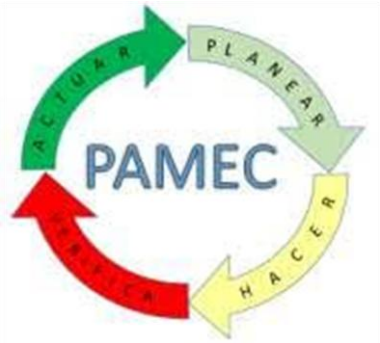
ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PAMEC VIGENCIA 2025



Responsable	Cargo	Nombre completo	Firma
Elaboró	Contratista	Stef Salud	
Revisó	Coordinador Médico	Consuelo Escorcia Moreno	
Aprobó	Gerente	Yesenia Hernández Hernández	

Quienes suscribimos este documento manifestamos haberlo revisado previamente, confirmando que su contenido cumple con la normativa legal vigente. Por tanto, lo presentamos bajo nuestra responsabilidad para su respectiva firma

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES

PRESENTADO POR: YESENIA HERNANDEZ HERNANDEZ

GERENTE

MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO – CESAR

SEPTIEMBRE 2025

Tabla de contenido

1. INTRODUCCION 4

2. JUSTIFICACION 6

3. OBJETIVOS 8

3.1. OBJETIVO GENERAL 8
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS 8

4. APLICACIÓN Y ALCANCE 9

5. RESPONSABLE DEL DESARROLLO DEL PAMEC 9

6. PLATAFORMA ESTRATEGICA DE LA ESE 10

6.1. GENERALIDADES DE LA ESE 10
6.2. RESEÑA HISTORICA 12
6.3. GEOREFERENCIA 13

6.4. PRESENTACION: 13

6.5. OBJETIVOS INSTITUCIONALES 15
6.6. MISIÓN. 17
6.7. VISIÓN 17
6.8. VALORES CORPORATIVOS 17
6.9. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 20
6.10. POLÍTICA DE CALIDAD 21
6.11. POLÍTICA DE SEGURIDAD 22
6.12. ESTRUCTURA ORGÁNICA GENERAL DE LA ESE 23
..... *23*
6.13. MAPA DE PROCESOS 24

7. MARCO LEGAL (NORMATIVIDAD) 26

8. MARCO CONCEPTUAL 27

9. METODOLOGIA 30

9.1. DESARROLLO DE LA RUTA CRITICA 31
31
9.1.1. AUTOEVALUACION 32

9.1.1.1. CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN Y EQUIPO LÍDER DE LA RUTA CRÍTICA DE PAMEC 33

9.1.1.1. CRONOGRAMA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD “PAMEC” 2025. 35

9.1.1.2. DESARROLLO DE LA AUTOEVALUACION 35

9.1.2. SELECCIÓN DE PROCESOS 42
9.1.3. PRIORIZACION DE PROCESOS DE MEJORA 44
9.1.4. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA 48
9.1.5. MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS PRIORIZADOS-CALIDAD OBSERVADA... 49
9.1.6. FORMULACION DEL PLAN DE ACCION O MEJORAMIENTO DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA 53
9.1.7. EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO..... 57
9.1.8. EVALUACION DEL PLAN DE ACCION O MEJORAMIENTO. 58
9.1.9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL 60

1. INTRODUCCION

La ESE Hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES es una entidad prestadora de servicios de salud de baja de complejidad que presentaba demasiadas no conformidades en la operación integral por procesos, lo anterior fue el punto de partida para iniciar un camino de búsqueda de la calidad, en el cual el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la prestación de servicios de salud que a continuación se desarrolla, es uno de los insumos básicos para realizar la medición, valoración y ajuste del desarrollo institucional.

Con este programa y su implementación se espera que los procesos prioritarios de la ESE aseguren su desarrollo y con ello obtener la satisfacción de los usuarios.

El Decreto 1011 de 2006, en sus artículos 39 y 44 define y reglamenta “el Modelo de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades. Las instituciones deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención, y la satisfacción de los usuarios”.

El programa de auditoría se formula en forma concordante con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación, en esta formulación se define la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de los procesos definidos como prioritarios, así como la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, basada en normas técnicas, científicas y administrativas, con el fin de establecer medidas correctivas frente a las desviaciones encontradas.

El programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud PAMEC, se va a documentar 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 la Protección Social, basado en una autoevaluación de los estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en baja complejidad por la Resolución 1328 del 2021, con el fin de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, generando acciones planificadas y sistemáticas con la participación de la gerencia; garantizando el mejoramiento de los procesos de la ESE y el cumplimiento de los objetivos y política de calidad.

La Empresa Social del Estado Hospital Jorge Isaac Rincón Torres no es ajena a dicha realidad y para dar trámite a estos requerimientos está implementando el Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad (PAMEC), por medio del cual se pretende mejorar los procesos críticos que afectan directamente la calidad en la prestación delos servicios.

Para lo cual se están realizando actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de los procesos que se definieron como prioritarios mediante la aplicación de matrices para tal fin, se comparó la calidad observada y la calidad esperada en estos procesos, y se definieron las guías y normas técnicas, científicas y administrativas de estos procesos, con el fin de adoptar las medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas en el proceso de auditoria con el objetivo de establecer y mantener las condiciones de mejora realizadas.

2. JUSTIFICACION

El Sistema General de Seguridad Social en Salud creado mediante la Ley 1122 de 2007, estableció la prestación de servicios con calidad, para lo cual reglamentó 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 responsabilidades 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 Territoriales Departamentales, Distritales y MUNICIPALES de Salud.

Este Sistema de calidad se desarrolló a través de 4 componentes, uno de ellos; la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud fue señalado como obligatorio para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB (Entidades Administradoras de Planes de beneficios).

Teniendo en cuenta esta reglamentación, y la convicción de consolidar a la institución como líder en la prestación de servicios de salud, la ESE Hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES implementa la tercera versión del programa de auditoría.

A través de la implementación de este programa se espera reducir el número de no conformidades y riesgos en la prestación de los servicios de salud.

Este documento ha sido elaborado según las pautas de Auditoría emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud.

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, define el modelo para evaluar sistemáticamente el nivel de cumplimiento, frente a los estándares del Sistema Único de Acreditación

en salud establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), comparando la calidad observada frente a la calidad esperada establecida, identificando brechas de desempeño para implementar acciones de mejoramiento, que conlleven a la institución a niveles superiores de calidad.

Por ser una IPS pública, en cada vigencia se debe planear el desarrollo de la ruta crítica completa, por lo cual durante el primer trimestre se deberá realizar autoevaluación de la gestión del año inmediatamente anterior frente a los estándares del Sistema único de Acreditación, se analiza el resultado de los indicadores de Sistema de Información para la calidad, las observaciones emitidas dentro de las auditorias recibidas tanto internas como externas, así como el componente trazador de la seguridad del paciente.

La implementación y el seguimiento del PMCC 'se realiza considerando la diferencia en el avance de la ejecución en las sedes hospitalarias y en las ambulatorias, ya que la ESE es una IPS con sedes integradas en red y, al finalizar el ciclo se realiza nuevamente un ejercicio de aprendizaje organizacional, con el fin de cerrar el ciclo P-H-V-A.

Para el ciclo de aprendizaje organizacional, el enfoque se orienta hacia la mejora continua de los procesos, el respeto a los derechos del paciente, su seguridad, la humanización de la atención, la información y la comunicación que se le da al usuario y su familia empleando la metodología propuesta por el Ministerio y lo establecido por la normatividad vigente

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Implementar una herramienta organizacional que impacte en la gestión en salud de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud, a través del desarrollo de acciones de medición, seguimiento y control de la atención en salud, de forma que se garantice a la población la prestación de los servicios de salud con altos estándares de calidad.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar la autoevaluación de los estándares de calidad para evaluar el estado actual de la institución y a partir de allí tomar decisiones que van encaminadas a buscar el mejoramiento continuo de los procesos direccionados a la satisfacción del usuario.

- Generar un proceso de evaluación y seguimiento permanente de los procesos seleccionados como prioritarios dirigidos a la participación y retroalimentación que faciliten el aprendizaje organizacional. Crear planes de mejoramiento que faciliten a la institución el cumplimiento de las metas trazadas para alcanzar la calidad en todos los procesos y lograr la satisfacción de los usuarios.

- Crear espacios de participación de todos los miembros de la institución para el intercambio de conocimientos que nos lleven a la adopción de la cultura de calidad y del autocontrol.

- Dar continuidad al desarrollo de las etapas que siguen en el proceso de acreditación para que la institución logre cumplir los máximos estándares de calidad.

- Definir la calidad esperada que permita alcanzar estándares superiores de calidad para los procesos seleccionados, estableciendo la meta.

- Identificar la calidad observada, verificando en qué nivel de cumplimiento de la meta se encuentra la Institución.

- Elaborar e implementar un plan de mejoramiento que permita lograr la calidad esperada en la ESE (disminución de la brecha entre calidad observada y calidad esperada).

- Implementar una metodología que permita hacer seguimiento, tanto al cumplimiento del plan de mejoramiento, como a la efectividad de las acciones implementadas. Si se logra el resultado deseado, evaluar qué pudo pasar y realizar los ajustes del caso.

4. APLICACIÓN Y ALCANCE

El alcance va desde la planeación, diseño, implementación y evaluación del Plan de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad de la E.S.E. HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR, permitiendo el fortalecimiento de los procesos Institucionales a partir de identificación de no conformidades que se conviertan en Oportunidades de mejora y lleven a alcanzar la calidad esperada en acreditación, teniendo como base los estándares superiores de calidad, promoviendo la construcción de planes de mejoramiento costo- efectivos que permitan superarlas y lograr la modificación de los procesos en favor del usuario.

5. RESPONSABLE DEL DESARROLLO DEL PAMEC

La responsabilidad de la ejecución del Plan de Auditorias para el Mejoramiento de la Calidad en Salud será de los responsables de los Macroprocesos y los líderes de procesos considerados como prioritarios, con el acompañamiento y orientación del ***Equipo líder del Pamec liderado por la Gerencia y el auditor responsable de su cumplimiento y seguimiento.***

6. PLATAFORMA ESTRATEGICA DE LA ESE

6.1. GENERALIDADES DE LA ESE

El Hospital Jorge Isaac Rincón Torres E.S.E es una entidad descentralizada del orden Municipal, de categoría especial, según Acuerdo 008 de 1.994, del Honorable Concejo Municipal; dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Título II, libro segundo de la ley 100 del 23 de diciembre de 1993.

Su razón social la constituye la prestación de servicios de salud de baja complejidad, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social. Su organigrama estructural y funcional se adapta a las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007. Sus Áreas y Unidades Funcionales responden a las necesidades actuales de servicio, con actividades: de promoción y prevención; consulta externa (médica y odontológica), hospitalización, urgencias, apoyo terapéutico y apoyo diagnóstico.

La Empresa Social del Estado, tiene el compromiso de satisfacer la población del municipio en sus necesidades de salud en las fases: promoción de la salud, prevención, atención de la enfermedad y de todos los eventos de interés en salud pública. Para ello es importante que direccione su quehacer diario hacia el mejoramiento de la calidad de vida de la población con criterios de calidad integral y productividad que le permitan supervivencia, crecimiento, desarrollo y de altas demandas del usuario.

La Gerencia del HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES E.S.E, en sus objetivos misionales busca el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes en cumplimiento de los fines esenciales del Estado, buscando siempre un entorno de comportamientos éticos garantes de una buena administración de los planes, programas y recursos que buscan proporcionar bienestar colectivo y un desarrollo local equitativo.

Reconoce que la orientación estratégica es fundamental así mismo para articular sus actuaciones que deben estar caracterizadas siempre por la planeación que genera confianza y credibilidad en la ciudadanía y los diferentes grupos de interés, mediante el reconocimiento de compromisos que desarrollen políticas de orientación estratégica y de gestión, con énfasis en la transparencia e integridad en las actuaciones, las decisiones, las relaciones y los comportamientos éticos del equipo directivo, para asegurar un manejo responsable y transparente del Hospital.

NOMBRE: E.S.E. HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES

NIT: 824.000.542-7

Representante legal actual: YESENIA HERNANDEZ HERNANDEZ.

Dirección: Carrera 1E No 6-30

Teléfono: 5769055-5769211

Correo electrónico: hosjagua@hotmail.com.

SERVICIOS DECLARADOS TRANSICION RESOLUCION 3100 DEL 2019.

GRUPO DEL SERVICIO	CODIGO DEL SERVICIO	NOMBRE DEL SERVICIO
INTERNACION	101	GENERAL ADULTO
INTERNACION	102	GENERAL PEDIATRICA
INTERNACION	112	OBSTETRICIA
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERIA
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOOBSTETRICIA
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL
CONSULTA EXTERNA	329	MEDICINA INTERNA
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICION Y DIETETICA
CONSULTA EXTERNA	334	ODONTOLOGIA GENERAL
CONSULTA EXTERNA	342	PEDIATRIA
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGIA
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACION
APOYO DIAGNÓSTICO Y	706	LABORATORIO CLINICO

COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA		
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACEUTICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	717	LABORATORIO DE CITOLOGIAS CERVICOUTERINAS
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	748	RADIOLOGIA ODONTOLOGICA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	749	TOMA DE MUESTRA DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICAS
ATENCION INMEDIATA	1101	ATENCION DEL PARTO
ATENCION INMEDIATA	1102	URGENCIAS
ATENCION INMEDIATA	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO

6.2. RESEÑA HISTORICA

El Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, es un ente público dedicado a la prestación de servicios de salud, iniciando su proceso evolutivo en el año 1967 como puesto de salud del municipio de La Jagua de Ibirico Cesar, seguidamente continuo con un avance progresivo convirtiéndose en una entidad descentralizada mediante acuerdo municipal No 008 de septiembre 010 de 1994, cuando fue creado y reglamentado como centro materno infantil y más adelante transformado en empresa social del estado según acuerdo municipal No 008 de Diciembre de 1995.

