

E.S.E. HOSPITAL LA BUENA
ESPERANZA DE YUMBO

PROGRAMA DE AUDITORIA
PARA EL MEJORAMIENTO DE
LA CALIDAD DE ATENCION
EN SALUD – PAMEC 2025

SUBGERENCIA GESTION DE LA
CALIDAD



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Contenido

INTRODUCCION	3
OBJETIVOS	5
Objetivo General	5
Objetivos Específicos	5
ALCANCE	6
MARCO CONCEPTUAL	6
MARCO NORMATIVO	7
MARCO TEORICO	9
MARCO OPERATIVO	12
Objetivo Institucional:	18
POLÍTICAS	18
Política de Calidad	18
Política de Integridad	18
Política de Humanización	18
Política de Seguridad y Salud en el Trabajo	19
Política Institucional de Renovación Tecnológica	21
Política de seguridad del paciente del Hospital la Buena Esperanza E.S.E de Yumbo	22
Política Institucional de Administración del Riesgo	22
Política de Comunicación	22
Política Institucional para el Uso Racional de Antibióticos	23
Mapa de Procesos del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E	23
DESARROLLO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	24
Autoevaluación	24
Definiciones Diagnóstico Cualitativo:	25
Los grupos de trabajo quedaron organizados de la siguiente forma:	26
Metodología de Evaluación frente a Estándares de Acreditación	28
Selección de procesos a mejorar	30
Priorización de Procesos a Mejorar	31
Definición de la Calidad Esperada	33



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Medición Inicial del desempeño de los procesos priorizados	33
Formulación del Plan de acción para el mejoramiento continuo de los procesos	34
Ejecución del Plan de Mejoramiento.....	34
Evaluación del Plan de Mejoramiento	35
Aprendizaje Organizacional	35
Anexo.....	37



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

INTRODUCCION

3

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

El documento PAMEC y sus diferentes herramientas se articulan con la filosofía del direccionamiento estratégico de la Empresa, queriendo de la misma manera como se menciona en el Plan de gestión 2024-2027, la prestación de servicios de salud con calidad, humanización, seguridad y responsabilidad social, generando una atención integral materializados en el cumplimiento de la misión, visión, valores, políticas y objetivos empresariales.

El presente Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad se fundamenta principalmente en la autoevaluación de los estándares de acreditación en salud, realizada por la ESE Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, para la vigencia 2025, la cual se basa en lo descrito en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia, versión 3.1, enmarcado en la Resolución 5095 del 2018 y Resolución 1328 de 2021, Expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, "Por medio de la cual se modifica el artículo 1 de la Resolución 5095 de 2018, en el sentido de adoptar los estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad". Por otra parte, el programa también se fundamenta en las diferentes fuentes, contenidas en el Modelo de mejoramiento continuo institucional.

La Auditoría como componente del SOGCS es una herramienta diseñada para el mejoramiento de la calidad adoptada por la entidad. En este contexto la auditoría se entiende como un proceso permanente de seguimiento al conjunto de procesos organizacionales y a las oportunidades de mejora definidas como prioritarias.



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

El mejoramiento continuo de la calidad debe llevar a la ESE Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, a un proceso de autocontrol interiorizado por cada uno de sus funcionarios, centrado en el cliente interno y externo, sus necesidades y expectativas; cuyo principal insumo sea la identificación permanente de los aspectos del proceso susceptibles de mejoramiento, para poder determinar los ajustes y acciones necesarias que permitan superar las brechas de la no calidad.

Es por esto que la institución se compromete a diseñar, implementar, socializar y ejecutar un programa de mejoramiento de la calidad en salud que dé respuesta a las necesidades de mejora continua en calidad, con miras a obtener e implementar estándares superiores de calidad que nos lleven a convertirnos en una institución ejemplar.



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

OBJETIVOS

Objetivo General

Garantizar la calidad de la atención en salud como un mecanismo sistémico y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto a la calidad esperada, tomando como referente los estándares del Sistema Único de Acreditación SUA Resolución 5095 de 2018, modificado por la Resolución 1328 de 2021, mediante la aplicación de los pasos de la ruta crítica.

5

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

Objetivos Específicos

- Identificar oportunidades de mejora evaluando periódicamente la calidad de la atención.
- Identificar problemas reales o potenciales priorizados para su mejoramiento.
- Evaluar la eficacia de los planes de mejoramiento implementados mostrando el impacto.
- Establecer la metodología de evaluación, seguimiento y control mediante la aplicación de indicadores de gestión diseñados a la medida de las características de la calidad esperada de nuestros productos, que, junto con los indicadores y eventos trazadores, se constituirán en la línea base institucional.
- Generar el Plan de Mejoramiento Institucional para los procesos priorizados, el cual incluye las acciones de mejoramiento determinadas en el proceso de auto evaluación y diagnóstico institucional.
- Ejecutar y hacer seguimiento al plan de mejoramiento.



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

ALCANCE

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, inicia desde la autoevaluación de los estándares aplicables de acreditación, hasta el aprendizaje organizacional logrado del cumplimiento de las acciones de mejora ejecutadas. Contiene todos los pasos contenidos en la Ruta Crítica de auditoria para el mejoramiento de la calidad.

El periodo de implementación del PAMEC, se dará durante toda la vigencia 2025, con un último seguimiento a realizarse en el mes de enero del año siguiente.

6

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).

Garantizar una eficiencia y eficacia en la calidad de la prestación de los servicios, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud está integrado por cuatro componentes a saber: Habilitación, Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad, acreditación y sistema de información para la calidad en salud que articulados buscan mejorar continuamente una organización.

El Ministerio de Salud y protección social (Min salud), 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.

Enfocados en el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, que constituye un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios, actualmente para implementarlo en las instituciones de salud se toma como herramienta el Plan de Mejoramiento Continuo. Por tanto, el PAMEC es la manera particular en que la E.S.E Hospital La Buena Esperanza de Yumbo pone en marcha, operativiza o implementa el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud con el fin de dar cumplimiento a la normativa legal vigente.



