tecnología

GRUPO DE ESTANDARES	AREA	Rol que desempeña en el equipo
	Subgerente	Líder del Grupo de Estándares



Gestión de la tecnología	Líder Almacén	Secretario
	Líder Medicina	Integrante
	Líder Farmacia	Integrante
	Líder Laboratorio Clínico	Integrante
	Líder Sistemas de Información	Integrante
	Líder Urgencias -Hospitalización – Salud Pública	Integrante

- Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gerencia de la Información

GRUPO DE ESTANDARES	AREA	Rol que desempeña en el equipo
Gerencia de la información	Líder Sistemas de Información y comunicación	Lider del Grupo de Estándares
	Líder Sistemas de Información y atención al usuario	Secretario
	Responsable de Archivo y Gestión Documental	Integrante
	Líder Facturación	Integrante
	Responsable de Archivo y Custodia de Historia Clínica	Integrante
	Líder Talento Humano	Integrante
	Líder Misional	Integrante
	Líder Consulta Externa- PyM	Integrante
	Líder Gestión de Calidad	Integrante

Estructura:

Cada equipo de autoevaluación contará con:

Líder (Funciones)

- Mantener motivado al equipo en el cumplimiento de las tareas generadas
- Velar por la participación y cumplimiento del equipo de autoevaluación
- Dirimir las dificultades en el consenso del entendimiento del estándar
- Velar por el seguimiento y cumplimiento de los planes de Mejoramiento

Secretario (Funciones)

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

El resto de integrantes de cada equipo deberá ser colaborativo con las actividades propias del mismo y en la implementación de los planes de mejoramiento.

C. Equipo de Mejoramiento Institucional (Tercer Nivel)

Objetivo: Planear, implementar, monitorizar, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional.

Funciones:

- Apoyar la gestión de mejoramiento desde las diferentes fuentes (Autoevaluación de acreditación, auditorías internas, autorías externas)
- Evaluar el Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad
- Integrar y armonizar las diferentes fuentes de mejoramiento institucional
- Monitorear los avances en la implementación de las oportunidades de mejoramiento.
- Responder por los resultados de la implementación del Plan de Mejora
- Reportar resultados de la gestión al Gerente de la E.S.E Salud del Tundama

Estructuración:

El equipo de mejoramiento institucional estará conformado por el líder de cada grupo de estándares de autoevaluación así:

GRUPO DE ESTANDARES	AREA	Rol que desempeña en el equipo
MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	Líder Gestión de Calidad	Líder del Grupo de Estándares
	Líder Equipo de Autoevaluación de Direccionamiento y Gerencia	Integrante
	Líder Equipo de Autoevaluación de PACAS	Integrante
	Líder Equipo de Autoevaluación de Talento Humano	Integrante
	Líder Equipo de Autoevaluación de Gerencia del Ambiente Físico	Integrante
	Líder Equipo de Autoevaluación de Gestión de Tecnología	Integrante
	Líder Equipo de Autoevaluación de Gerencia de la Información	Integrante
	Líder Seguridad del Paciente	Integrante
	Líder Consulta Externa	Integrante
	Líder Planeación Organizacional	Integrante
	Jefe de Control Interno	Integrante

Este equipo responde por el mejoramiento sistémico.

El Líder del Equipo de Autoevaluación de los servicios ambulatorios responderá por el mejoramiento sistémico asistencial.

Los líderes de los equipos de autoevaluación de Direccionamiento, Gerencia, Gerencia del Talento Humano, Gerencia del Ambiente Físico, Gestión de Tecnología y Gerencia de la Información responderán por el mejoramiento sistémico de los procesos de apoyo.

ARTÍCULO TERCERO: REUNIONES DE LOS EQUIPOS: Los equipos de mejoramiento continuo de la calidad para la acreditación de la E.S.E Hospital San Vicente de Paul de Paipa se reunirán dos veces al mes, las reuniones de carácter extraordinario del Comité podrán ser convocadas cuando las circunstancias así lo ameriten, con la anticipación que se estime conveniente, por iniciativa de cualquiera de sus integrantes. A reuniones convocadas se adjuntará la documentación pertinente de acuerdo con la agenda propuesta. Todo lo tratado en las sesiones del Comité constará en actas.

Para dar inicio a la fase de autoevaluación de los estándares, el equipo de autoevaluación debe garantizar reuniones semanales hasta obtener el producto.

Las reuniones del Equipo de Mejoramiento Institucional (Tercer Nivel) se desarrollarán cada trimestre acorde a cronograma de comités asistenciales.

PARÁGRAFO 1°: Las reuniones sólo se aplazarán ante la eventualidad de que al menos la mitad de los miembros del Comité notifiquen al líder por escrito y con razones justificadas, con al menos dos (2) días hábiles de anticipación, la imposibilidad para asistir a la reunión programada.

ARTICULO CUARTO: RESPONSABILIDADES DE LOS INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS: Los miembros del Comité deberán, como mínimo:

- Asistir a las reuniones convocadas.
- Mantener la confidencialidad de la información revisada y discutida en el Comité
- Participar en las actividades del proceso de mejora continua de la calidad en la atención y ética en el desempeño
- Realizar actividades operativas para garantizar que las unidades cumplan con las recomendaciones emitidas.
- Apoyar a la supervisión del cumplimiento de las recomendaciones realizadas
- Reportar los resultados obtenidos a la Gerencia mediante el líder del proceso, la socialización se realizará a través de los Comités establecidos para tal fin.
- Garantizar la medición sistemática con estándares de Acreditación mediante el acompañamiento técnico a los líderes de los grupos de estándares en el establecimiento de la brecha entre la calidad esperada y la observada, asesorar la calificación del estándar contemplando el desarrollo en el enfoque, implementación y resultado, el levantamiento de los planes de mejoramiento continuo, su seguimiento y cierre de ciclo



que permitan pasar a la fase crítica de la Acreditación que supone la solicitud de evaluación externa en Acreditación, después de determinar que tras las autoevaluaciones sistemáticas y periódicas con los estándares de Acreditación la IPS se encuentra preparado para la postulación.

ARTÍCULO QUINTO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición.

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Paipa, a los Diez (11) días del mes de Julio 2024

Dra. CATHERINE VAN ARCKEN MARTINEZ
Gerente

E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA

Proyecto: Nelly Dallos- Líder Gestión de Calidad **NSA**
Aprobó: Equipo Autoevaluación Direccionamiento y Gerencia