Dentro de su área de influencia se encuentra adscrito los centros de salud de los tres corregimientos que posee el municipio: La Palmita, La Victoria de San Isidro y Boquerón.

Estamos ubicados en el municipio de La Jagua de Ibirico, centro del departamento del Cesar, cerca de las estribaciones de la cordillera oriental de los andes, ramal de los motilones, en la región subcentral a 118 Km, de la ciudad de Valledupar.

Limita al norte con Becerril, al sur con el Municipio de Chiriguana, al oriente con Venezuela y al occidente con el paso.

6.3. GEOREFERENCIA

La ESE Hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES se encuentra ubicada en el municipio de La Jagua de Ibirico, el cual pertenece a la zona centro del Departamento del Cesar y tiene una superficie territorial de 852km2, se encuentra localizado a 150 metros de altura sobre el nivel del mar, siendo una temperatura promedio entre los 28° y 32°.

Límites del municipio:
Norte: Becerril
Sur: Chiriguana
Oriente: Venezuela
Occidente: Chiriguana y el Paso

Distancia de referencia: 118Kms de VALLEDUPAR

La ESE Hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES cuenta con una Sede Principal ubicada en el barrio las Malvinas, en la Carrera 1E No 6-30 y 3 sedes rurales ubicadas en el corregimiento de la Palmita, La victoria de San Isidro y Boquerón+.

6.4. PRESENTACION:

El Hospital Jorge Isaac Rincón Torres E.S.E., es una entidad descentralizada del orden Municipal, de categoría especial, según Acuerdo 008 de 1.994, del Honorable Concejo Municipal; dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Título II, libro segundo de la ley 100 del 23 de diciembre de 1993. Su razón social la constituye la prestación de servicios de salud de baja complejidad, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social. Su organigrama estructural y funcional se adapta a las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007. Sus Áreas y Unidades Funcionales responden a las necesidades actuales de servicio, con actividades: de promoción y prevención; consulta externa (médica y

odontológica), hospitalización, urgencias, apoyo terapéutico y apoyo diagnóstico.

La Empresa Social del Estado, como entidad pública descentralizada del orden municipal, prestadora de servicios de salud, tiene el compromiso de satisfacer la población del municipio en sus necesidades de salud en las fases: promoción de la salud, prevención, atención de la enfermedad y de todos los eventos de interés en salud pública. Para ello es importante que direccione su quehacer diario hacia el mejoramiento de la calidad de vida de la población con criterios de calidad integral y productividad que le permitan supervivencia, crecimiento, desarrollo y de altas demandas del usuario.

En la actualidad la integridad y la continuidad son aspectos necesarios para el buen resultado de la atención y el bienestar de la población. Para lograr este objetivo se requiere que las organizaciones cambien la forma de planear, realizar y evaluar los procesos, el esfuerzo debe estar dirigido a la atención y entrega del servicio en forma planeada e integral, acompañada de una gestión transparente para el usuario y su familia e incorporando las necesidades del paciente en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención.

En esta forma de evaluación implica que la ESE, debe coordinar y articular todas las actividades desde que el usuario llega a la Institución hasta que sale. La Empresa Social del Estado, como entidad pública descentralizada del orden municipal, prestadora de servicios de salud, tiene el compromiso de satisfacer la población del municipio en sus necesidades de salud en las fases: promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia de todos los eventos de interés en salud pública. Para ello es importante que direccione su quehacer diario hacia el mejoramiento de la calidad de vida de la población con criterios de calidad integral y productividad que le permitan supervivencia, crecimiento y desarrollo en un medio de ardua competencia y de altas demandas del usuario. La dirección del HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES E.S.E, en sus objetivos misionales busca el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes en cumplimiento de los fines esenciales del Estado, buscando siempre un entorno de comportamientos éticos garantes de una buena administración de los planes, programas y recursos que

buscan proporcionar bienestar colectivo y un desarrollo local equitativo. Reconoce que la orientación estratégica es fundamental así mismo para articular sus actuaciones que deben estar caracterizadas siempre por la planeación que genera confianza y credibilidad en la ciudadanía y los diferentes grupos de interés, mediante el reconocimiento de compromisos que desarrollen políticas de orientación estratégica y de gestión, con énfasis en la transparencia e integridad en las actuaciones, las decisiones, las relaciones y los comportamientos éticos del equipo directivo, para asegurar un manejo responsable y transparente del Hospital.

6.5. OBJETIVOS INSTITUCIONALES

General. Ofrecer servicios de salud de excelente calidad con recursos altamente calificados y competitivos que garanticen la satisfacción del cliente tanto interno como externo y la rentabilidad de la Institución.

Específicos

- Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.

- Prestar los servicios de salud que la población requiera de primer nivel de atención y que la Empresa Social, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.

- Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa.

- Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas Naturales o Jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.

- Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus Servicios y funcionamiento.

- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos.

- Mejorar la calidad de vida de la población a través de la prevención, promoción y tratamiento de la salud.

- Facilitar el acceso de toda la comunidad a los servicios médicos ofrecidos dentro del grado de complejidad que le corresponde, estimulando la participación de los usuarios en la evaluación y control de gestión.

- Modernizar y mejorar continuamente la tecnología, los sistemas y los equipos complementados, los procesos más eficientes y eficaces posibles.

- Mantener recursos financieros para la operación y desarrollo normal del Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, con énfasis en el incremento de ingresos directos y la oferta de los servicios.

- Optimizar los sistemas administrativos a través de la calidad en los procesos, el desarrollo y compromiso de sus servidores.

- Aumentar la cobertura en los programas del Hospital a fin de disminuir la morbilidad y mortalidad.

- A través de los diagnósticos presentar proyectos de salud cofinanciados dirigidos a mejorar la calidad de vida, modificando factores de riesgo promocionando la salud y previniendo la enfermedad de sus usuarios.

6.6. MISIÓN.

En la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres prestamos servicios integrales seguros y humanizados de baja complejidad para mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos, con profesionales altamente calificado y comprometido con el mejoramiento continuo y la implementación de la atención primaria en salud a través de las rutas integrales de atención en salud con el usuario como centro de nuestra atención, generando un compromiso de equidad, calidad y eficiencia.

6.7. VISIÓN

En el año 2040 La ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres ser reconocido como un prestador líder en el sector salud a nivel departamental en el modelo de atención de gestión del riesgo y de Atención Primaria en Salud con la mejor capacidad resolutiva, gracias al respaldo de un talento humano excelente, garantizando una atención segura, humanizada y de calidad, siendo económicamente rentable y autosostenible.

6.8. VALORES CORPORATIVOS

Toda organización define una visión, una misión y unos valores que se constituyen en una trilogía o triada que le sirve de direccionamiento estratégico para sus objetivos, sus metas, sus estrategias, sus políticas y su sistema evaluativo, enmarcado todo ello por unos valores. Se entiende por valores institucionales aquellos referentes que una Entidad resalta por encima de muchos otros que se encuentran implícitos en su propia cultura organizacional, porque los considera de gran importancia y validez para todos sus propósitos y para que le sirvan de guía en su búsqueda de la excelencia empresarial.

Por esta razón los **Valores** de una organización pueden ser de diferente orden: Económicos, técnicos, políticos, religiosos, éticos, humanos, administrativos o de gestión, vitales, estéticos, intelectuales, entre otros. Los valores éticos que desarrolla un código de ética empresarial están fundamentados en sus valores corporativos

Solidaridad: a través de la práctica de la mutua ayuda entre las personas y las comunidades aportamos y potencializamos esfuerzos y recursos para resolver necesidades y retos comunes; la solidaridad es la que nos lleva a interesarnos con lo que le pasa a los demás, para lograr una mejor calidad de vida, un mundo más justo y el camino hacia la paz, garantizando la resolución de los problemas de salud de la población que corresponden a sus principales necesidades y expectativas.

Honestidad: somos coherentes con el pensar, decir y actuar, enmarcados dentro de los principios y valores; es un valor que manifestamos con actitudes correctas, claras, transparentes y éticas. En nuestras actuaciones y decisiones nos empeñamos en trascender los objetivos, propósitos, creencias y gustos personales, de modo que impere siempre el bien común de las generaciones actuales y futuras. Nuestras actuaciones y decisiones como funcionarios públicos son impersonales.

Calidad: garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. Nos esforzamos por el permanente mejoramiento de nuestros servicios formando un equipo humano de alto nivel técnico y profesional, que brinde seguridad y confianza a nuestros usuarios.

Sensibilidad: como humanos y servidores públicos que prestamos servicios de salud debemos cultivar este valor que se define como la facultad de sentir en la cual nos dejamos llevar por los afectos de compasión, humanidad y ternura.

Equidad: promover servicios de salud de igual calidad a todas las personas.

Idoneidad: el recurso humano que labora en la ESE debe ser íntegro, es decir capacitada técnica y científicamente para prestar un buen servicio y además ser un excelente ser humano que aplique y sienta todos los principios éticos de la institución

Responsabilidad. El concepto de responsabilidad es entendido en este manifiesto en dos sentidos: primero, como el cumplimiento a cabalidad de las tareas

correspondientes a cada cargo, y segundo, como la capacidad, que debe desarrollar cada persona vinculada al hospital, de responder por todos y cada uno de sus actos, en un enfrentamiento consciente con la realidad de sus acciones

Lealtad: a partir del compromiso de las personas vinculadas a la ese, con su profesión u oficio, el sentido de pertenencia a hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES ese debe mostrarse con la lealtad debida que ha de guardársele con cuidadoso celo.

Uso racional de los bienes: todos los bienes de la institución son de propiedad del bien común, por ello el servidor público del hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES ESE, ha de hacer uso racional, responsable y eficiente de los bienes materiales e intelectuales que se han puesto bajo su directa responsabilidad para el desempeño de su profesión u oficio, así como de los que son de uso general en la entidad. Esta actitud ética obliga a extrema delicadeza en el uso de los bienes económicos, materiales, investigaciones y otras propiedades intelectuales.

Mejorar la imagen: el hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES ese a través de su cultura organizacional, ha desarrollado su propia personalidad social, que se traduce en el alma colectiva observable, reconocida y valorada por su entorno. Cada miembro de la corporación, individual y colectivamente, ha de ser cuidadoso en el mantenimiento y mejoramiento de esta imagen, que debe responder siempre a las buenas prácticas culturales internas.

Entorno laboral interactivo: se define como la construcción de un contexto ambiental de trabajo armonioso, equitativo, respetuoso y digno para el desarrollo de canales y actividades apropiadas de comunicación y enlace, a fin de garantizar la efectiva participación de todos los funcionarios y usuarios en la dirección, ejecución, seguimiento y mejoramiento de la gestión de la ESE.

Confiabilidad: hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES ESE y cada uno de sus servidores públicos, han de mantener una atmósfera síquica donde impere el espíritu de lealtad mutua y en donde la confianza, basada en la veracidad y el

respeto también mutuos, propicie el desarrollo de los procesos necesarios para el cumplimiento de sus responsabilidades. Esta confianza, a su vez, facilita que el control sea entendido como una ayuda para el mejoramiento personal continuo, y el logro de los objetivos de cada funcionario en su puesto de trabajo.

Transparencia: todo acto de los servidores públicos de la ese deberá ser y parecer absolutamente translúcido ante la entidad, ante sus grupos de interés y ante la comunidad en general, de modo tal que quien quiera observarlo encuentre en él la diafanidad de sus ejecutorias.

Diligencia: entendida como la exactitud, la prontitud o presteza y el cuidado en el obrar, la diligencia se constituye en actividad de respuesta oportuna en la ejecución de lo planeado. La desidia o pereza no tiene cabida entre los servidores públicos de la entidad, por su resonancia en la eficacia, en la eficiencia y en la economía de la ESE.

Compromiso con el quehacer institucional: nos sentimos plenamente identificados con hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES ESE, es decir con su misión, sus valores, programas y proyectos, como fundamentos legítimos para responder a nuestro compromiso como sociedad. También se espera la presencia activa de todos los servidores públicos de hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES ESE, en los sucesos adversos o emergencias en que puede situarse la organización, las personas que la conforman o sus usuarios, para mitigar o superar las dificultades que se presenten

6.9. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Definir, implementar y fortalecer la estructura Operacional Funcional de la ESE.

Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.

Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital

Desarrollar un modelo de prestación de servicios de salud de baja complejidad con estándares de excelencia, para el usuario y su entorno e implementar programas, intervenciones estrategias de salud que permitan modificar los perfiles de morbi-mortalidad identificados en el municipio y de los eventos de salud pública definidos como prioridad por la nación, el departamento y el municipio de La Jagua de Ibirico.

Brindar más y mejores servicios de salud innovadores, seguros y humanizados, haciendo énfasis en la promoción y prevención, mediante el desarrollo de programas y proyectos intra y extramurales que permitan mayor accesibilidad y cobertura de la población; logrando la satisfacción del usuario y su familia y el reconocimiento a nivel departamental.

Ubicar a la institución en un importante nivel de desarrollo, mediante un sistema de información que permita una adecuada toma de decisiones; con una gerencia ágil, dinámica y abierta a los retos y posibilidades del mercado de la salud, una estructura organizacional segura, confiable y altamente comprometida, un modelo tecnológico moderno y eficiente y disponiendo de una sólida y sostenible estructura financiera que soporte integralmente el sistema de gestión y proyecte la institución hacia el alcance de su visión.