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Para garantizar la alta calidad en los servicios de salud, la ESE Hospital La Buena Esperanza de Yumbo 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 último estándares de mejoramiento de la calidad; con el objeto de implementar acciones de mejora continua que logren superar las expectativas de sus usuarios.

7

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 1011 de 2006: Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el artículo 4º define como componentes de dicho sistema los siguientes: El Sistema Único de Habilitación. La Auditoría para el



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. El Sistema Único de Acreditación. El Sistema de Información para la Calidad.

- LEY 1438 de 2011. Expedido por el Congreso de Colombia, "por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras Disposiciones.
- Decreto 903 de 2014. Expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, Por medio del cual se ajusta el Sistema Único de Acreditación en Salud, entendido como un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención de Salud.
- Decreto 780 de 2016. Expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social", entre otros: Establece las pautas de auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Describe los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
- 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.
- Decreto 1499 de 2017, por medio del cual se modifica el Decreto número 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.
- Resolución 5095 de 2018. Mediante el cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud, Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1
- 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.
- Resolución 1328 de 2021. Expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, "Por medio de la cual se modifica el artículo 1 de la Resolución 5095 de 2018, en el sentido de adoptar los Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad".
- Circular 049 2006 y Modificaciones. Expedido por la Superintendencia Nacional de Salud, Instrucciones en materia de indicadores de calidad



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud; los indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención de salud (auto evaluación de la red prestadora de servicios de salud y atención del usuario) en las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica y el régimen de salud que administren, incluyendo las empresas de medicina prepagada, y los requerimientos de información.

- Circular 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 3.1.

9

MARCO TEORICO

El sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la ley 1122 de 2007 establece la prestación de servicios de calidad, para lo cual reglamenta posteriormente el control y mejoramiento en todos sus componentes y niveles a través del decreto 1011 de 2006. Este último define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece responsabilidad para cada uno de sus actores, es decir, el Ministerio mismo, la Superintendencia Nacional de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de salud.

Para efectos de la aplicación del decreto 1011 de 2006 se establecen las siguientes definiciones:

Atención de salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es 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.

Calidad de la atención de salud. Se entiende 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.



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Prestadores de servicios de salud. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud -SOGCS-. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

10

Atención centrada en el cliente. El otro pilar del Sistema de Garantía de Calidad es la atención centrada en el cliente; la norma entiende como cliente al usuario, es decir, al cliente externo.

Seguridad del paciente. Conjunto de elementos estructurales, 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.

Mejoramiento continuo. Comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección.

Para evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, 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.

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Los principios rectores en los que se fundamenta la auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud son:

Promoción del Autocontrol: La auditoría debe contribuir para que cada individuo adquiera las destrezas y la disciplina necesarias para que los procesos en los cuales participa, se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la organización, y para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.

11

Enfoque Preventivo: La auditoría busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculos para que los procesos conduzcan a los resultados esperados.

Confianza y Respeto: La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso serio y demostrado de las instituciones, para desarrollar, implantar y mejorar los procesos de mejoramiento institucional, y en la aceptación de los compradores de servicios de salud, de la autonomía institucional dentro de los términos pactados.

Sencillez: Las acciones y mecanismos utilizados en la auditoría deben ser claramente entendibles y fácilmente aplicables para que cada miembro de la organización pueda realizar, en forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de estos procesos.

Confiabilidad: Los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quien ejecute la medición.

Validez: Los resultados obtenidos mediante los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben reflejar razonablemente el comportamiento de las variables objeto de evaluación.

El Decreto 1011 de 2006 establece como componentes del Sistema Obligatorio de Garantía para la Calidad en Salud los siguientes:

El Sistema Único de Habilitación: la habilitación, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatorio, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin los cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del estado, específicamente de las direcciones territoriales de salud.



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud: identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento los estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el sistema único de habilitación.

El Sistema Único de Acreditación. 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 entidades que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

12

El Sistema de Información para la Calidad. permite estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

MARCO OPERATIVO

El modelo de auditoría para el mejoramiento de la atención, se fundamente en los siguientes conceptos:

La auditoría tiene un enfoque sistémico: El cual consiste en la aplicación de la teoría general de los sistemas en cualquier disciplina. Dicha teoría se presenta como una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad y, al mismo tiempo, como una orientación hacia una práctica estimulante para formas de trabajo interdisciplinarias.

La auditoría debe ser considerada como una herramienta de la gestión de calidad, y esta a su vez, como una herramienta de la gestión gerencial que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población.

La auditoría se fundamenta en dos pilares: el mejoramiento continuo y la atención centrada en el cliente.

El Mejoramiento Continuo como uno de los pilares de la auditoría, se define por Abell, D. (1994), como "una mera extensión histórica de uno de los principios de la gerencia científica, establecida por Frederick Taylor, que afirma que todo método de trabajo es susceptible de ser mejorado. Éste es un esfuerzo para aplicar mejoras en cada área de la organización de lo que se entrega a los clientes".

La importancia de esta técnica gerencial radica en que con su aplicación se puede contribuir a mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas de la organización.

Dentro de la auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud, se tiene establecido a través de las Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría el siguiente ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar) para la auditoría del mejoramiento de la calidad de la atención en salud.



13

En la E.S.E Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, 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. La primera tiene por objeto identificar metas (qué). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.

Hacer (H): Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en las formas o "cómo" establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución del planeado, evidenciado mediante la recolección de los datos.

Verificar (V): Esta es la fase de verificación de los resultados. Aquí, sobre la base de los indicadores que se han construido, 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,



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.

Dentro del mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, se desarrollan actividades que buscan disminuir riesgos para la atención de los pacientes, generándose pues la Seguridad del Paciente.

Para el desarrollo de ésta, deben establecerse en las instituciones políticas para la seguridad del paciente cuyo objetivo sea prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos Adversos para contar con una entidad segura y competitiva.

14

Para lograr una institución segura es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.

