

RESOLUCIÓN No 018
(02 de Febrero de 2024)

Por medio de la cual se conforman los equipos de mejoramiento continuo del Hospital Regional de Moniquirá ESE

EL GERENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO 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, presenta los lineamientos que guiarán el proceso de acreditación para las instituciones hospitalarias y ambulatorias y los estándares de acreditación correspondientes.

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 de 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 debe realizarse con el manual versión 3.1.

Que la Resolución 1328 del 2021, modifica el artículo 1 de la resolución 5095 de 2018 adoptando los estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad.

Que el Acuerdo N° 06 de 10 de Julio de 2020 emanado por la Junta Directiva, aprueba el plan de desarrollo para el Hospital Regional de Moniquira ESE para el período 2020 - 2023, establece como objetivo estratégico la preparación y postulación de la institución ante el ente acreditador.

Por lo anterior expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. OBJETIVO. Promover en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ la mejora continua en la prestación del servicio público de salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo el Sistema Único de Acreditación, estableciendo la conformación y funcionamiento de los equipos de mejoramiento en sus tres niveles: Equipos Primarios de

Mejoramiento, Equipo de Autoevaluación, Equipo de Mejoramiento Institucional, con el fin de promover la integración sistémica de los diferentes procesos de la organización, para que las acciones de calidad sean efectivos y eficientes, transformen la cultura de la mejora y sea sostenible en el tiempo, acorde al modelo de mejoramiento continuo del Sistema Único de Acreditación en Salud, descrito en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).

PARÁGRAFO 1. COMPROMISO DE LA GERENCIA. La gerencia mantiene su compromiso con el mejoramiento continuo y apoya la conformación y el funcionamiento de los diferentes niveles de equipos de mejora para la implementación y mantenimiento del mejoramiento institucional, para que las acciones que desarrollen sean efectivas y eficientes, sostenibles en el tiempo, apoyen la gestión institucional y permitan la transformación cultural y el aprendizaje en torno a la calidad.

ARTÍCULO SEGUNDO. ESTRUCTURA DE LA MEJORA INSTITUCIONAL. LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ implementa tres niveles de mejoramiento denominados: Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM), Equipos de Autoevaluación (EAE), Equipo de Mejoramiento Institucional (EMI); los cuales están alineados a la estructura organizacional de la ESE y su mapa de procesos. La conformación de los equipos se revisa durante cada ciclo de autoevaluación.

Los equipos de mejoramiento deben mantener una conexión entre sí y una visión integradora, coordinada y sistémica de la ESE, cuyo hilo conductor es la plataforma estratégica y los procesos institucionales.

ARTÍCULO TERCERO. PRIMER NIVEL: Equipos Primarios De Mejoramiento (EPM).

Objetivo: Conocer, divulgar, implementar y monitorizar las acciones (u oportunidades de mejoramiento) del Plan de Mejoramiento institucional, incluyendo las derivas de autoevaluación de acreditación aplicables a las áreas o servicios que representan, con el fin de apoyar su cumplimiento y analizar información que se convierta en nueva fuente de mejora para el proceso.

Funciones:

1. Promover el despliegue de la información correspondiente a la Planeación Estratégica del Hospital, mejoramiento continuo y de calidad para el logro de los objetivos estratégicos.
2. Apropiar la mejora continua y el desempeño del proceso, a través del análisis de indicadores, la productividad de su grupo de trabajo y el estado de sus acciones de mejora.
3. Establecer estrategias para apoyar la gestión del equipo de autoevaluación del grupo de estándares que le aplique, respondiendo por el mejoramiento, implementación, despliegue y divulgación de los estándares de acreditación que correspondan en sus servicios o áreas, de acuerdo con el plan de mejoramiento del grupo de estándares.
4. Establecer mecanismos de comunicación efectiva.
5. Promover el aprendizaje organizacional a partir de los resultados de la mejora y de la información analizada por el equipo, promoviendo innovación y creatividad.
6. Realizar las actas y registros relacionados con su gestión de manera ordenada y según procedimientos institucionales.

Estructura: Los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) tanto administrativos como asistenciales estarán conformados de acuerdo con el mapa de procesos institucional.