6.10. POLÍTICA DE CALIDAD

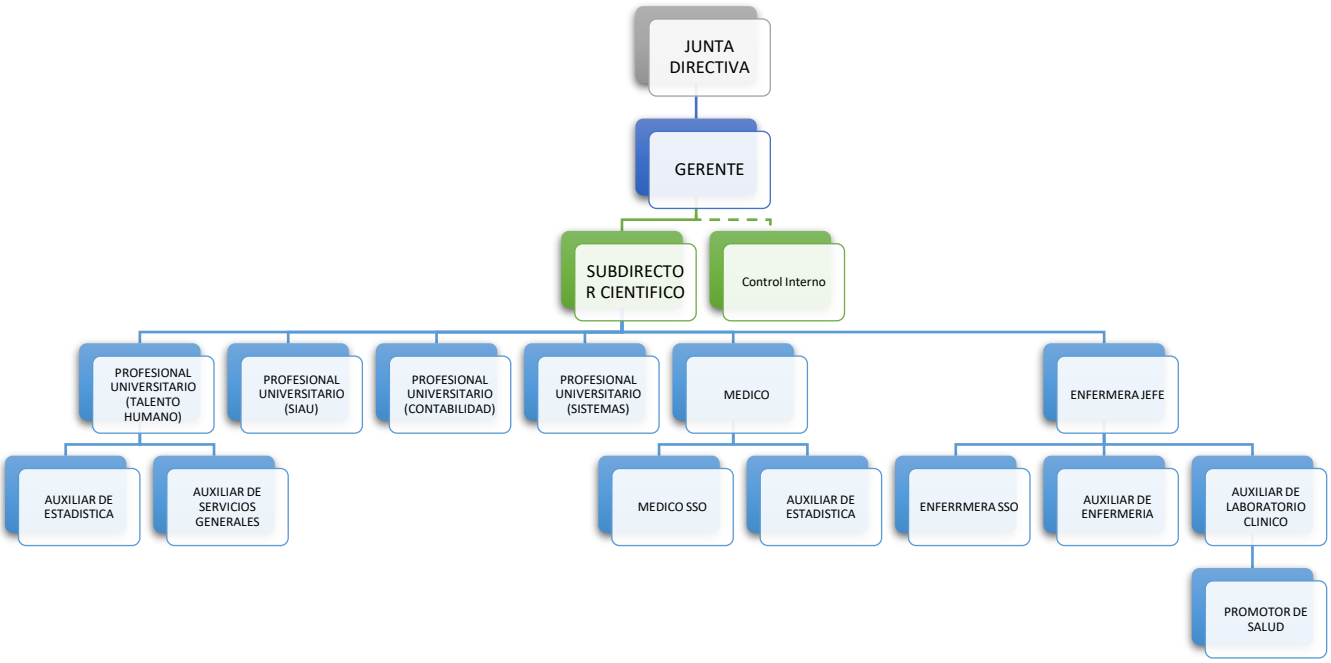
La ESE hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES expresa su compromiso de garantizar a nuestros usuarios servicios de salud, con estándares de calidad y de excelencia; igualmente a usar nuestros recursos de forma eficiente y a proteger el medio ambiente; a actuar con base a nuestros principios y valores corporativos y a convertir en nuestro horizonte la búsqueda de la satisfacción de nuestros usuarios.

6.11. POLÍTICA DE SEGURIDAD

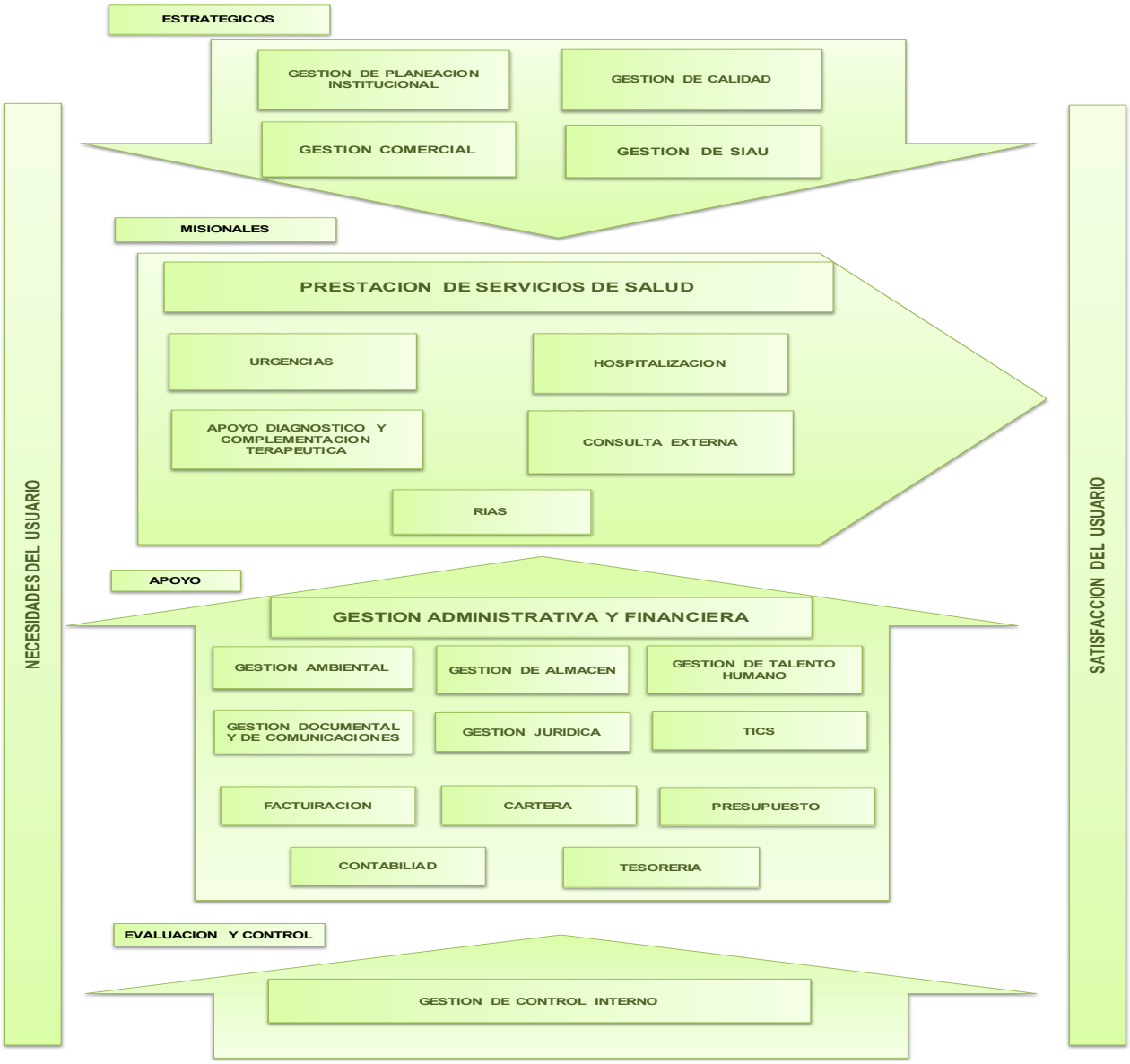
La ESE hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES se compromete a la aplicación de guías y/o protocolos de la medicina basada en la evidencia y al desarrollo de mecanismos que permitan crear la cultura de seguridad en el talento humano que interviene en los procesos asistenciales, administrativos, además, estimulará la captura de los eventos adversos que se generan o se pueden generar en la prestación del servicio, para luego investigar las causas de su ocurrencia y con base en este diagnóstico diseñar estrategias que permitan minimizar los riesgos derivados de la prestación del servicio.

Las estrategias que se desarrollaran se basan en el desarrollo de sistemas de información, monitoreo de indicadores, seguridad en la infraestructura física, tecnovigilancia de equipos médicos y dispositivos médicos, farmacovigilancia, direccionamiento-estratégico, desarrollando una cultura de procesos, procedimientos, auditoria y seguimiento.

6.12. ESTRUCTURA ORGÁNICA GENERAL DE LA ESE



6.13. MAPA DE PROCESOS



El Mapa de procesos del HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES ESE, además de crearse para dar cumplimiento a la normatividad, se rediseñó pensando en una nueva forma de alcanzar resultados, estableciendo un modelo por procesos que permita a la Entidad y colaboradores, alinear sus actividades en una sola dirección, de manera que estén orientadas a brindar productos y servicios de calidad y lograr la satisfacción de nuestros partes interesadas, en cumplimiento de la misión, visión y objetivos trazados por la administración.

- **Macroproceso Estratégico está compuesto por los procesos de:**
    - Gestión de Planeación Institucional
    - Gestión Comercial
    - Gestión de Calidad
    - Gestión de Sistema de Atención al Usuario
- **Macroproceso Misional está compuesto por los procesos de:**
    - Prestación de servicios de salud
        - Urgencias
        - Hospitalización
        - Consulta Externa
        - RIAS
        - Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.
- **Macroproceso de Apoyo está compuesto por los procesos de:**
    - Gestión Administrativa y Financiera
        - Facturación
        - Cartera
        - Presupuesto

- Contabilidad
- Tesorería
- Gestión Ambiental
- Gestión de Almacén
- Gestión de Talento Humano
- Gestión Documental y de comunicaciones
- Gestión Jurídica.
- TICS

7. MARCO LEGAL (Normatividad)

Resolución 2181 del 2008: por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud para las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público.

Decreto 903 del 2014: Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación.

Resolución 2082 del 2014: Por el cual se dictan disposiciones para la operatividad Sistema Único de Acreditación en Salud.

Decreto 780 de 2016, Parte 5, titulo 1, capitulo 4: Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Artículo 2.5.1.4.1hasta 2.5.1.4.9. Documento técnico: Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud.

Resolución 1328 del 2021: Por medio del cual se modifica el artículo 1 de la Resolución 5095 del 2018, en el sentido de adoptar los “Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad.

Lista de chequeo del programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la calidad Herramientas: Guías básicas para la auditoria en el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).

8. MARCO CONCEPTUAL

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendido como "el 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". (Decreto 780 del 2016. Artículo 2.5.1.1 Definiciones). Este proceso tiene prolongados antecedentes en nuestro país, por lo que se debería entender como una herramienta de gestión de la calidad en la cual los implicados deben conocer los elementos básicos que la caracterizan, así como saber utilizar las metodologías e instrumentos propuestos adaptándolos de manera responsable y creativa a su institución.

La calidad de los servicios de salud: La prestación de servicios de salud está sujeta a ser calificada en cuanto a su calidad tanto por los clientes externos como internos. Dentro de los conceptos predominantes actualmente de calidad en salud, está aquel que refleja la efectiva acción de la atención en salud y la satisfacción del usuario, en un equilibrio de costo efectividad. En Colombia se han establecido parámetros de calidad en salud, basados en características generales como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

La calidad de los servicios de salud depende de un sistema conformado por tres elementos interdependientes entre sí que son:

a) La Estructura (los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros que se necesitan para suministrar atención médica).

b) El proceso (las actividades que ocurren entre profesionales de la salud y pacientes, ejemplo: el examen médico), y

c) El resultado (cambios en el estado de salud que puedan atribuirse a la atención recibida, incluyendo la satisfacción del paciente).

Sobre estos tres componentes del sistema de servicios de salud, es que se establecen las pruebas para evaluar la calidad. (Indicadores trazadores, encuestas de satisfacción y otros).

Por otro lado, el contexto en el cual se desarrolla la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la Atención en salud está caracterizado por los siguientes elementos conceptuales.

ATENCION EN SALUD: 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 de las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD: 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; entendiéndose como nivel profesional óptimo la interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso orientados a la obtención de un resultado.

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD: Proceso de autocontrol, centrado en el Usuario y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos usuarios.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL CLIENTE: Coordinación y articulación de todas las actividades centradas en la atención del usuario, así mismo, la entrega del servicio debe ser planeada e integral, incorporando las necesidades del paciente y su familia en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Los sistemas de atención en salud son de alto riesgo, por lo tanto deben analizarse permanentemente tanto de manera

retrospectiva como de manera proactiva, cuales son las fases en los procesos de atención en las cuales se podrían presentar fallas para prevenirlas de manera sistemática a través del establecimiento de barreras para garantizar la seguridad de los usuarios.

BENEFICIOS: reflejados en ganancias económicas, por mayores ventas y/o aumento en los márgenes de rentabilidad; así mismo, mantiene o mejora la imagen o reputación. La calidad también se mejora en aras de cumplir con una responsabilidad por representar los intereses del paciente.

Tipos de acciones de auditoría: Para que el modelo opere en los niveles esperados y con el enfoque deseado, se deben promover en la organización acciones que permitan establecer los mecanismos necesarios que fortalezcan la cultura del mejoramiento continuo y la del autocontrol.

El primer nivel corresponde al autocontrol, el segundo nivel a la auditoría interna y el tercer nivel a la auditoría externa.

En relación con la auditoría interna, la norma reconoce tres tipos de acciones de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud de acuerdo con la parte del ciclo de mejoramiento de la gestión de los procesos en que actúan, y son:

ACCIONES PREVENTIVAS: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

ACCIONES DE SEGUIMIENTO: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

ACCIONES COYUNTURALES: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria que deben realizar las personas y la Institución retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos

adversos durante los procesos de atención de la salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientada a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su ocurrencia.

La auditoría externa, "Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la Institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de la auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden"

9. METODOLOGIA

El PAMEC vigencia 2025 en la E.S.E HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES, se desarrolla Siguiendo las recomendaciones y las indicaciones de las pautas y guías para implementar el programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, del Ministerio de la Protección Social y los pasos de la Ruta Crítica para el desarrollo el Mejoramiento de la calidad Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud.