Para el efecto resulta relevante establecer como uno de los principios transversales que orienten todas las acciones a implementar el Enfoque de atención centrado en el usuario, lo cual significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

El desarrollo de un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud PAMEC, debe tener en cuenta los siguientes niveles de operación:

Autocontrol: Cada miembro de la entidad 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 normatividad vigente y por la organización.

Auditoría Interna: Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

Auditoría Externa: Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

Igualmente, el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) se lleva a cabo a través de tres 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.

La organización propondrá y ejecutara acciones preventivas de acuerdo a riesgos identificados y basándose en el programa de seguridad del paciente, para que así se formen barreras de seguridad que den respuesta a las necesidades de la institución y sus usuarios, una vez diseñadas serán socializadas con todo el personal para su correcta aplicación y seguimiento, el seguimiento a su ejecución se hará por medio de auditorías en caliente de manera aleatoria y en caso de observar una desviación se formulara un plan de mejoramiento, responsabilidad del líder del proceso donde se evidencio el hallazgo o no conformidad. Algunos ejemplos de acciones preventivas ya diseñadas y aplicadas por la institución son:

- Realización y evaluación de estudios de adherencia a normas técnicas y guías de atención.
- Evaluación a encuestas de satisfacción ya sea por la organización o externas a ella.
- Evaluación de la efectividad, eficiencia y la continuidad de los procesos de atención a través de indicadores.

Acciones de Seguimiento: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad; las acciones de seguimiento se realizaran de manera programada en procesos asistenciales y a temas tales como historia clínica, adherencia a guías clínicas, programas de promoción y prevención, remisiones, pertinencia de órdenes de laboratorio y farmacia, también se realizaran auditorias no programadas y en caliente de manera aleatoria a cumplimiento de acciones preventivas en todos los servicios de la institución que así lo requieran y en caso de observar una desviación se formulara un plan de mejoramiento por el líder del proceso en donde se encontró el hallazgo.

Acciones Coyunturales: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia. Las acciones coyunturales serán desarrolladas y aplicadas en la institución cada vez que se presente un evento adverso o

incidente grave, se realizarán por medio de la reunión de comités especiales para la evaluación de un caso determinado; por medio de análisis y gestión de un evento adverso trazador e igualmente realizando el análisis de reclamaciones presentadas por clientes internos y externos.

RUTA CRÍTICA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

El Programa de auditoría, se constituye en una herramienta para contribuir al mejoramiento continuo de los procesos y servicios que presta en el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E., y hace parte de la estrategia de mejoramiento de sus procesos de atención consagrada en la política de calidad, hacia la búsqueda de la satisfacción de los requisitos del cliente.

16

Se pretende generar acciones planificadas y sistemáticas, para cumplir con los estándares preestablecidos de acreditación en salud y que identifiquen diferentes oportunidades de mejora en pro del mejoramiento de la salud de la población.

El programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad "PAMEC", se documentó siguiendo los pasos de la ruta crítica para el desarrollo de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud propuestos por el Ministerio de Salud y la Protección Social, en donde con base en una autoevaluación Institucional se establecieron los procesos prioritarios a mejorar, con el fin de acercar la Empresa a los usuarios y demás grupos de interés, satisfaciendo sus necesidades y expectativas.





Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

PLATAFORMA ESTRATEGICA

- Brindar una atención médico-hospitalaria de primer nivel de complejidad a nuestros usuarios y familia, con altos estándares de calidad, buscando siempre cumplir sus expectativas y necesidades fomentando el desarrollo de una excelente cultura organizacional, alineado con procesos de docencia e innovación al servicio de nuestra institución

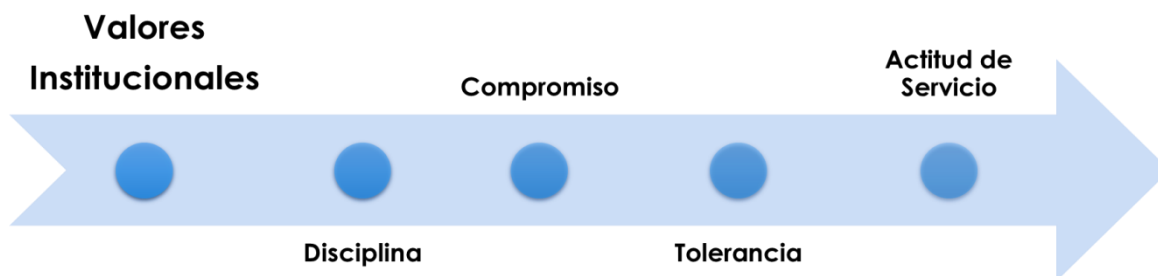
MISION

VISIÓN

- “En el 2027 seremos una institución referente en el suroccidente colombiano, por la integralidad en los servicios de salud, innovación, atención segura a los pacientes y su familia, con enfoque de gestión sostenible, responsable y eficiente”.

17

Valores institucionales:



- **Disciplina:** Los procesos en nuestra entidad se desarrollan de manera ordenada y sistemática, siguiendo los lineamientos y normas establecidas.
- **Compromiso:** Es la capacidad que tienen todos los colaboradores de cumplir con la responsabilidad encomendada.
- **Actitud de Servicio:** Es la capacidad resolutoria del personal de la entidad para afrontar y resolver las situaciones que se presentan día a día en forma positiva superando la expectativa de los usuarios.



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

- **Tolerancia:** Nuestros colaboradores valoran y respetan las diferencias individuales, tienen en cuenta las opiniones y actividades que realizan las demás personas generando una actitud de equidad.

Objetivo Institucional:

Orientar la gestión del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E hacia el cumplimiento de las metas institucionales a partir de la implementación de estrategias que faciliten la toma de decisiones en la operación de los servicios y el desarrollo administrativo integrado a un proceso de mejora continua enfocado a resultados con altos estándares de calidad.

18

POLÍTICAS

Política de Calidad

Somos una entidad comprometida en el mejoramiento continuo para la prestación de servicios de salud, bajo sus modelos de gestión de riesgo y atención centrada en las necesidades de salud del usuario y su familia, con seguridad, humanización y calidad, agregando valor a sus procesos, generando permanentemente un mayor compromiso de su equipo humano y respondiendo a los requerimientos de las partes interesadas.