Equipos Primarios De Mejoramiento Asistencial: estos equipos se conforman de manera multidisciplinaria en cada uno de los procesos así:

- Líder del servicio o Coordinador asignado
- Coordinador de enfermería (si aplica de acuerdo al servicio)
- Personal médico (general y especializado)
- Profesionales de Enfermería
- Personal de apoyo asistencial (Tecnólogos, Técnicos, Auxiliares, camilleros)
- Personal de apoyo administrativo (profesional, tecnólogo, técnico y/o auxiliar)

Equipos Primarios De Mejoramiento Administrativos: estos equipos se conforman de forma multidisciplinaria en cada uno de los procesos así:

- Líder del proceso
- Personal técnico, tecnólogo y/o auxiliar de apoyo administrativo
- Personal profesional y/o especializado

Conformación: Los equipos primarios conformados se encuentran como anexo que hace parte integral de la presente resolución.

Periodicidad de reunión: Mensual

PARÁGRAFO 1. Los equipos primarios de mejoramiento son:

Equipos Primarios De Mejoramiento (EPM).

Equipo primario de mejoramiento asistenciales:

- Cirugía y Central de esterilización
- Complementación terapéutica (Terapias, Fonoaudiología, Psicología, Nutrición, Dolor)
- Consulta Externa
- Servicio Farmacéutico
- Gineco-obstetricia - IAMII
- Hospitalización adultos
- Hospitalización Pediatría
- Imágenes Diagnósticas
- Laboratorio Clínico
- Mantenimiento de la Salud y salud pública
- Odontología
- UCI
- Urgencias
- Referencia y contrarreferencia (Incluye Transporte Asistencial)

Equipo primario de mejoramiento Administrativos:

- Financiera
- Talento Humano
- Recursos físicos
- Ingeniería Biomédica
- Sistemas
- Ciclo económico interno
- Experiencia del usuario
- Gestión del conocimiento
- Calidad (Incluye comunicaciones)

PARÁGRAFO 2. Los Equipos Primarios de Mejoramiento contarán con un secretario, que será designado por el líder de cada equipo. Podrán contar con invitados y/o participantes de manera adicional si son requeridos de acuerdo con su dinámica y funciones.

ARTÍCULO 4. SEGUNDO NIVEL: Equipos de Autoevaluación (EAE).

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

Funciones:

1. Promover el desarrollo de la gestión del Equipo de Mejoramiento Institucional
2. Realizar la autoevaluación cualitativa y cuantitativa de grupo de estándares correspondientes
3. Definir Plan de mejora producto de la autoevaluación del grupo de estándares
4. Facilitar y apoyar la gestión del Equipo Primario de Mejoramiento
5. Monitorear el avance y 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.
6. Reportar resultados de la gestión al Equipo de Mejoramiento Institucional.
7. Realizar las actas y registros relacionados con su gestión de manera ordenada y según procedimientos institucionales.

Estructura: Los Equipos de Autoevaluación cuentan con un presidente y asistente técnico y su conformación es mixta con integrantes asistenciales, de apoyo administrativo y de aliados terceros.

Conformación: Se conforman los siguientes Equipos de Autoevaluación de estándares de Acreditación:

- Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial Hospitalario
- Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial Ambulatorio
- Grupo de estándares de Direccionamiento y 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 conformación de cada uno de los Equipos de Autoevaluación se encuentra como anexo que hace parte integral de la presente resolución.

Periodicidad: Los equipos sesionarán para la autoevaluación de estándares y la priorización de las oportunidades de mejora derivadas de la autoevaluación según las directrices de la gerencia y trimestralmente para hacer seguimiento al plan de mejora establecido, o antes si se requiere.

PARÁGRAFO 1. Los integrantes de los equipos de autoevaluación son:

Equipos de Autoevaluación EAE (Segundo Nivel):

Equipo de autoevaluación	Integrante	Perfil
Equipo de Autoevaluación Proceso de Atención al Cliente Asistencial Hospitalarios	Líder	Líder del servicio Gineco-obstetricia
	Secretario	Jefe Coordinadora salas de cirugía
Equipo de Autoevaluación Proceso de Atención al Cliente Asistencial Ambulatorios	Líder	Médico familiar
	Secretario	Líder de laboratorio
Equipo de Autoevaluación de Estándares de Direccionamiento	Líder	Gerente
	Secretario	Asesor de planeación
Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gerencia	Líder	Gerente
	Secretario	Líder Calidad
Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gerencia del talento humano	Líder	Líder talento humano
	Secretario	Temporal contratada para T. humano
Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gerencia del ambiente físico	Líder	Líder de Recursos físicos
	Secretario	Líder de Gestión ambiental SST
Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gestión de la tecnología	Líder	Líder Ing. Biomédica
	Secretario	Líder servicio farmacéutico
Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gerencia de la información	Líder	Líder Sistemas
	Secretario	Ing. Sistemas analítica
Equipo de Autoevaluación de Estándares de Mejoramiento de la calidad	Líder	Líder Calidad
	Secretario	Profesional de Calidad