9.1. DESARROLLO DE LA RUTA CRITICA



Previo al desarrollo de los pasos de la ruta crítica, se van a realizar una serie de Actividades como son:

- Realizar un Cronograma de trabajo, que permita determinar tiempos, actividades y objetivos a lograr en la autoevaluación.

- Sensibilización, de los del talento humano de la ESE en el proceso que se va a iniciar, esta etapa consiste en brindar conocimiento, crear conciencia y compromiso de los funcionarios con respecto a la implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud en todos sus componentes; se desarrollaran por lo tanto acciones basadas en el Programa de Fortalecimiento de la Cultura del auto control.

- Organizar los equipos de autoevaluación de los Estándares de Acreditación. Estos equipos van a estar conformados máximo por cinco personas y serán liderados por cada uno de los integrantes del equipo PAMEC, lo cual Permite establecer responsabilidades y dirección.

9.1.1. AUTOEVALUACION

Como sabemos la autoevaluación frente a los estándares de acreditación en salud incluye la verificación de los contenidos Asistenciales, de Direccionamiento, de Gerencia, de Gerencia del talento humano, de Gerencia del ambiente físico, de Gestión de la tecnología, de Gerencia de la información, y de Mejoramiento de la calidad.

El equipo de Pamec de la ESE están definidos por grupos de estándares de acreditación. Cada uno de estos equipos de los estándares de acreditación será dirigido por los integrantes del Equipo gerencial de PAMEC.

El proceso de auto evaluación, será más productivo para las instituciones en la medida que sea realizado por un porcentaje importante del talento humano de la ESE, como es el caso de los comités, dónde los equipos tienen una mezcla de niveles organizacionales, disciplinas y momentos diferentes de la atención, Lo importante en todo caso es que haya representatividad de los diferentes miembros de la organización.

Estos equipos de autoevaluación y mejoramiento de los estándares de acreditación en la ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES del Municipio de La Jagua de Ibirico Cesar, van a estar liderados por los integrantes del equipo PAMEC y del auditor de calidad, que tendrán las siguientes funciones:

- Fomentar el desarrollo de una cultura de calidad y mejoramiento continuo al interior de la organización.

- Identificar las fortalezas y oportunidades de mejoramiento para cada uno de los estándares evaluados.

- Definir la escala numérica que muestre el grado de desarrollo institucional, como parte de la evaluación cuantitativa.

- Desarrollar conjuntamente con los facilitadores el proceso de priorización de estándares y oportunidades de mejoramiento encontrados.
- Planear soluciones viables para la implementación de planes de mejoramiento que permitan cerrar las brechas en el desempeño.

- Apoyar en la definición de indicadores que permitan medir la calidad deseada.

- Desarrollar las acciones de mejoramiento que estén a su cargo.

- Desplegar las acciones de mejoramiento implementadas entre su equipo de trabajo y demás compañeros.

Los equipos de autoevaluación y mejoramiento quedaron conformados de la siguiente manera y frente a dimensiones de MIPG y grupo de estándares de la resolución 5095 y la resolución 1328 del 2021.

9.1.1.1. Conformación de los equipos de autoevaluación y equipo líder de la ruta crítica de PAMEC

ESTANDARES DEL GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL

GRUPO N° 1 ESTANDARES DEL 1 AL 6			
DERECHOS DE LOS PACIENTES, SEGURIDAD DEL PACIENTE, ACCESO, REGISTRO E INGRESO			
Coordinador SIAU	Subdirector Científico	Coordinador medico	Auditor

GRUPO N° 2 ESTANDARES DEL 7 AL 17			
EVALUACION DE LAS NECESIDADES AL INGRESO Y PLANEACION DE LA ATENCION, EJECUCION DEL TRATAMIENTO, EVALUACION DE LA ATENCION.			
Coordinador de	Regente	Subdirector Científico	Coordinadora PYMS

PYMS			

GRUPO N° 3 ESTANDARES DEL 18 AL 27			
SALIDA Y SEGUIMIENTO-REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA-SEDES INTEGRADAS			
Coordinador de Facturación	Líder de calidad	Subdirector Científico	Coordinador de Urgencias.

ESTANDARES DEL GRUPO DE APOYO

GRUPO N° 4 ESTANDAR DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIA, Y GERENCIA DEL TALENTO HUMANO, Y GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO (DEL 28 AL 43)			
Jefe de Talento Humano	Gerencia	Líder de Gestión Ambiental	Líder de seguridad y salud en el trabajo

GRUPO N° 5 GESTION DE LA TECNOLOGIA, GERENCIA DE LA INFORMACION Y MEJORAMIENTO D LA CALIDAD ESTANDAR DEL 44 AL 52			
Ingeniero Biomédic	Ingeniero de Sistemas	Jefe de farmacia y/p Almacén	Auditor

Papel que sus líderes responsables de estándares tienen en la implementación de la ruta crítica.

Preparar la logística de la reunión de autoevaluación que incluya, ayudas audiovisuales, ayudas didácticas, formatos, memorias. Organización de Los Papeles de Trabajo Para la autoevaluación.

Definir las funciones de los equipos de mejoramiento, para dar claridad del Papel que sus integrantes tienen en la implementación de la ruta crítica.

9.1.1.1. Cronograma para la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud "PAMEC" 2025.

Se realizo la concertación y socialización del cronograma para la formulación de la ruta crítica del PAMEC.

VER ANEXO No 1

9.1.1.2. DESARROLLO DE LA AUTOEVALUACION

La autoevaluación es la fase del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), en la cual mediante los equipos de autoevaluación de la ESE que se definieron por grupos de estándares de acreditación, se identifican las fortalezas y las oportunidades de mejora de estos y a que proceso de la institución afectan o están relacionados.

El referente para la autoevaluación son los estándares de acreditación definidos en la Resolución 1328 del 2021 o norma que los modifique o sustituya PARA INSTITUCIONES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS y DE BAJA COMPLEJIDAD, los cuales corresponden a grupo de estándares Asistenciales, de direccionamiento, de gerencia, de gerencia del Talento Humano, de Gerencia de la Información, de Gerencia del Ambiente Físico, de Gestión de la Tecnología y los de mejoramiento de la Calidad.

Con base en los estándares mencionados anteriormente, la institución, ha diseñado el siguiente instrumento para llevar a cabo la autoevaluación:

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.

Las dimensiones y variables son las siguientes:

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.

CALIFICACIÓN CUANTITATIVA (Tomado de la Resolución 2082 de 2014).

DIMENSIONES.

ENFOQUE: Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.

Variables de enfoque.

Sistematicidad: Grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.

Amplitud: Grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del estándar.

Pro actividad: Grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad.

Ciclo de evaluación y mejoramiento: Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.

IMPLEMENTACIÓN: Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución.

Variables de implementación:

Despliegue en la institución: Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización.

Despliegue hacia el usuario. Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar.

RESULTADOS: Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.

Variables de resultados

Pertinencia: Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área temática correspondiente al estándar evaluado y alcanzan los objetivos y metas propuestas.

Consistencia: Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.

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 área temática correspondiente al estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos.

Tendencia: Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.

Comparación: Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos.
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, multiplicando este valor por el factor de corrección definido y si es necesario se aproxima al número entero más cercano. 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 grupos de estándares y se dividen por el número de grupos y ese sería el valor global de calificación

de la Entidad. Otra forma es realizar el mismo ejercicio por estándares y por grupo de estándares y luego el global, pero sacando el promedio con la formula en Excel.

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 pasar al siguiente paso.

Esta autoevaluación se debe realizar cada que se va a empezar un nuevo ciclo de mejoramiento, eso sí, siempre y cuando se haya realizado y cerrado todo un ciclo anterior

Esta autoevaluación forma parte del presento documento como Anexo de Autoevaluación estándares de acreditación Resolución 1328 del 2021.

Para la autoevaluación cuantitativa se adopta la Hoja Radar para consolidar Resultados de Autoevaluación la cual se consolida así:
Se puede hacer la suma por promedio Se define que los resultados finales se realicen según el promedio.

La implementación del Sistema Único de Acreditación – SUA, una vez cerrada la vigencia arrojo una calificación de **(1,5)** para la vigencia 2025 (Se anexan cuadros resumen de calificación de autoevaluación SUA).

RESULTADOS DE LA CALIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN 2025

CALIFICACIÓN														
ESTANDARES	% CUMPLIMIENTO POR ESTANDAR	ENFOQUE				IMPLEMENTACIÓN			RESULTADOS					
		Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	PROMEDIO	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	PROMEDIO	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	PROMEDIO
CLIENTE ASISTENCIAL	1,8	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9	1,9	1,8	1,7	1,6	1,6	1,7
DIRECCIONAMIENTO	1,8	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,6	1,8	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
GERENCIA	1,6	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,17	1,17	1,17	1,17	1,33	1,20
TALENTO HUMANO	1,5	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
AMBIENTE FÍSICO	1,5	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,33	1,67	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,20
TECNOLOGÍA	1,4	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
INFORMACIÓN	1,2	1,67	1,67	1,67	1,67	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
CALIDAD	1,5	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
PROMEDIO	**1,2**	**PROMEDIO**			**1,96**	**PROMEDIO**		**1,73**	**PROMEDIO**					**1,21**

Grupo de Estándares	Autoevaluación 2025		
	No de estándares por grupo	Estándares evaluados	Calificación Promedio
Asistenciales	27	27	1,8
Direccionamiento	5	5	1,8
Gerenciales	6	6	1,6
Gerencia del Talento Humano	2	2	1,5
Gerencia del Ambiente Físico	3	3	1,5
Gestión de Tecnología	2	2	1,4
Gerencia de la Información	3	3	1,2
Mejoramiento de la Calidad	5	5	1,5
Calificación de la vigencia 2022	**54**	**54**	**1,5**

Según lo evidenciado en el cuadro anterior se puede evidencia que el resultado de la calificación final de autoevaluación es de (1,5) para la vigencia 2025

VER ANEXO No 2. AUTOEVALUACION.

9.1.2. SELECCIÓN DE PROCESOS

Una vez identificadas las oportunidades de mejora durante la auto evaluación, el equipo de la institución apoyado por el líder o el equipo PAMEC, de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, deben identificar a que procesos pertenecen O ESTAN AFECTANDO esas oportunidades de mejora.

La selección de procesos se realiza identificando cada uno de los procesos en los cuales hay oportunidad de mejora según la autoevaluación

La selección de procesos tiene como propósito Identificar los procesos prioritarios de la institución que Requieren mejoramiento para cumplir los estándares de acreditación.

Los pasos para la selección de procesos a mejorar son:

- Presentación general del informe de auto evaluación a todo el personal de la ESE.
- Entregar 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.
- Dejar constancia del trabajo realizado.

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

ITEM	ESTANDAR	No DE ESTANDARES EVALUADOS	PROCESOS SELECCIONADOS
1	CLIENTE ASISTENCIAL	27	7
2	DIRECCIONAMIENTO	5	2
3	GERENCIA	6	1
4	TALENTO HUMANO	2	0
5	AMBIENTE FÍSICO	3	1
6	TECNOLOGÍA	2	0
7	INFORMACIÓN	3	0
8	MEJORAMIENTO	5	1
TOTAL		**54**	12

Como se observa en el cuadro anterior para la vigencia 2024, se analiza la autoevaluación de los 8 Grupos de Estándares identificando todos los procesos a partir de las oportunidades de mejoramiento,

Se realiza la selección (7) procesos del grupo Cliente Asistencial, (2) en el grupo de Direccionamiento, (0) en el grupo de Gerencia, (1) en el grupo de Gerencia del Talento Humano, (0) en el grupo de Gerencia de Ambiente Físico, (1) en el grupo de Gestión de la Tecnología, (0) en el grupo de Gerencia de la Información, y (1) en el grupo de Mejoramiento.

Con lo anterior se da por evaluado el segundo paso de la Ruta Crítica (Selección de Procesos a Mejorar) del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud del Hospital Jorge Isaac Rincón Torres de la vigencia 2025 proyectado por el equipo líder de PAMEC.

VER ANEXO No 3 SELECCIÓN DE PROCESOS

9.1.3. PRIORIZACION DE PROCESOS DE MEJORA

En acreditación se priorizan oportunidades de mejora, el inventario de las oportunidades objeto de mejoramiento puede resultar extenso, ¿la pregunta que se debe responder el equipo y la institución es podemos mejorarlas todas ahora?

Si la respuesta es sí, no se requiere realizar el ejercicio de priorización; si por el contrario la respuesta es no, lo cual parece normalmente ser la respuesta más adecuada, dado que para implementar los siguientes pasos de la ruta crítica se requiere de esfuerzos importantes, los recursos organizacionales son limitados, la pregunta a responder es por donde iniciar, es ahí donde tiene valor el realizar un ejercicio de priorización, donde tengo en cuenta los siguientes aspectos:

Criterios de priorización de las oportunidades de mejora para el PAMEC.

La priorización se realizó utilizando la herramienta o matriz según el análisis de las variables de riesgo, volumen y costo.

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.

Volumen: Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

Costo: Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.

Criterios para aplicar la Matriz de Priorización

RIESGO	CRITERIO	VOLUMEN	CRITERIO	COSTO	CRITERO
No presenta ningún riesgo para los usuarios, trabajadores o la institución	1 ò 2	Si la ejecución del mejoramiento no tendrá una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuario internos o	1 ò 2	Si al no realizarse el mejoramiento no se afecta o se afecta levemente las finanzas y la imagen de la	1 ò 2

		externos, o el impacto es leve		institución	
Representa un riesgo mínimo para los usuarios, trabajadores o la institución	3	Si la ejecución del mejoramiento no tendrá una cobertura o alcance Leve en la institución o en los usuario internos o externos, o el impacto es leve	3	Si al no realizarse el mejoramiento se afecta moderadamente las finanzas y la imagen de la institución	3
Representa un alto riesgo para los usuarios, trabajadores o la institución	4 ò 5	Si la ejecución del mejoramiento no tendrá una cobertura o alcance Amplio en la institución o en los usuario internos o externos, o el impacto es leve	4 ò 5	Si al no realizarse el mejoramiento se afecta notablemente las finanzas y la imagen de la institución	4 ò 5

Para cada grupo de estándares se deben priorizaron las oportunidades de mejoramiento con las más altas calificaciones.