Política de Integridad

El Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, consciente de la importancia de su función y de la responsabilidad con la salud de la comunidad, se compromete a fortalecer la confianza con las partes interesadas, a través de la implementación de los valores establecidos en el Código de Integridad, con el propósito de garantizar el actuar honesto, ético y profesional de todos los colaboradores de la institución.

Política de Humanización

Nos comprometemos a brindar un trato humanizado, atención segura y con calidad a todos los usuarios, sus familias y la comunidad, como uno de los pilares fundamentales de nuestro modelo de atención, con personal asistencial y administrativo competente que realizan gestiones efectivas, cumpliendo con las expectativas que estos puedan llegar a presentar. Desarrollando la labor diaria aplicando los valores institucionales de disciplina, compromiso, actitud de servicio y tolerancia.



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Política de Seguridad y Salud en el Trabajo

El Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E considera el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), como un propósito fundamental con el cual se logrará un ambiente de trabajo idóneo para la preservación y mejoramiento del estado de salud de todos sus trabajadores, colaboradores y bienes materiales articulados en Un Sistema de Gestión de Calidad. Por esta razón es que la alta gerencia y su junta directiva están comprometidos para con toda la organización, orientados hacia la prevención de los riesgos y la promoción de la salud, procurando ambientes de trabajo sanos para todas las personas que brindan sus servicios a la institución, generando procesos seguros, espacios físicos adecuados para el buen desempeño de las funciones, proporcionando condiciones de bienestar y los elementos de protección personal, así como para desarrollar estrategias de atención y control de los riesgos; y para fomentar en el personal conciencia de auto cuidado.

19

Para lo anterior tiene como compromiso las siguientes directrices:

Cumplir con la Normatividad Colombiana vigente u otras obligaciones en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Incluir en las reuniones de Gerencia y Junta Directiva, el análisis y toma de decisiones sobre el desarrollo de la Seguridad y Salud en el Trabajo del personal en la empresa, teniendo en cuenta que las normas, principios y políticas serán aplicables en todos los niveles de la organización. Las variables en SST son y serán de diaria gestión como los temas de interés que cobijen las diferentes subgerencias, dado que se debe tener en cuenta la asignación de recursos necesarios para el desarrollo de este bajo la eficiencia y racionalidad técnico – científica como lo son adquisición de equipos y dotación, mejora de procesos, educación a los trabajadores y adecuación de puestos de trabajo para controlar los factores de riesgo desde su origen, procurando mejorar la calidad laboral y la productividad de todos en la E.S.E.

Asignar un personal capacitado en el área en Seguridad y Salud en el Trabajo para formar y liderar un equipo de trabajo que coordine actividades en Higiene y Seguridad Industrial; y estrategias en condiciones de salud y medicina preventiva dirigidas a los trabajadores con aras de cuidar los recursos tangibles e intangibles de la institución como los son el recurso humano, físico, administrativo, financiero, tecnológico y de reputación de la institución, entre otros.

Conformar un comité de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial (Comité Paritario en Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST), el cual debe estar conformado por 2 representantes de la empresa y 2 representantes de los trabajadores, con sus respectivos suplentes.

Garantizar que el COPASST se reúna una vez al mes en un área determinada de la empresa y sea en horario laboral para discutir temas de promoción, vigilancia y control en Seguridad y Salud en el Trabajo. Este comité se podrá reunir de forma extraordinaria en caso que ocurra un accidente de trabajo grave o exista riesgo inminente de uno y para lo cual la alta gerencia deberá garantizar que pueda efectuarse.

Abrir los espacios que sean necesarios para que todo el personal que ingrese o que ya está laborando con anterioridad en la institución, reciba los procesos de inducción o re inducción necesarios sobre cómo realizar su trabajo adecuadamente teniendo en cuenta todos las Normas de Higiene y Seguridad Empresarial y conocimiento sobre todos los factores de riesgo a los que están expuestos en la institución; Sin excepción los trabajadores recibirán la inducción por parte del área de SST y a su vez deberán cumplir con las recomendaciones y normas especificadas en cada una de las actividades en las que se van a desempeñar. Esto con el fin de que cada uno sea responsable de su puesto de trabajo e informe sobre algún factor de riesgo que sea detectado a los representantes de los trabajadores, para que sea discutido este tema en el COPASST para brindar una solución factible y cuidar la integridad física, mental y social del trabajador y las personas a su alrededor.

20

Promover una cultura empresarial de Seguridad y Salud en el Trabajo orientada en planes de formación, entrenamiento y capacitación, con el fin de prevenir la ocurrencia de accidente de trabajo y enfermedades laborales en sus funcionarios, contratistas, subcontratistas y visitantes.

Suministrar a cada trabajador los elementos de protección personal requeridos acorde a los factores de riesgo a los que van a estar expuestos, proporcionando capacitación sobre su uso y mantenimiento; exigiendo su uso durante el desarrollo de su labor, pero también proporcionando los espacios y la educación necesaria para crear conciencia de autocuidado en este personal. Se debe tener en cuenta que se deben realizar jornadas de inspección para vigilar que si se estén cumpliendo las normas de higiene y seguridad industrial y se deben tomar medidas cuando no se estén cumpliendo debidamente.

Evaluar periódicamente las actividades relacionadas con Seguridad y Salud en el Trabajo. La alta gerencia asesorará y apoyará a todos los trabajadores dentro del sitio de trabajo en todos los procesos de reconocimiento, evaluación y control de los factores de riesgo y trabajará de forma conjunta con las subgerencias y el área encargada de SST de forma interdisciplinaria para concertar actividades para mejorar las condiciones de trabajo y garantizar la protección de los trabajadores en su totalidad independiente del tipo de contratación.

Realizar un reporte oportuno de los Accidentes de Trabajo a la ARL designada en caso que se presente, así como la posterior investigación de las causas del mismo con el fin de establecer factores que lo propiciaron y tomar las medidas correctivas frente a los mismos.