PARÁGRAFO 2. Los Equipos de Autoevaluación podrán contar con invitados y/o participantes de manera adicional si son requeridos de acuerdo con su dinámica y funciones.

ARTÍCULO SÉPTIMO. TERCER NIVEL: Equipo de Mejoramiento Institucional (EMI).

Objetivo: Planear, implementar, monitorizar, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional desde las diferentes fuentes de mejora alineado con el direccionamiento estratégico.

Funciones:

1. Monitorear los avances en la implementación de las oportunidades de mejoramiento originadas de las diferentes fuentes de mejoramiento y apoyar la gestión del mejoramiento institucional desde estas fuentes.
2. Aprobar plan de mejora de acreditación y realizar seguimiento a sus avances.
3. Integrar y armonizar las diferentes fuentes de mejoramiento Institucional
4. Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento Institucional, su despliegue y divulgación a la Institución.
5. Realizar seguimiento al desempeño del Modelo de atención
6. Promover la cultura del mejoramiento continuo.
7. Monitorizar el avance del proceso de Acreditación.
8. Realizar las actas y registros relacionados con su gestión de manera ordenada y según procedimientos institucionales.

Estructura: El Equipo de Mejoramiento Institucional (EMI) cuenta con un líder natural (gerente), y hacen parte del equipo el nivel directivo, responsables de ejes de acreditación, presidentes de equipos de autoevaluación, integrantes del proceso de calidad y control interno.

Conformación: La conformación del Equipo de Mejoramiento Institucional se encuentra como anexo que hace parte integral de la presente resolución.

Periodicidad: El equipo de mejora institucional se reunirá de manera trimestral o antes en caso de requerirse.

PARÁGRAFO 1. Los integrantes del Equipo de Mejoramiento Institucional son:

Equipo de Mejoramiento Institucional EMI (Tercer Nivel)

EJE	Perfil
Gerente	
Responsables de ejes Institucionales:	
Atención centrada en el usuario	Líder experiencia del usuario Líder Gineco obstetricia
Gestión clínica excelente y segura	Líder Salud Familiar Jefe Seguridad del paciente
Humanización de la atención en salud	Líder de Anestesia, dolor y cuidados paliativos Trabajadora social
Gestión del riesgo	Líder de planeación Jefe Seguridad del paciente
Gestión de la tecnología	Líder de Ing. biomédica Líder de recursos físicos

EJE	Perfil
Proceso de transformación cultural permanente	Líder de Calidad Psicología Talento humano
Responsabilidad social	Líder de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo Líder Área financiera
Líderes de Equipos de autoevaluación:	
Control interno	
Calidad	

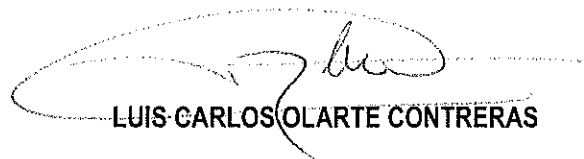
PARÁGRAFO. El Equipo de Mejoramiento Institucional podrá contar con invitados en sus sesiones de manera adicional si son requeridos de acuerdo con su dinámica y funciones.

ARTÍCULO OCTAVO. SEGUIMIENTO. La ESE dispondrá de criterios de seguimiento a la gestión de los equipos de mejoramiento y su realimentación respectiva.

ARTÍCULO NOVENO. La presente Resolución rige a partir de su fecha de publicación y deroga todas aquellas que le sean contrarias.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Moniquirá a los dos (02) días del mes de Febrero del año dos mil veinticuatro 2024



LUIS CARLOS OLARTE CONTRERAS

Gerente Hospital Regional de Moniquirá. E.S.E.

Elaboró: Karin Gamba / Subgerente Científica 

Francisco Huertas / Líder de calidad 

Revisó: Javier Flechas / Asesor Jurídico 