Para realizar la priorización de procesos el equipo líder de Pamec aplico la matriz de priorización a cada oportunidad de mejoramiento y proceso.

Las oportunidades de mejoramiento priorizadas las cuales se encuentran con un puntaje mayor a 100 son a las que se harían acciones de mejoramiento (PAMEC).

Se revisan las oportunidades de mejora de cada estándar y no se prioriza el estándar completo, sino que se prioriza cada oportunidad de mejora del estándar.

Para cada grupo de estándares se debe priorizar las oportunidades de mejora con las más altas calificaciones.

En la priorización que se va a realizar en este ciclo, solo vamos a trabajar con las Oportunidades de mejora que la calificación de 125, pero en general se considerarían de mejoramiento crítico las oportunidades de mejora con calificaciones superiores a 100 puntos. Con el fin de visualizar la priorización se configura la matriz con semáforo, así de 1 a 40 puntos verde. De 41 a 100 amarillo y de 101 a 123 azul.

Este número no se debe tomar como el número a priorizar, es simplemente una guía, la Directriz es escoger las más altas calificaciones, no solo las que obtuvieron 125 puntos.

Se sombrea con rojo las filas que resultaron ser las oportunidades de mejora priorizadas y son esas oportunidades de mejora únicamente las que se llevan al formato del plan de mejoramiento, las oportunidades de mejora que no quedaron priorizadas pueden esperar a ser intervenidas ya que no son las más críticas.

RIESGO X COSTO X VOLUMEN = TOTAL PUNTAJE DE PRIORIDAD

PRIORIDAD	PUNTAJE
BAJA	ENTRE 1 A 40 PUNTOS
MEDIA	ENTRE 41 A 100 PUNTOS
ALTA	ENTRE 101 A 125 PUNTOS

Formato de diligenciamiento de priorización de oportunidades de mejora:

No ESTÁNDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL

Oportunidades de mejora priorizadas:

GRUPO DE ESTANDARES	OPOTUNIDADES DE MEJORA	OPOTUNIDADES PRIORIZADAS
PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	38	11
DIRECCIONAMIENTO	05	02
GERENCIA	06	01
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	02	0
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	04	04
GESTION DE LA TECNOLOGIA	02	0
GERENCIA DE LA INFORMACION	03	0
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	05	01
TOTAL	**65**	**19**

GRUPO DE ESTANDARES	Numero de Estándares	Total, de Estándares	Priorizados por encima de 100	%
Grupo de estándares del proceso de atención al Cliente Asistencial	1 al 27	27	11	**58%**
Grupo de estándares de Direccionamiento	28 al 32	5	2	**10%**
Grupo de estándares de Gerencia	33 al 38	6	1	**5,5%**
Grupo de estándares de gerencia del Talento Humano	39 al 40	02	0	**0%**
Grupo de estándares de gerencia del Ambiente Físico	41 al 43	03	4	**21%**
Grupo de estándares de Gestión de Tecnología	44 al 45	02	00	**0%**
Grupo de estándares de Gerencia de la Información	46 al 49	04	0	**0%**
Grupo de estándares de mejoramiento de la Calidad	50 al 54	05	01	**5,5%**
TOTAL	**1 al 54**	**54**	**19**	**100%**

Para la Vigencia 2025 selección doce (12) Estándares de acreditación de los (54) establecidos por la Resolución 1328 del 2021

Para la vigencia 2025 se describieron sesenta y cinco (65) oportunidades de mejora; vigencia 2025, de las cuales diecinueve (19) de ellas fueron priorizadas.

Los procesos priorizados son aquellos de mayor criticidad por lo cual se tomaron aquellos que obtuvieron una calificación mayor a 100.

VER ANEXO No 4 PRIORIZACION DE PROCESOS

9.1.4. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA

Definir el nivel de calidad esperada significa establecer la meta a alcanzar y la forma Como se espera o se quiere que se realicen los procesos en la ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR, y los instrumentos a utilizar para monitorear y hacer seguimiento a los resultados.

La ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR definió, que su calidad esperada son los Estándares del sistema único de acreditación de la resolución 1328 del 2021 y las actividades de los procesos priorizados, para definir esta calidad esperada la ESE, se realiza o se saca unos indicadores, a través de los cuales se establecen metas, estos indicadores a su vez son la herramienta atreves de los cuales la ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR, va a monitorear la calidad esperada.

Significa establecer la forma como se espera que se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías, estándares del sistema único de acreditación), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos.

A estos indicadores se les va a hacer una ficha técnica, vamos a utilizar los indicadores del sistema de información para la calidad, que son de reporte obligatorio y los de las acciones priorizadas en los diferentes grupos.

Significa establecer la forma como se espera que se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías, estándares del sistema único de acreditación), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos.

La ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR, define la calidad esperada como la meta deseada en la calificación de cada uno de los criterios propuestos de los estándares de acreditación evaluados y priorizados, apoyado con la medición sistemática y continua de los resultados obtenidos en los indicadores del Sistema de Información para la calidad en la ESE, ya que es evidente que esta planificación está enfocada a la mejora continua de la calidad técnico científica que impacte positivamente en la salud de sus usuarios y población en general con el menor riesgo posible.

Para definir en el PAMEC vigencia 2025, la calidad esperada está definida por los estándares de acreditación correspondiente a los procesos prioritarios. Para garantizar la mejora continua se espera logar el cumplimiento del 90% de las acciones implementadas.

Los indicadores permiten evaluar como la organización avanza de manera firme hacia el logro del objetivo del estándar, dentro de estos indicadores se establecen las metas que se convierten en referentes a alcanzar la calidad esperada.

Se va realizar una auditoría de las actividades priorizadas y de esta manera se va a determinar el porcentaje de la medición inicial observada frente a la esperada, llevándola al porcentaje de cumplimiento según la oportunidad de mejora.

A continuación, se ilustra el comportamiento de la Matriz de Indicadores de Calidad Esperada como anexo adjunto a esté informe

La ESE* HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR *estableció (23) indicadores los cuales permitirán evaluar el cumplimiento de las oportunidades de mejoramiento.

VER ANEXO No 5 CALIDAD ESPERADA

9.1.5. MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS PRIORIZADOS-CALIDAD OBSERVADA.

En la ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA

JAGUA DE IBIRICO - CESAR partimos de la siguiente premisa:

- Si no puede medir lo que hace, no puede controlarlo
- Si no puede controlarlo no puede dirigirlo
- Si no puede dirigirlo, no puede mejorarlo.

Las medidas son el punto donde comienza el mejoramiento, porque permiten conocer cuáles son las metas.

Esta etapa de medición inicial del desempeño de los procesos priorizados tiene como objetivo desarrollar un mecanismo que permita a la ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR medir la calidad que se tiene en este momento, es decir la medición de la calidad observada, y el nivel de desempeño de los procesos que se tienen en la ESE actualmente, para identificar la brecha.

En la ESE vamos a hacer medición mediante:

- Seguimiento de indicadores
- Documentación y aplicación del procedimiento de auditoria
- Seguimiento al plan para las oportunidades de mejora

Al momento de las mediciones se va a analizar los resultados de los indicadores, comparándolos con las metas establecidas, y utilizaremos el resultado de los análisis para la toma de decisiones.

En este paso definimos entonces la calidad observada, lo que vamos a utilizar y lo que vamos a monitorear, dando soluciones correctivas en tiempo real y estableciendo los canales de comunicación entre el responsable de los resultados y el equipo de trabajo.

La frecuencia de las mediciones se realiza de acuerdo a lo establecido en cada una de las fichas de los Indicadores.

El auditor y/o líder de calidad realizara el ejercicio de auditoria interna; teniendo en cuenta los dos niveles de operación de la Auditoria para el Mejoramiento Continua

de la Calidad pertinente para el cumplimiento de los indicadores establecidos para la calidad esperada.

En la calidad observada también se incluyen la medición de los indicadores definidos en la calidad esperada, estableciendo también la brecha con los resultados.

Diseñar los papeles de trabajo, los formatos de registros que se requieren para consignar la información que se pretende obtener

QUE	QUIEN	CUANDO	PORQUE	COMO
Instrumentos que permiten registrar lo observado durante el proceso e auditoria que permita reportar resultados y obtener conclusiones	Líder y equipo de auditoria	Una vez se diligencie el plan de auditoria se procederá a diseñar o rediseñar los instrumentos.	Permite al equipo auditor tener una guía estandarizada para la recolección de información dentro del desarrollo de la auditoria	Se debe considerar: Procesos y/o procedimientos a auditar Los documentos y registros que se utilizan Los criterios de la auditoria Rediseñar instrumentos anteriores

La realización de procedimientos de auditoría de la calidad requiere el diseño de instrumentos para la captura, el registro y la consolidación de la información, que se conocen regularmente como formatos de registro. De igual forma, es muy importante teneren cuenta que el diseño apropiado de formatos de registro implica la realización de pruebaspiloto de dichos formatos, de manera tal que se permita evaluar la adecuación de ellos a las necesidades del proceso de obtención de información y realizar los ajustes requeridos.

Hacer cronograma para controlar la ejecución de la auditoría.

QUE	QUIEN	CUANDO	PORQUE	COMO
Diseñar un formato que contenga fecha programada, lugar, duración y responsable.	Líder de auditoria	Simultaneo a la elaboración del plan de auditoria	Permite definir tiempos y responsables para la ejecución de la auditoria	Teniendo en cuenta: Periodo a evaluar Disponibilidad del personal auditado Disponibilidad y perfil del equipo auditor Recursos y logística

				disponibles

La medición inicial de los estándares priorizados permite obtener la calidad observada, la cual nos mostrará la práctica actual en los procesos de la organización y así poder identificar la brecha existente entre lo esperado y lo observado.

Frente al cumplimiento de los objetivos de los procedimientos que conforman el programa de auditoría sobre los procesos prioritarios de los resultados esperados en la implementación del programa y del mejoramiento de los resultados de los procesos objeto de mejoramiento en la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres existe un mecanismo para hacer el seguimiento al programa, monitoreo que es responsabilidad del nivel gerencial de la institución con el fin de establecer la brecha entre la calidad observada y la esperada a fin de iniciar el mejoramiento continuo frente a las metas establecidas.

En esta etapa de medición del desempeño de los procesos priorizados se, adelantaran las siguientes acciones:

✓ Revisión del resultado de los procesos priorizados con base en los Indicadores medidos por la institución, socializados y reportados, conforme a las metas alcanzadas en los procesos priorizados antes de su intervención.

✓ El dato alcanzado en el proceso de autoevaluación para la vigencia, el cual arroja la calidad observada frente a los requisitos del estándar y la fortaleza evidenciada.

✓ La identificación de nuevos indicadores para definir línea base.

✓ Se programa 2 auditorías para verificar las actividades priorizadas y de esta manera se determina el porcentaje de la medición inicial observada frente a la esperada, llevándola al porcentaje de cumplimiento según la oportunidad de mejora.

Para el proceso de análisis de los resultados de los indicadores y metas se tomará los resultados institucionales que reposan en los archivos de diferentes áreas y servicios con corte a 30 de julio de 2025. Por el Profesional responsable del PAMEC en la Institución apoyado con el líder y grupo de trabajo del proceso priorizado.

Una vez establecida la Medición inicial del desempeño del proceso para cada proceso priorizado se comparará con la calidad esperada del mismo, para establecer la brecha que facilitará la construcción de los Planes de Mejoramiento de acuerdo con las oportunidades de mejora propuestas por los grupos de autoevaluación y se vuelve a hacer otra auditoria de seguimiento para observar cómo va el avance de las actividades priorizadas.

A continuación, se ilustra el comportamiento de la Matriz de la Calidad Observada.

VER ANEXO No 6 MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO

9.1.6. FORMULACION DEL PLAN DE ACCION O MEJORAMIENTO DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

El plan de acción es el mecanismo mediante el cual la entidad actuará sobre las oportunidades de mejora, interviniendo las causas de la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada.

El plan de acción debe ser el producto del análisis realizado por los líderes de procesos y el comité de calidad, incluidos los directivos, concertando las acciones que apunten a las causas principales de incumplimientos.

La E.S.E. HOSPITAL ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR, definirá cómo va a elaborar el plan de mejora o de acción de acuerdo con los hallazgos encontrados durante la auditoría y/o medición del desempeño.

Como es bien sabido para formular un plan de mejoramiento se pueden utilizar varias Metodologías como: Diagrama de afinidades, Diagrama de Pareto, Diagrama de Ishikawa, Método de Análisis Causal y solución de Problemas, etc.

En la ESE ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR, se aplicará la metodología definida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social teniendo claridad que al finalizar la formulación de éste, se llevará a cabo la entrega formal a cada responsable de su ejecución haciendo claridad en las fechas límites de cumplimiento y fechas de seguimiento a éste, según la programación del el Plan de Auditorías Internas.

Para las vigencias 2025 La ejecución del plan de mejoramiento será llevada a cabo por parte de cada uno de los responsables asignados, en las fechas establecidas en éste, así mismo será verificado el cumplimiento de su ejecución siguiendo estrictamente la programación planeada en el cronograma del plan de auditorías internas de la institución.

Siguiendo la ruta de la auditoria para el mejoramiento de la calidad en los procesos auditados y con la aplicación de las herramientas estadísticas básicas, se establecen las acciones de mejora a emprender siguiendo el ciclo PHVA, identificando los responsables de su desarrollo, los recursos requeridos y las fechas previstas para el desarrollo de la acción, así como la responsabilidad del seguimiento, de acuerdo los criterios del Plan de Mejoramiento establecido.