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Auditar el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo mínimo 1 vez al año, con el fin de garantizar que las políticas y las medidas establecidas en Higiene y Seguridad Industrial, salud laboral y Medicina Preventiva, sean efectivos y estén actualizando según los cambios internos y externos de la institución y la normatividad vigente.

Política Institucional de Renovación Tecnológica

El Hospital la Buena Esperanza de Yumbo E.S.E. se compromete a realizar una adecuada gestión de la tecnología y los dispositivos médicos en la adquisición, renovación, reposición y su uso, apoyada en conceptos técnicos, de tal manera que se reduzca el riesgo para el usuario, su familia, el colaborador asistencial, administrativo y el medio ambiente durante su vida útil, a cumplir con las necesidades presentes, futuras, costo efectiva, y que a su vez cumpla con los estándares de calidad estipulados por el Hospital, normatividad legal y partes interesadas.

21

Por lo anterior tiene como complemento las siguientes directrices:

- El cambio de equipo se considerará cuando haya cumplido al menos 6 años de adquirido (tiempo de depreciación + 1 año de gracia)
- Se tendrá en cuenta el área que lo maneja y el uso que se le da
- Se tendrá en cuenta el resultado del ejercicio de cotizar su reparación vs adquirir uno nuevo.
- Aplica a equipos de cómputo e impresoras, los demás equipos como switches, routers, baterías etc. Por buenas prácticas se deben cambiar cuando sufren algún tipo de daño.
- En el caso de dispositivos biomédicos se usa una herramienta de software para realizar evaluación de la tecnología y justificar el cambio o permanencia de la tecnología.
- Siempre que se proceda a renovar tecnología biomédica se tendrá en cuenta tres criterios: evaluación técnica, evaluación clínica y evaluación económica.
- Se deberá certificar que la disposición final de los equipos dados de baja sea la adecuada.



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Política de seguridad del paciente del Hospital la Buena Esperanza E.S.E de Yumbo

La Política de Seguridad del Paciente del HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E. en cumplimiento de la Resolución 3100 de 2019, pretende comunicar a sus diferentes colaboradores y demás partes interesadas el compromiso de la alta Gerencia con el apoyo de las subgerencias científica, de calidad y administrativa en brindar todo el soporte técnico científico, administrativo y financiero con el fin de garantizar el cumplimiento de las diferentes directrices plasmadas dentro del Programa de Seguridad del Paciente y la materialización de las diferentes Líneas de Acción en Seguridad del Paciente a nivel institucional; y propender así por la consolidación de un entorno seguro para los pacientes, donde el riesgo de ocurrencia de incidentes o eventos adversos sea minimizado a partir del control del proceso de atención, de la implementación de barreras de seguridad eficientes y de la consolidación de una cultura institucional proactiva de prevención, reporte y gestión, contribuyendo así al aprendizaje organizacional.

22

Política Institucional de Administración del Riesgo

El Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, a través de la apropiación de la Alta Dirección, con el liderazgo de su Representante Legal y la participación activa de los líderes de proceso, se compromete a garantizar la implementación, seguimiento y control de la Gestión de Riesgos en la entidad.

Política de Comunicación

1. Dar a conocer la información de la entidad sobre su funcionamiento gestión y resultados en forma amplia y transparente a través de rendición de cuentas en audiencia pública y la edición de boletines informativos, entre otros medios.
2. Mantenimiento adecuado de canales de comunicación horizontal, que permitan el diálogo entre las diferentes áreas de la institución, ayudar al fortalecimiento del contorno y entorno institucional con una comunicación que atraviese de forma transversal estos tres componentes.
3. Mantener la participación e integración de todos los procesos y procedimientos a través de una comunicación interna, para que todos los servidores públicos en todos los niveles conozcan los planes y programas, objetivos a alcanzar y su grado de participación en el Plan de Comunicaciones.



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Política Institucional para el Uso Racional de Antibióticos

La Empresa Social del Estado HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO mediante su plataforma estratégica, establece como pilares fundamentales la Atención centrada en el usuario y su familia; y la Responsabilidad social dentro del marco del mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud a la comunidad.

Es por ello que en cumplimiento a los lineamientos establecidos tanto en la Resolución 3100 de 2019 como en los lineamientos para la Política de Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud y Protección Social, se hace necesario documentar y socializar esta política institucional a todos sus diferentes colaboradores y demás partes interesadas como parte del compromiso de la alta gerencia del hospital dentro del direccionamiento estratégico para garantizar el uso pertinente, racional, correcto y seguro de los medicamentos en especial de los antimicrobianos dentro de los tratamientos establecidos para los pacientes atendidos en nuestra institución, en el contexto de beneficios clínicos como disminución de la toxicidad, mejor adherencia al tratamiento, menos efectos secundarios e interacciones medicamentosas y una disminución en el desarrollo de resistencia a los medicamentos antimicrobianos, logrando así contribuir con la recuperación de la salud y el bienestar de la población.

El proceso de desarrollo de resistencia puede retardarse con un sistema de prescripción adecuado; este incluye:

Capacitación, Lineamientos para el uso adecuado de antibióticos, Vigilancia de uso de antibióticos y resistencia bacteriana con envío periódico de informes a los comités intrahospitalarios y redes locales y nacionales de farmacovigilancia. También se requiere la implementación de actividades efectivas de prevención y control de infecciones.

Mapa de Procesos del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E

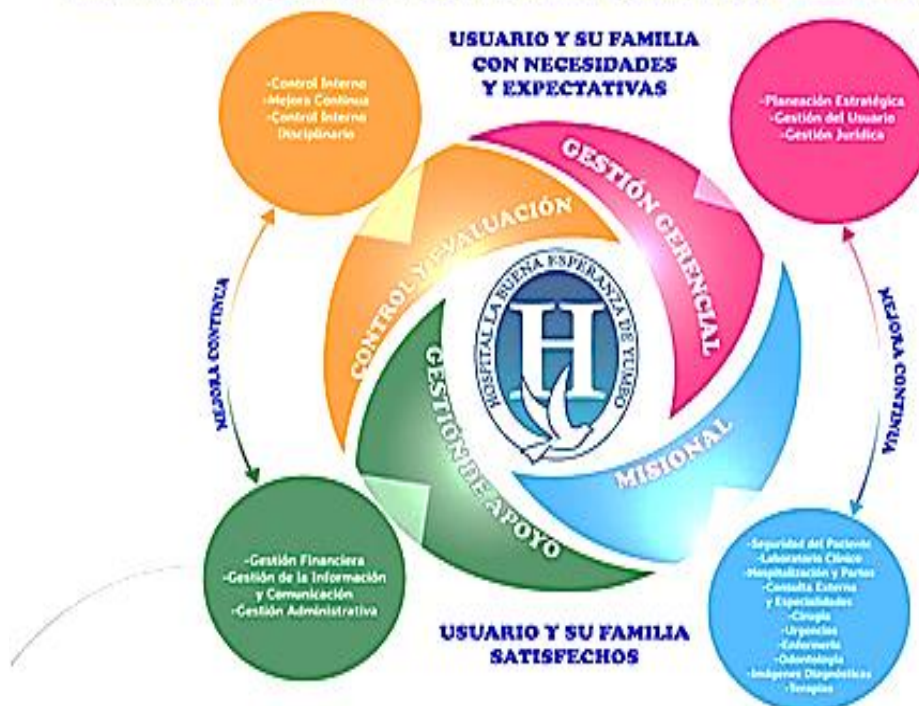
Se encuentra conformada por:

El mapa de procesos del Hospital la Buena Esperanza de Yumbo E.S.E, se encuentra conformada por Cuatro (04) procesos: Gestión Gerencial, Gestión de Apoyo, Control y Evaluación a la Gestión, Misional.

Diecinueve (19) Subprocesos: Planeación Estratégica, Gestión Jurídica, Gestión para el Usuario, Gestión Administrativa, Gestión Financiera, Gestión de la Información y Comunicación, Mejora Continua, Control Interno, Control Interno Disciplinario, Seguridad del Paciente; Odontología, Servicio de Urgencias,

Hospitalización y Partos, Servicio de Cirugía, Enfermería, Consulta Externa y Especializada, Laboratorio Clínico, Imágenes Diagnosticas, Terapias.

MAPA DE PROCESOS HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO



24

DESARROLLO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.



Autoevaluación Cualitativa y Cuantitativa

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

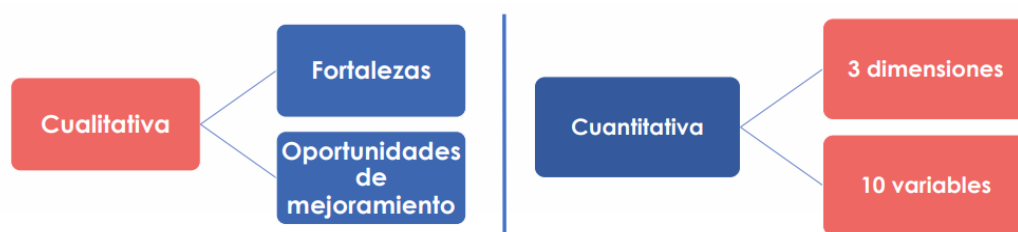
El alcance del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad estará orientado a los estándares de acreditación ambulatorio hospitalaria versión 3.1 adoptado en la Resolución 5095 de 2018, modificado por la Resolución 1328 de 2021.

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

Cada estándar se va a evaluar de manera cualitativa y cuantitativa así:

Calificación Cualitativa: En ésta se identifican las fortalezas relacionadas con cada estándar y criterio analizado y las oportunidades de mejora que pueden implementarse para su cumplimiento.

Calificación Cuantitativa En ésta se define un rango de calificación de 1 a 5, siendo 1 el menor valor de calificación y 5 el más alto. Aquí cada uno de los estándares se analiza en tres (3) dimensiones que corresponde a enfoque, implementación y resultado, en cada una de estas dimensiones se analizan las variables con base en las cuales se va a calificar.



Definiciones Diagnóstico Cualitativo:

Fortalezas: Son mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios que se constituyen en factores potenciales de éxito ante el entorno, los cuales pueden deberse a un elevado dominio de funciones o procesos, o pueden resultar de aspectos tradicionales del día a día de la organización.

Soporte de las Fortalezas: Si cree que el ítem analizado es una fortaleza deberá soportarlo con políticas, plan operativo, gráficos de tendencias, tablas, actas, diagramas del flujo del proceso, Cronograma de trabajo, etc., y todos los documentos que pueden mostrarle al evaluador la madurez del proceso.

Oportunidades de Mejora: Son los vacíos encontrados en los mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios relacionados con el enfoque, la implementación y los resultados esperados.

A cada estándar se le califican las 10 variables de 1 a 5, según la tabla anterior por consenso del grupo a cada variable se le califica con el menor valor y la calificación del estándar, se da sacando el promedio de la calificación todas las variables. Al finalizar la calificación de todos los estándares aplicando el instrumento de calificación cuantitativo, se suma la calificación desde el Enfoque y

se divide por el número de variables, así mismo con los componentes de Implementación y Resultado, luego se suman los tres componentes, se dividen por tres y al final se suman todos los valores del estándar y se dividen por el número de estándares calificados y si es necesario se aproxima al número entero más cercano y si el factor termina en .5, se aproxima al par próximo inmediato. En otras palabras, posterior a la calificación de todos los estándares de cada grupo de estándares, para sacar la calificación del Grupo de Estándares, se promedia sumando el valor de todos los estándares y se divide por el número de estándares.

Para sacar la calificación global de la ESE se suman los valores de los todos los estándares y se dividen por el número de estos y ese sería el valor global de calificación de la Entidad.

26

Ya evaluados todos los estándares en las diferentes Manuales y Estándares del Sistema Único de Acreditación, se realiza la consolidación de los instrumentos de autoevaluación diligenciados y calificados, con el fin de socializar a todos los empleados, se retroalimenta a los participantes de la autoevaluación sobre los estándares que se evaluaron, los hallazgos encontrados y la calificación global, obtenida con las fortalezas y las oportunidades de mejora definidas para avanzar al siguiente paso.