Cuando los líderes de las unidades funcionales requieran ampliar más las acciones de mejoramiento, o el seguimiento demuestre que el plan no ha sido efectivo, se deberá utilizar el formato de evaluación y seguimiento diseñado.

- Identificar el nombre del Grupo de estándares de Acreditación al cual corresponde el Plan de mejoramiento.
- El estándar de la acreditación que corresponde a la oportunidad de mejora priorizada
- Registrar la oportunidad de mejora que ha sido priorizada
- Identificar y registrar las acciones de mejoramiento con las cuales pretende cumplir o hacer realidad la oportunidad de mejora.
- Para cada oportunidad de mejora pueden identificarse varias acciones de mejora. Recuerde que una acción de mejora es una tarea puntual, muy operativa que indique el paso que debe darse para cumplir con la oportunidad de mejora.
- Para cada acción de mejora se debe identificar el proceso responsable de que la acción se cumpla.
- Para cada acción de mejora se debe identificar con cargo y/o nombre de la persona responsable de la ejecución de la acción de mejora.

Se establecieron veintitrés (23) acciones de mejoramiento

El Plan de acción del PAMEC, se realizará teniendo en cuenta los siguientes ítems:

- Oportunidad de mejora: Se registra la oportunidad de mejora priorizada, producto de la autoevaluación cualitativa de acreditación o de las diferentes fuentes contenidas en el Modelo de mejoramiento de la Empresa
  - Causa raíz: Se registra para el caso de oportunidad de mejora como N.A
  - Que hacer: Se registra el que hacer, de acuerdo a la oportunidad de mejora definida.
  - Como hacerlo: Se registra en ciclo PHVA, las actividades para dar cumplimiento a la oportunidad de mejora definida.
  - En tipo de acción: Cuando se trate de una oportunidad de mejora, se coloca como Acciónde mejora.
  - En fuente: Se registra teniendo en cuenta las diferentes fuentes contenidas en el Modelode mejoramiento de la Empresa.
  - En proceso: Se registra el proceso o los procesos que se pretende mejorar de acuerdo al mapa de procesos de la Empresa y de las oportunidades de mejora priorizadas.
  - Responsable de ejecutar la acción: Se registrará el o los responsables de realizar las acciones de mejoramiento, contenidas en el “Como hacerlo”.
  - En Cuando, se diligencia mes/año en las columnas fecha de inicio y fecha de fin de cada actividad definida.
  - Que recursos necesita: Se diligencia los recursos físicos, de talento humano o financieros que se requieran para dar cumplimiento a la actividad definida.
  - Medio de verificación: Se registra el documento, que soporte específicamente la actividad a realizar.

De acuerdo a los estándares de Acreditación de Mejoramiento de la Calidad, se deben formular planes de mejora para cada grupo de estándares.

La Formulación del Plan de Acción para el Mejoramiento Continuo de los procesos es el mecanismo mediante el cual la ESE Hospital Eduardo Arredondo Daza actuará sobre las oportunidades de mejora identificadas, interviniendo las causas de la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada.

El plan de acción implementado es el producto del análisis de las oportunidades de mejora identificadas por los equipos de trabajo durante la autoevaluación, a las cuales se les implementarán acciones de mejora que serán estructuradas por el equipo de PAMEC y los líderes de procesos.

El PAMEC de la ESE estará bajo la responsabilidad del talento humano asignado para la ejecución de cada actividad, las cuales tienen un ciclo que cerrara a más tardar 31 de diciembre del presente año.

La E.S.E ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR, definió cómo va a elaborar el plan de mejora o de acción de acuerdo a los hallazgos encontrados y verificados por la auditoría interna que realizo la líder del PAMEC. Como es bien sabido para formular un plan de mejoramiento se pueden utilizar varias Metodologías como: Diagrama de afinidades, Diagrama de Pareto, Diagrama de Ishikawa, Método de Análisis Causal y solución de Problemas, etc. En la E.S.E. Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, se aplicó la metodología 5w1h, teniendo claridad que al finalizar la formulación de éste, se llevará a cabo la entrega formal a cada responsable de su ejecución haciendo claridad en las fechas límites de cumplimiento, según la programación del PAMEC.

Ejecución, una vez realizada la socialización y establecimiento del compromiso por parte de cada uno de los actores implicados en la implementación del plan de acción de mejoramiento se procede a su ejecución de cada una de las actividades planeadas, descritas en el listado adjunto, con los quince (15) Estándares priorizados, metas, responsables de la acción y la respectiva firma donde se evidencia la entrega a cada uno de líderes de procesos.

El PAMEC se encuentra definido por el ciclo PHVA, en donde el plan de acción de mejoramiento constituye la el primer Paso de este ciclo (planear). El paso siguiente, HACER, que consiste en la implementación de este, para ello es importante socializar a cada uno de los actores implicados sobre la metodología a aplicar, para que los planes se cumplan y lleven a las metas deseadas; VERIFICAR es hacer seguimiento

permanente al cumplimiento de las actividades planificadas y ACTUAR que implica implementar acciones correctivas tan pronto sean identificadas.

Cada responsable de las actividades del plan de mejoramiento y del plan de acción se realizará el seguimiento a los compromisos establecidos en dicho plan, con el fin de cumplir con los plazos y metas.

A continuación, se ilustra la Matriz del Plan de Mejoramiento

VER ANEXO No 7. PLAN DE MEJORAMIENTO

9.1.7. EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Después de la socialización y el establecimiento del compromiso implementación del plan de acción se procede a su ejecución.

Los planes de mejoramiento de calidad definidos son el primer paso del ciclo PHVA. El paso siguiente, HACER, consiste en capacitación y entrenamiento de los implicados tanto en el método a aplicar para el conocimiento y análisis de los problemas presentados como en las posibles soluciones planteadas para resolverlos, con el fin de que los diferentes responsables lleven a cabo las actividades definidas de acuerdo con el plan.

Para que los planes se cumplan y lleven a las metas deseadas, es necesario VERIFICAR o hacer seguimiento permanente y ACTUAR correctivamente en tiempo real, es decir, que Tan pronto sea detectado un problema, se identifiquen las causas y se busquen soluciones oportunas.

Cada responsable de las acciones en ejercicio del plan de acción realizará el seguimiento a los compromisos establecidos en dicho plan, con el fin de cumplir con los plazos y metas.

Los planes de mejoramiento se ejecutan en los plazos definidos por cada líder de acuerdo a los lineamientos de calidad, realizando el primer seguimiento con el nivel de autocontrol, posteriormente con el proceso de calidad, seguimientos quincenales y de control interno en auditorías internas.

Se generan actas de reunión de los encuentros de análisis en cada uno de los

procesos y herramientas de mejora como;

Informe de tres generaciones para seguimiento a planes de mejora, la cual es la evidencia del desarrollo de las acciones de mejora. Se socializa en cada reunión del Comité de Calidad avances, dificultades y propuestas de mejoramiento.

Con relación a la ejecución del plan de acción, la ejecución se realizará durante toda la vigencia 2025, planteando las actividades por ciclo PHVA, un responsable y un cronograma de ejecución, con reunión mensual por parte de cada uno de los equipos conformados para la implementación del PAMEC.

El número de acciones de mejoramiento a ejecutarse para el presente año son:

GRUPO DE ESTANDARES	Nº DE ACCIONES
PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	11
DIRECCIONAMIENTO	02
GERENCIA	01
GERENCIA DEL TALENTOHUMANO	0
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	04
GESTION DE LA TECNOLOGIA	0
GERENCIA DE LA INFORMACION	0
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	01
TOTAL	**19**

9.1.8. EVALUACION DEL PLAN DE ACCION O MEJORAMIENTO.

Como elemento del seguimiento es importante evaluar si las acciones que se están Ejecutando están siendo efectivas, evaluar la efectividad del plan, lo cual es posible de observar a través de la medición sistemática de los indicadores propuestos y utilizados en los pasos cuatro y cinco y que se esperaría fueran los mismos de los planes de mejora.

Se hace necesario hacer seguimiento a las acciones que se están ejecutando, para esto se tienen los indicadores previamente establecidos.

Hacer monitoreo periódicamente y los ajustes de acuerdo con los análisis, recordar que los logros no se presentan de manera rápida y sostenida.

Para el seguimiento, el equipo auditor y los directivos contarán con el apoyo de los siguientes comités que acompañan el área de Gestión de Gestión Clínica Asistencial, de Gerencia y del Área Administrativa y financiera.

También participara en este seguimiento en caso de ser requerido el Jefe de control interno o quien haga sus veces en el rol de evaluación y seguimiento.

Cada trimestre se consolidará el seguimiento al plan de mejoramiento con el propósito de orientar las acciones de ajuste en el Comité Coordinador de Calidad y control interno.

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

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

En caso tal que no se haya cerrado la brecha, se priorizan en el próximo ciclo. Cuando se requiera cerrar la brecha por necesidad manifiesta se debe realizar un plan de choque.

Si del seguimiento se producen hallazgos negativos tales como No Conformidades de calidad, incumplimiento de metas o estándares, incumplimiento de acciones de mejoramiento, se procede a implementar de acciones correctivas en tiempo real, es decir, que tan pronto sea detectado un problema, se identifican las causas y se buscan las soluciones oportunas.

Finalmente, el propósito es asegurar el cierre de ciclo mediante un análisis y seguimiento que permita determinar el nivel de efectividad de las acciones desarrolladas en planes de mejoramiento y/o planes de acción.

Esta responsabilidad está a cargo del Líder y/o auditor de Calidad dejando evidencia en los formatos de seguimiento y/o actas de las reuniones.

El seguimiento al plan de mejora de cada uno de los grupos de estándares de acreditación se realizará de manera trimestral de acuerdo al plan de mejora definido,

indicando el resultado de la acción y observaciones a que haya lugar, este se realizará por la Oficina deAuditoría para el mejoramiento de la Calidad.

SEGUIMIENTO				
RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	ESTADO	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES

CUMPLIMIENTO	SEMAFORIZACION
COMPLETO	
EN DESARROLLO	
ATRASADO	
NO INICIADO	

9.1.9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

El aprendizaje organizacional hace relación a la toma de decisiones definitivas, estandarizar los procesos con los cuales se pueda hacer un control periódico y un seguimiento permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada.

En el mes de enero del año 2026, se realizará retroalimentación de los resultados Obtenidos en la vigencia 2025, de los informes de las auditorías realizadas y de los seguimientos para generar un aprendizaje a partir de las mejoras realizadas y de los seguimientos para generar aprendizaje a partir de las mejoras alcanzadas. A su vez se realizará los cambios que se requieran para cada proceso con el fin de ajustarse a dichas mejoras.

También se organizará entrenamiento y capacitación, con el fin de que no se presente una nueva brecha entre la calidad esperada y la calidad observada según las necesidades de mejora.

En este punto, el ciclo de mejoramiento retorna al inicio y aplicar nuevamente la ruta completa, para disminuir las brechas de calidad si existen y potenciar un proceso de mejoramiento continuo.

Habiendo ya alcanzado la estandarización deseada en los procesos se realizara la documentación de los mismos, y se inicia con el entrenamiento y capacitación a todos los empleados de la empresa sobre los resultados obtenidos para continuar con el mejoramiento continuo de los procesos.

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

El aprendizaje de la Empresa, se justificará por cada una de las acciones ejecutadas en ciclo PHVA, de cada una de las oportunidades de mejora generadas y priorizadas durantela vigencia 2025.

Al evidenciar cumplimiento de todas las acciones que conforman una oportunidad de mejora estas se considerarán como lecciones aprendidas, que serán comunicadas y consolidadas en una biblioteca virtual con el fin de ser consultadas por los grupos de interés para el Hospital Jorge Isaac Rincón Torres ESE.

Estandarización de procesos

Al igual que en los capítulos anteriores, la E.S.E ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO CESAR podrán utilizar la metodología que deseen para estandarizar los procesos prioritarios una vez han logrado los resultados esperados, la cual deberá ser única para toda la institución y conocida por todos.

Se debe recordar que estandarizar es la actividad sistemática de formalización, documentación implementación de los procesos con el objetivo de lograr los resultados esperados, entendiendo el estándar como el documento del conjunto de pasos definidos para el desarrollo de un proceso, de tal manera que este cumpla o alcance las metas señaladas.

Estos documentos son obtenidos por consenso para lograr un objetivo, buscando unificar y simplificar de tal manera que sea conveniente y benéfico para las personas involucradas.

Los pasos que pueden ser utilizados por quienes realizan la función de auditoria interna como facilitadores de calidad son:

- Defina como estrategia la estandarización.

- Establezca el clima necesario para comenzar el proceso de estandarización.

- Tenga claro el propósito de la estandarización.

Entrene a las personas en los métodos y formatos estándares aprobados por la institución para ser utilizados en la estandarización.

Fomente que los miembros de la institución trabajen de acuerdo con los estándares, para lo cual es útil realizar verificaciones.

Una vez las personas que van hacer parte de los procesos prioritarios objeto de auditoría están capacitados, se puede proceder a la elaboración de los mismos, para seguir las siguientes pautas:

- Describa paso a paso el proceso. Escriba uno a uno los pasos del proceso, liste las tareas que realiza.

- Identifique las tareas que agregan valor y las que no. (Una tarea agrega valor cuando es indispensable para el cliente).

- Diagrame el proceso mediante. la utilización de formas convencionales y universales de traficación. Si ya ha definido para su institución algunos símbolos, utilícelos, aseguré que todos entiendan su significado.