Esta autoevaluación se debe realizar cada que se va a empezar un nuevo Ciclo de Mejoramiento, siempre y cuando se haya realizado y cerrado todo un ciclo anterior.

GRUPO	ESTÁNDARES	NOMBRE ESTÁNDAR	EXISTE	PUNTAJE 1	ENFOQUE SISTEMICO	ENFOQUE PROACTIVO	ENFOQUE EVALUADO Y MEJORADO	DESPLIEGUE EN LA INSTITUCION	ACREDITACION POR CLIENTE INTERNO Y/O EXTERNO	PERTINENCIA	CONSISTENCIA	AVANCE DE LA MEDICION	TENDENCIA	COMPARACION	PROMEDIO
HUMANIZACIÓN	ESTÁNDAR 1	La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que los pacientes y el personal comprenden y siguen sus derechos. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes													

Los grupos de trabajo quedaron organizados de la siguiente forma:

Primera Sección Estándares Asistenciales: Estos hacen referencias al Proceso y subprocesos Misional de la E.S.E, Hospital la Buena Esperanza de Yumbo, 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.



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Segunda sección: en la que se encuentran los Grupos de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial; Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial: incluye aquellos procesos administrativos gerenciales que son críticos en la organización para el apoyo de los procesos asistenciales.

Direccionamiento: es el trabajo que se ha de realizar por 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.

Tercera sección: en la cual se encuentran los estándares de mejoramiento de la calidad; 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.



Metodología de Evaluación frente a Estándares de Acreditación

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

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

- La auto evaluación tiene como propósito principal identificar la no coincidencia del desempeño organizacional, contra el desempeño ideal



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

planteado en el estándar, estableciendo un diagnóstico e iniciando un proceso de análisis y mejoramiento. A este momento también lo llamamos evaluación interna. En esta fase la duración de este ciclo de auto evaluación y mejoramiento no necesariamente tiene un límite de tiempo diferente de las metas que se fije la organización a sí misma.

- Cuando la auto evaluación, además de lo anterior, tiene el propósito de implementar la ruta crítica de acreditación, es decir de documentar el estado de cumplimiento del estándar y evidenciar suficientemente su cumplimiento, este ciclo de auto evaluación, documentación y mejoramiento tiene un tiempo límite, dependiente de los períodos establecidos por la entidad acreditadora.
- Para implementar la auditoria para el mejoramiento de la calidad, la ruta crítica inicia con autoevaluar la institución para identificar procesos prioritarios de mejoramiento. No olvidar que el Decreto 780 de 2016 plantea: "Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación".

29

Análisis de los Estándares.

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

- Una buena práctica que se ha ido aprendiendo de la experiencia de las auto evaluaciones realizadas por nuestras instituciones es leer todos los estándares antes de empezar la calificación, ya que como todos los de un mismo grupo están interrelacionados, este procedimiento ayuda a los equipos a entender la globalidad y facilita en gran medida el proceso de calificación del estándar individual.
- A continuación, leer el estándar que se quiere calificar, a renglón seguido realizar por consenso del equipo la interpretación del estándar; se sugiere escribirla, no olvidar que este se convierte en el referente de evaluación y preguntar si todos los participantes entendieron el estándar de la misma forma.
- Si la respuesta es afirmativa entonces se puede continuar, si es negativa se debe buscar aclaración (bien sea a través de los miembros del equipo, el equipo de planeación o un asesor externo, si lo hay).

Una vez aclarado el significado del estándar se deben registrar todas las fortalezas que el equipo considere que están relacionadas con este. Hay que tener siempre presente la redacción del estándar, este es el “polo a tierra” del equipo y es el que guía la redacción de las fortalezas. Debe enfocarse puramente en la frase estándar. Hay que tener en cuenta en la calificación de los estándares, que estos son los que se deben calificar.

- Una vez discutidas todas las fortalezas hay que determinar qué soportes pueden encontrarse en la organización. Aquí es donde la persona previamente seleccionada para recabar todos estos soportes juega un papel determinante.
- Debe relacionar todos los soportes que se mencionen, recopilarlos y ordenarlos, en caso de que la institución se esté evaluando para presentarse ante el ente acreditador. Posteriormente, serán motivo de revisión por parte de los evaluadores externos.
- El paso que sigue en el análisis es la redacción de todas las debilidades de la organización frente al estándar. Nuevamente, la redacción del estándar es la guía para el grupo.
- La respuesta lógica al encontrar debilidades es definir acciones de mejoramiento para las debilidades. Este ejercicio orientará de antemano un posterior plan de mejoramiento.
- Por último, se calificará el estándar por consenso del equipo. Para esta calificación se utilizará la escala de calificación presentada en la hoja radar.

Autoevaluación Cuantitativa: Esta es realizada de acuerdo con la Hoja Radar para la calificación de Estándares de Acreditación en Salud descrita en los Anexos No. 2.



Selección de procesos a mejorar

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

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

Los pasos para la selección de procesos a mejorar son:

- Presentación general del informe de autoevaluación.
- Entrega a los equipos el consolidado de la autoevaluación que cada uno de ellos realizó.
- Presentación de los procesos objeto de mejora de la institución, con el propósito de homologar y recordarlos a quienes participan en el ejercicio.
- Dinámica para que cada equipo de trabajo Identifique a que procesos pertenecen las oportunidades de mejoramiento.

31

Este paso de la ruta crítica involucra el modelo de operación por procesos, ésta implica la revisión y ajuste si se requiere, del mapa de procesos institucional y la caracterización de cada uno de los procesos.



Priorización de Procesos a Mejorar

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

Priorización de las Oportunidades de Mejoramiento.

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

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

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

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

- Se sugiere utilizar la siguiente tabla de calificación:

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.

Las oportunidades de mejoramiento priorizadas las cuales se encuentran con un puntaje mayor a 75 son a las que se harían acciones de mejoramiento (PAMEC).