- Formalice mecanismos para la documentación y para el almacenamiento de los estándares, una mala planeación puede traer como consecuencia la pérdida de confianza en el proceso.

- Las instituciones podrán seguir el siguiente método para establecer los estándares de la organización:

- Definir cuáles son los productos y/o servicios de la gerencia para establecer los sistemas.

- Establecer los objetivos del sistema en cuanto a calidad, costo, seguridad, atención y disponibilidad del personal cuando estas apliquen al producto o servicio prioritario.

- Establecer el flujograma del sistema, los medios o cómo para lograr los objetivos y garantizar la calidad de los productos y servicios explicando los

procesos necesarios y reflejando la situación real de lo que actualmente se hace.

- Simplificar el flujograma criticando cada etapa o proceso que se desarrolla a través de los “por qué(s)” encontrando su razón de ser.
- Dividir el flujograma de acuerdo con las cuatro etapas: planear, ejecutar, verificar y actuar.
- Detallando en cada proceso, qué, quién, cómo, cuándo, dónde y por qué.
- Desarrollar el flujograma de las tareas necesarias para realizarlos.
- Determinar cuál es la tarea prioritaria o crítica y desarrollar el estándar de Procedimiento operacional.

CRONOGRAMA 2025

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	PROCESO: GESTION DE CALIDAD
	SUBPROCESO: MEJORAMIENTO CONTINUO
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC - 2025

GRUPO DE ESTANDAR			ESTANDAR	FECHAS	EQUIPO PAMEC
1. ETAPA: AUTOEVALUACION CON ENFOQUE EN ACREDITACION					
1.1	CLIENTE ASISTENCIAL	DERECHO DE LOS PACIENTES	1	26/08/2025	EQUIPO LIDER PAMEC.
		SEGURIDAD DEL PACIENTE	2		
		ACCESO	3-5		
		REGISTRO E INGRESO	6		
		EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO	7-8		
		PLANEACION DE LA ATENCION	9-14		
		EJECUCIO DEL TRATAMIENTO	15-16		
		EVALUACION DE LA ATENCION	17	27/08/2025	
		SALIDA Y SEGUIMIENTO	18-19		
		REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	20-25		
		SEDES INTEGRADAS EN RED	26-27		
1.2	DIRECCIONAMIENTO		28-32	28/08/2025 05/09/2025	EQUIPO LIDER PAMEC
1.3	GERENCIA		33-38		
1.4	GERENCIA DEL TALENTO HUMANO		39-40		

1.5	GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	41-43		
1.6	GESTION DE LA TECNOLOGIA	44-45		
1.7	GERENCIA DE LA INFORMACION	46-49		
1.8	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	50-54		
2- ETAPA: SELECCIÓN DE PROCESOS				
2.1	GRUPO DE ESTANDARES CLIENTE ASISTENCIAL	1-27	08/09/2025	EQUIPO LIDER PAMEC
2.2	DIRECCIONAMIENTO, GERENCIA, GERENCIA DEL TALENTO HUMANO, GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO, GESTION DE LA TECNOLOGIA, GERENCIA DE LA INFORMACIO, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	28-54		
3 ETAPA: PRIORIZACION DE PROCESOS				
3.1	GRUPO DE ESTANDARES CLIENTE ASISTENCIAL	1-27	10/09/2025	EQUIPO LIDER PAMEC
3.2	DIRECCIONAMIENTO, GERENCIA, GERENCIA DEL TALENTO HUMANO, GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO, GESTION DE LA TECNOLOGIA, GERENCIA DE LA INFORMACIO,	28-54		

	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
4. ETAPA: DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA				
4.1	DEFINICION INDICADORES DE LA CALIDAD ESPERADA	PRIORIZADOS	11/09/2025	EQUIPO LIDER PAMEC
5. ETAPA: MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO				
5.1	AUDITORIA PARA DETERMINAR LA MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO (CALIDAD OBSERVADA)	PRIORIZADOS	11/09/2025	EQUIPO LIDER PAMEC
6. ETAPA: PLAN DE ACCION PARA PROCESOS SELECCIONADOS				
6.1	FORMULACION DEL PLAN DE ACCION	PRIORIZADOS	17/09/2025	EQUIPO LIDER PAMEC
7. ETAPA: EJECUCION DEL PLAN DE ACCION				
7.1	IMPLEMENTACION DE LA ACCIONES DE MEJORA DEL PLAN DE ACCION	PRIORIZADOS	17/09/20258 31/12/2025	EQUIPO LIDER PAMEC
8. ETAPA: EVALUACION Y MONITOREO DEL PLAN DE ACCION				
8.1	SEGUIMIENTO Y MONITOREO Y TRIMESTRAL AL CUMPLIMIENTO DEL	PRIORIZADOS	OCTUBRE-DICIEMRE DEL	EQUIPO LIDER PAMEC

	PLAN DE ACCION		2025	
9. ETAPA: APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL				
9.1	CIERRE DE PAMEC Y DEFINICION DE BRECHAS DE CALIDAD-APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	PRIORIZADOS	ENERO DEL 2026	EQUIPO LIDER PAMEC

AUTOEVALUACION 2025

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 27/08/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																
DERECHOS DE LOS PACIENTES																
1	AsDP5	La institucion es responsable de desarrollar e implementar estrategias que respalden los derechos de los pacientes y las familias, acompañantes y/o cuidadores durante la atencion. **Criterios:** • La institución busca reducir las barreras lingüísticas, culturales y de otro tipo para acceder y brindar servicios. • La institución brinda atención respetuosa con la dignidad de la persona, los valores personales y las creencias del paciente incluyendo el respeto por el fallecido. • Se respetan y protegen Los derechos del paciente y las familias, acompañante o cuidadores, a la privacidad y confidencialidad de la atención y la información. • Se busca evitar la agresión verbal y física. • La institución desarrolla estrategias para la atención especial dirigida a la población vulnerable la cual ha sido previamente reconocida.	1- ESE cuenta con el manual de procedimiento de SIAU que incorpora el procedimiento de socializacionlos derechos y deberes a los usuarios de igual manera el decalogo de derechos y deberes se encuentra adoptada mediante resolucion No 2069 del 01 de diciembre del 2016	1- Resolución 2069 del 01 de diciembre del 2016 "Adopción del Decalogo de derechos y deberes", manual de procedimientos de SIAU.	1-Fortalecer la divulgación de la declaración o carta de derechos y deberes de los pacientes a nivel institucional estrategia IEC (videos institucionales, folletos educativos) a los usuarios. 2- Adoptar y actualizar mediante acto administrativo la política de atención preferencial general y con enfoque diferencial que se articule con los derechos y deberes de los pacientes para la atención institucionalmente de la población vulnerable que por sus condiciones y características étnicas, identidad de género, discapacidad o por ser víctimas del conflicto armado, requieren un abordaje acorde a sus necesidades y particularidades.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	**2,0**
SEGURIDAD DEL PACIENTE																
2	AsSP5	En la institución para todos sus servicios habilitados en las diferentes modalidades se notifican, analizan e investigan los riesgos poblacionales e individuales y se definen e implementan las acciones oportunas , eficientes y efectivas para prevenirlos. **Criterios:** • La institución utiliza un sistema de notificación de riesgos, eventos adversos, incidentes y complicaciones el cual permite contabilizarlos y analizarlos, diferenciando los riesgos poblacionales de los individuales. • La institución capacita y motiva a los profesionales en la notificación de riesgos incidentes y eventos adversos. • La institución incorpora buenas prácticas para prevenir complicaciones incidentes de seguridad y eventos adversos en el paciente. • Los riesgos poblacionales identificados son notificados a terceros con quienes se tienen alianzas o convenios y de manera articulada, cuando se requiere, se establecen estrategias para intervenirlos.	1- La ESE cuenta con la documentación de la política de seguridad del paciente y estructurado mediante acto administrativo. 2- La ESE cuenta con el comité de seguridad del paciente operativo 3- La institución cuenta con (17) servicios habilitados en la modialidad intramural y domiciliario	1- Se evidencia manual de seguridad del paciente ultima actualización diciembre del 2019 2- Actas mensuales del comité de seguridad del paciente. 3- Constancia del REPS	1- Elaborar los instrumentos de evaluación de adherencia de los protocolos de (Identificación del paciente, prevencion de caidas, correcta administración de medicamentos) 2- Realizar monitoreo y seguimiento de los eventos adversos e incidentes a traves del comité de seguridad del paciente 3- Actualizar el programa de seguridad del paciente y sus protocolos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	**2,0**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 27/08/2025

						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
					GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL											
					ACCESO											
3	AsAC9	La institución realiza un seguimiento de la demanda asistencial en todas las fases de atención desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidado paliativo y muerte digna, con el fin de poder optimizar su capacidad de respuesta. **Criterios:** • Se dispone de información relativa a la frecuencia de uso de los servicios del prestador. • Se han identificado las circunstancias en las que se puede producir picos o alta concentración de demanda asistencial, así como los servicios en los que el impacto es mayor. • Se implementan medidas para poder anticipar o responder a las situaciones mencionadas anteriormente con el fin de mantener niveles de eficiencia y adecuacion aceptables. • Se dispone de un mecanismo de evaluación de la eficacia de las anteriores medidas basadas en resultados objetivos.	1- La institución cuenta con diferentes programa de atención desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, con el fin de poder optimizar su capacidad de respuesta.	1- Estimaciones notificadas por las EAPB a cumplir, Peticiones y quejas y reclamos instauradas mensualmente	1. Realizar analisis de la capacidad instalada con referencia a la demanda asistencial de los servicios y la frecuencia de uso de los servicios de salud que presta la ESE. 2 Identificar las circunstancias en las que se puede producir picos o alta concentración de demanda asistencial, así como los servicios en los qué el impacto es mayor	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	**2,0**
4	AsAC10	La institución informa a la comunidad sobre sus servicios, rutas de atención y como obtener atención integral y evalúa a los pacientes para identificar si sus necesidades de atención en salud coinciden con la misión y los recursos de la organización. **Criterios:** • La ruta de atención de los pacientes está diseñada para proporcionar una atención eficiente y un acceso uniforme en función de las necesidades del paciente. • La institución diseña y lleva a cabo procesos para proporcionar la continuidad de los servicios de atención al paciente y la coordinación entre los profesionales de salud. • Se conoce la satisfacción de los usuarios respecto a la accesibilidad a los servicios de la institución y se definen las actuaciones para mantener la satisfacción en los niveles esperados o mejores. • La institución facilita una guía de información sobre los servicios que ofrece y su funcionamiento. • Las guías de información están accesibles a los usuarios a través de más de un canal de difusión.	1- La ESE cuenta con el portafolio de servicios por medio del cual da a conocer a los usuarios sobre los servcios que oferta	1- Portafolio de servicios actualizado, socializado y publicado en la pagina web	1.Documentar los protocolos de atención RIAS (primera infancia, infancia, adolescencia, juvetud, adultez, vejez, control prenatal, IVE) 2- Socialización de los protocolos d de atención RIAS	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	**1,0**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 27/08/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																
ACCESO																
5	AsAC11	La institución define criterios medibles específicos, estrategias de seguimiento permanente y acciones de mejora, para, entre otros. **Criterios:** • Oportunidad en la asignacion de citas para la atención en consulta externa, como para la realización de procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico. • Oportunidad de atención en el servicio de urgencia o consulta no programada (estrategia de consulta prioritaria) según aplique. • Oportunidad de respuesta para atención a través de las modalidades ofertadas, según aplique. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	1- La ESE realiza el reporte de los indicadores de oportunidad a traves del reporte de la circular 0256 del 2016.	1- Reporte de Indicadores Resolución 0256 del 2016 por cada trimestre	1- Realizar monitoreo mensual de los indicadores de calidad y realizar la respectiva publicación en la pagina web. 2- Realizar analisis trimestral de los mismo, e Implementacion de medidas en caso de encontrarse desviaciones	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	**2,0**
REGISTRO E INGRESO																
6	AsREG4	La institucion facilita el acceso y recorrido del usuario, familia, acompañante o cuidador por sus instalaciones. **Criterios:** • Existen una o mas areas ubicadas estrategicamente con personal dedicado a la orientacion del usuario, familia, acompañante o cuidador (ubiacion servicios, pacintes internados, entre otros) • Todos los servicios y ambientes de la instititucion estan claramente identificados, incluyendo las vias de comunicacion verticales y horizontales, categorizacion del acceso (restringido, semi-restringido, sin restriccion) • El area de atencion y orientacion al usuario cuenta con un responsable y personal capacitado en la taerea asignada. • Tanto el responsable como el personal asignado a la tarea ha sido incluido en actividades de capacitacion sobre atencion al publico.	1- La ESE cuenta con la señalización de los servicios y areas.	1- Señalización de las areas	1- Realizar la actualización de la señalización e identificación de las areas que incluya las viasde comunicación verticales y horizontales categorización del acceso (restringido. semi-restringido, sin restricción	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	**2,0**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 27/08/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO																
7	AsEV4	La institución tiene definido un proceso estandarizado de evaluación inicial multidisciplinar para identificar las necesidades de atención de todos los pacientes desde un enfoque en atención primaria en salud familiar y comunitaria. **Criterios:** • El alcance y el contenido de las evaluaciones iniciales realizadas por diferentes disciplinas se define por escrito. • Los pacientes se someten a pruebas de estado nutricional , necesidades funcionales y otras necesidades especiales según lo indique su condición y se derivan a evaluaciones adicionales y tratamiento cuando sea necesario. • Como parte del plan integral de cuidado que gestiona el equipo de salud, o por solicitud del paciente, se evalúa el manejo del dolor. • La institución cuenta con un proceso para identificar si el paciente requiere una evaluación adicional a las realizadas en la institución, el proceso incluye la gestión para la realización y continuidad en la atención aún en contexto familiar y comunitario.	1- La ESE cuenta con personal que brinde información referente a los horarios y restricciones de visita, horarios de alimentación y recomendaciones especificas a recibir aunque, el sistema de llamado no cumpla con su funcion por encontrarse en mantenimiento.	1- Encuestas de satisfacción de los usuarios	1- Documentar el perfil epidemiologico de la institución con el proposito de identificar las necesidades en salud de la poblaciòn atender (ancianos, niños, adolescentes, gestantes, puérperas, inmunodeprimidos, pacientes con enfermedad mental, etc.) e implementar en la Historia Clinica.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	**2,0**
8	AsEV5	La Institución garantiza una adecuada información y vigilancia epidemiológica, así como la ejecución de las acciones de promoción y mantenimiento de la salud pública. **Criterios:** 1. Se desárrollan los programas y actividades de acuerdo con el marco legal de referencia para prevenir, reducir o atender los efectos sobre la salud producidos por brotes epidemiológicos, enfermedad, discapacidad, muerte, factores de riesgo y otros determinantes, desastres, calamidades o emergencias. 2. El equipo de salud de la institución dispone de un listado o similar de las enfermedades de notificación obligatoria relacionados con enfermedades trasmísíbtes, enfermedades por vectores, así como potenciales donantes de órganos. 3. El equipo de salud de la institución conoce el procedimiento de notificación de las enfermedades de notificación obligatoria.	1- La ESE realiza oportunamente la notificación de enfermedad y eventos en salud pública a través de la plataforma de Sivigila	1- Fichas diligenciadas mensualmente y notificadas al SIVIGILA	1- Definir y establecer estrategias de abordaje en caso de aparición (o sospecha) de brotes epidémicos. 2- Capacitar al equipo de salud de la institución sobre los procedimientos en casos de aparición (o sospecha) de brotes epidémicos.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	**2,0**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 27/08/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																
PLANEACION DE LA ATENCION																
9	AsPL19	Cuando la institución brinda servicios de apoyo diagnóstico cuenta con un proceso de planeación de la atención que incluye la realización del procedimiento, procesamiento, análisis y reporte de resultados según los servicios. Esta planeación incluye: **Criterios:** • Los procesos están planeados teniendo en cuenta, los protocolos y demás procedimientos definidos por los servicios de apoyo diagnóstico y se articulan con los procesos de atención en salud en sus diferentes fases. • Esto procesos son parte integral de la capacitación, inducción y reinducción, de cada trabajador, hay evidencia del conocimiento de estos procesos por parte de los empleados. • La institución cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, qué potencialmente sean productos de los procesos de atención. • Se garantizan mecanismos para la comunicación oportuna de los resultados, entrega de medicamentos, dispositivo médicos e insumos, entre otros. • Se garantiza que los procesos definidos en los servicios de apoyo diagnóstico están basados en evidencia y son revisados y ajustados periódicamente con base en nueva evidencia. • Se monitoriza la adherencia a los protocolos y procedimientos, incluido el análisis de pares si es pertinente y necesario. • Existen mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y procedimientos y la decisiones de carácter clínico. • Existen mecanismos de alarma para resultados críticos. • Estos procesos son parte integral de la capacitación inducción y reinducción de cada trabajador, hay evidencia del conocimiento de estos procesos por parte de los colaboradores.	1- La ESE cuenta con el manual de procedimientos de apoyo diagnostico y complementaciòn terapeutica (1Solicitud, Toma, procesamiento, y reporte de resultados de imágenes diagnosticas (radiografías), toma y procesamiento de muestras de laboratorio clinico	1- Manual de procedimientos laboratorio clinico y de imágenes diagnosticas	1. Actualizar el manual de procedimientos de ayudas diagnosticas el cual debe describir el procedimiento de procesamientos, analisis y reporte de resultados de imágenes diagnoticas, y laboratorio clinico.	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	**1,3**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 27/08/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																
PLANEACION DE LA ATENCION																
10	AsPL20	La institución tiene estandarizados mecanismos para el reporte de resultados críticos y para definir cuándo se requiere repetir un procedimiento, la definición de estos mecanismos considera: **Criterios:** • La identificación de los reportes de estudio de resultado crítico. • La identificación de la necesidad de repetir un procedimiento. • Las magnitudes o intervalos para su reporte y especificaciones de la técnica cuando aplique. • Los mecanismos estandarizados de notificación del reporte de resultado crítico. • Los mecanismos para informar al usuario La necesidad de la realización de un nuevo procedimiento. • Los mecanismos para la comunicación oportuna de los reportes de los resultados críticos. • La interpretacion y registro de informe de valor crítico por el equipo de salud (tanto por quien emite como por quien recibe el informe de resultados del examen con valor crítico), asegurando la confidencialidad. • La existencia de mecanismos de alarma para reporte de resultados críticos y seguimiento. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.		1- La institución tiene identificado los reportes de estudios de resultados criticos y la necesidad de repetir un procedimiento.	1- Formatos de resultados	1- Documentar y estandarizar los mecanismos para la implementación del reporte de resultados críticos, para definir cuándo se requiere repetir un procedimiento y para tomar correctivos frente a las desviaciones encontradas.	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	**1,3**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC**	Libertad y Orden	
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR		
	AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021	**Versiòn**	**2**
		Fecha	**27/08/2025**