RIESGO X COSTO X VOLUMEN = TOTAL PUNTAJE DE PRIORIDAD

PRIORIDAD	PUNTAJE
BAJA	ENTRE 1 A 40 PUNTOS
MEDIA	ENTRE 41 A 74 PUNTOS
ALTA	ENTRE 75 A 125 PUNTOS

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

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

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



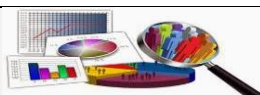
Definición de la Calidad Esperada

La planificación de la calidad esperada tiene como objetivo primario obtener los mejores resultados de calidad esperada: calidad técnica-científica, seguridad, costo racional, servicio, disposición del talento humano, que tengan un impacto en la salud de los usuarios, con el menor riesgo posible. Lo cual para ello aplicaremos los indicadores que permitan evaluar la oportunidad de mejora priorizada, inicialmente vamos a utilizar los indicadores establecidos en la resolución 0256 de 2016 si aplican, de acuerdo a los aplicables a la institución, de no aplicar se construirán, construiremos la ficha técnica y se establecerá las metas para ser monitorizados.

33

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.

- 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 2025. 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 2013, entre otros.



Medición Inicial del desempeño de los procesos priorizados

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



Formulación del Plan de acción para el mejoramiento continuo de los procesos

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

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

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

- Estándar intervenido.
- Oportunidad de mejora.
- Priorización.
- Acciones de mejoramiento.
- Proceso de la acción de mejoramiento.
- Persona responsable de la ejecución de la acción.
- Cronograma para la ejecución de la acción.
- Fechas del seguimiento.



Ejecución del Plan de Mejoramiento

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

Definidos los cronogramas de ejecución de las acciones de cada oportunidad de mejora de los grupos de estándares y asignados responsables para la ejecución de cada una de las acciones. Se definirá un cronograma para el

seguimiento del análisis del cumplimiento de las tareas programadas ya que se tiene programada realizar una autoevaluación anual para verificar la efectividad de las acciones cerradas y aumentar la calificación a 1.20 o más.



Evaluación del Plan de Mejoramiento

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

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

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

En cumplimiento de la Circular 012 de 2016, el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E. realizará el reporte anual de la siguiente información:

- Número de Acciones programadas.
- Número de Acciones ejecutadas.
- Número de Auditorías Internas Programadas.
- Número de Auditorías Internas Ejecutadas.
- Número de Documentos soporte.
- Lista de Procesos Estandarizado.



Aprendizaje Organizacional

El aprendizaje organizacional en la ESE Hospital la Buena Esperanza de Yumbo 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.

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



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

evidenciable y en común acuerdo tomaran decisiones que permitirían los ajustes pertinentes en la ESE.

En el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo 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.



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Anexo.

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN HLB ESE.

FORMATO ESCALA DE CALIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD - AUTOEVALUACIÓN CUANTITATIVA					
CEAM-020-003-049 Versión No 000					
VARIABLE	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
Enfoque Sistemático: Ejercicio de aplicación disciplinado que abarca todos los procesos y el contenido del estándar, que hace una visión de conjunto de la institución que contempla un ciclo PHVA.	El enfoque es esporádico, no está presente en todos los servicios o procesos, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Contenido de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunos servicios o procesos. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en procesos clave.	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de los procesos. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todos los procesos, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
Enfoque Proactivo: Grado en el que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad, a partir de la gestión del riesgo.	Los enfoques son mayoritariamente reactivos, la información presentada es anecdótica y desarticulada, sin evidencia de la gestión del riesgo.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas. Etapas iniciales de la gestión del riesgo.	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos aún cuando existen algunos en donde se actúa reactivamente. Se identifican herramientas de la gestión del riesgo.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo en todos los procesos y se evidencian resultados parciales de la gestión del riesgo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todos los procesos hay evidencia de la gestión del riesgo.
Enfoque evaluado y mejorado: forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos).	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Bases de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre procesos claves que abarcan la mayoría de productos y servicios.	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.
IMPLEMENTACIÓN					
Despliegue en la Institución: Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en los distintos servicios o procesos de la organización.	El enfoque se ha implementado en algunos servicios o procesos pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunos servicios o procesos operativos principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en servicios o procesos claves y no existen grandes brechas con respecto a otros servicios o procesos.	Existe un enfoque bien desplegado en todos los servicios o procesos, con brechas no significativas en aquellos de soporte.	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevos servicios o procesos en forma integral y responde al enfoque definido en todos los servicios o procesos claves.
Apropiación por el cliente interno y/o externo: Grado en que el cliente del despliegue (cliente interno y/o externo) entiende y aplica el enfoque, según la naturaleza y propósitos del estándar.	El enfoque no lo apropiaron clientes.	Hay evidencias de apropiación en unos pocos clientes internos o externos, pero éste no es consistente.	Hay evidencias de apropiación parcial del enfoque en los principales clientes con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque lo apropiaron la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.	El enfoque está apropiado en la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.
RESULTADO					
Pertinencia: Grado en que los resultados (hechos, datos e indicadores) se relacionan con los criterios y requisitos del estándar evaluado.	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunos servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el servicio o proceso, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el servicio o proceso, o el punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
Consistencia: Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.	Se evidencian ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía insipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
Avance de la Medición: Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un período de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos.	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que muestran tendencias positivas de mejoramiento en algunos servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunos servicios o procesos reportados pueden estar en etapas recientes de medición.	Existen procesos de medición sistemáticos para la mayoría de los servicios o procesos y factores claves de solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos.
Tendencia: Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejora general a lo largo del tiempo.	El estado de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que aunque no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias, el proceso es sistemático y se empiezan a tomar decisiones operativas con base en la información.	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar. Proceso sistemático y estructurado.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de los servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
Comparación: Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos.	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas prácticas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistemáticas.	Existe una política de comparación con los mejores prácticas y se encuentran en etapa temprana de comparación de algunos procesos, productos críticos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con los mejores prácticas a nivel nacional de servicios o procesos, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a los estándares de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.