ASPECTOS CUALITATIVOS					CALIFICACIÓN										
					ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
	ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL															
PLANEACION DE LA ATENCION															
11	**AsPL21**	La institución tiene definido e implementado el modelo de prestación en salud basado en la estrategia de atención primaria en salud, desplegado desde la política de prestación de servicios Institucional, integrando el desarrollo de los servicios de salud, la participación social y comunitaria y las acciones intersectoriales. **Criterios:** 1. Caracterización poblacional de acuerdo con las necesidades de salud del individuó. la familia y la comunidad basada en análisis de determinantes en salud. 2. La ínsfitución adecua su oferta de valor en servicios a las necesidades existentes en el territorio y su población. 3.Mecanismos para facilitar el acceso garantizado por la eliminación de barreras de todo orden. 4. Define la atención integral como la provisión de los servicios requeridos y suficientes par.a responder a las necesidades de salud de .la población, incluyendo actividades de promoción, prevención diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la entermedad y apoyo para el autocuidado. 5, Atencíon integrada que requiere de la coordinación de servicios de mayor complejidad. 6.Énfasis en promoción y prevención como intervención mas temprana posible dentro del proceso salud - enfermedad o entre el. riesgo, los problemas de salud y secuelas. Esta atención de salud se presta al individuo, la familia y la comunidad. 7. Atención apropiada incluyendo medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en rnaterla de salud. 8. Orientación familiar y comunitaria haciendo uso de la información comunitaria para valorar riesgos identificar problemas y priorizar las. intervenciones. 9. Mecanismos activos de participación como parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socloeconómico, para afianzar la transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles. 10. Gestión acorde con la complejidad de los servicios prestados, incluyendo. un marco de referencia legal, política e institucional que garantice la acción y soporte financiero que permita Idesempeño de la función. 11. Recursos humanos apropiados. suficientes y sostenibles definidos según necesidades descritas en la caracterización. 12. Acciones intersectoriales para abordar los determinantes de la salud de la población y crear relaciones sínérgicas con los actores y sectores .	1- La ESE tiene documentado el modelo de prestación de servicios de salud con enfoque de promoción y prevención de la salud	1- Modelo de atención en salud con enfoque en RIAS y Actas de Junta Directiva	1- Caracterizar la población con base en los registros individuales de prestaciòn de servicios RIPS.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	**2,0**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 27/08/2025

						CALIFICACIÓN										
		ASPECTOS CUALITATIVOS				ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
		GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL														
		PLANEACION DE LA ATENCION														
12	AsPL22	La Institución articula su modelo de prestación en salud en el marco estratégico de acciones territoriales, incluyendo las siguientes acciones: Criterios: 1. La institución se articula con las entidades responsables del aseguramiento en salud con las cuáles tenga contrato y bajo el liderazgo de las secretarias de salud departamentales o distritales o la entidad que tenga a cargo dichas competencias. 2. Incorpora a su modelo de prestación la estrategia dé atención primaria en salud garantizando un mayor nívelde bienestar al usuario en los servicios. 3. La institución incorpora a su modelo de prestación la estrategia de gestión del riesgo en salud para el monitoreo y evaluación de los riesgos para la salud de lá comunidad. con base en la ádécuada identificación y gestión de estos . 4. Incorpora a su modelo de prestación la estrategia de enfoque del cuidado de la salud orientada a las acciones adoptadas para la protección de la salud propia, familiar, comunitaria y territorial. 5. El modelo de prestacíón se operativiza a través de acuerdos interinstitucionales (Secretaría de Salud y EPS) y comunitarios de acuerdo a la normatividad vigente: 6. Se articula con los agentes de salud existentes en el territorio (Seeretaría de Salud y EPS) para desarrollar fas acciones en salud orientadas al logro de lbs resultados en salud. 7. Reconoce las responsabilidades y alcances de las secretarias de salud departamentales o distritales o la entidad que tenga. a cargo dichas competencias en el desarrollo de su modelo de prestación y articula sus acclones con el mismo. 8. La institución incorpora a su modelo de prestacjón la estrategia de enfoque diferencial de derechos orientada al reconocímlento de vulnerabilidades en grupos poblaclonales específicos que requieren garantías especiales y la adecuación de la estructura de servicios dísponibles a las necesidades. de estos grupos para cerrar las. brechas existentes. 9. La institución contribuye al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, la satisfacción del usuario y la sostenibíildad del sistema.	1- La ESE tiene documentado el modelo de prestación de servicios de salud con enfoque de RIAS	1- Modelo de atención en salud con enfoque en RIAS	1- Socializar a traves de mesas de concertacion para la contratacion de la prestacion de servicios de salud con las EAPB el modelo de prestación de atención de acuerdo a la normatividad vigente: 2- Articular el modelo de prestación en salud en el marco estratégico de acciones territoriales, con el proyecto del PIC que se lleva con el municipio y sus corregimientos.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	**2,0**
13	AsPL23	El modelo de prestación es Salud definido por la institución despliega acciones en desarrollo de los valores, principios y elementos principales de la atención primaria en salud en el ámbito territorial, contempla los siguientes criterios Según sea pertinente. **Criterios:** • Respuesta a las necesidades de salud y expectativa de la poblacion atendida, incluyendo entre otros perspectiva de derechos y deberes, equidad y solidaridad • Servicio orientados hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas, sostenibilidad del sistema de salud, participación intersectorial. • Acceso a la prestación de los servicios, atención con énfasis en actividad de promoción y mantenimiento de la salud, orientación familiar y comunitaria.	1- La ESE tiene documentado el modelo de prestación de servicios de salud con enfoque de RIAS	1- Modelo de atención en salud con enfoque en RIAS	1- Garantizar la prestacíon de los servicios, atención con énfasis en actlvidades de promoción y mantenimiento de la salud, orientación familiar y comunitaria.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	**2,0**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 27/08/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																
PLANEACION DE LA ATENCION																
14	AsPL24	La institución planea, implementa y evalúa las actividades de promoción y mantenimiento de la salud, acordes con las necesidades en salud de la poblacion que atienden y están alineadas con las características poblacionales y prioridades de atención de salud pública del territorio. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuaria. **Criterios:** • Registro de las acciones desarrolladas de promoción y mantenimiento de la salud que incluyan las modalidades extramural cuando lo realice la institución. Las acciones desarrolladas dan respuesta a la prioridad en salud pública definidas previamente por la institución.	1- La ESE cuenta con siete (7) cinco equipos basicos de salud para la prestación de servicios extramural en la zona rural del municipio de la Paz-Cesar 2- La ESE cuenta con la caracterización basada en en el informe de analisis de rips trimestralmente realizada en la vigencia 2023.	1- Equipos basicos de salud 2- Informes de analisis de RIPS	1-Evaluar el cumplimiento de las rutas de atencion de salud trimestralmente. 2- Realizacion de jornadas extramurales de prestacion de servicios de salud para la implementacion de las acciones de promocion y mantenimiento de la salud	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	**2,0**
EJECUCION DEL TRATAMIENTO																
15	AsEJ7	El usuario y su familia, acompañante o cuidador reciben la educación e información pertinente durante la ejecución de los exámenes, estudios o procedimientos de apoyo diagnóstico que incluyen como mínimo: **Criterios:** • Información necesaria y suficiente de las actividades o procedimientos a seguir después de la realización de los exámenes estudios o procedimientos de apoyo diagnóstico. Se da énfasis cuando se trate de pacientes menores de edad o con algún grado de discapacidad física y/o mental. • Participación activa del usuario y su familia, acompañante y/o cuidador en promover su propia seguridad. • Óptimo entendimiento y aceptación por parte del usuario y su familia, acompañante y cuidador del tratamiento y el objetivo de la realización de los exámenes, estudios o procedimientos de apoyo diagnóstico según aplique • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	1- Se brinda educacion e informacion al paciente y su familia durante la prestacion de los servicios	1- Registro en la historia clinica sobre los temas de educacion e informacion brindada al paciente	1-Documentar el procedimiento de consentimiento y disestimiento informado incluir formatos 2- Realizar la parametrización implementación y adecuación de los formatos y modelos de HC la cual incluya los diferentes procesos de educación al usuario y al familiar y /o acompañante. En todos los servicios que presta la ESE.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	**2,0**
16	AsEJ8	Se garantiza la disponibilidad de las imágenes diagnósticas en dispositivos móviles utilizados dentro de las instalaciones o en los servicios prestados bajo la modalidad de telemedicina y extramural. **Criterios:** • La calidad de las imágenes cumple con los estándares definidos para su visualización, por lo tanto, la imagen final transmitida no debería arrojar una pérdida de datos clínicamente significativa durante el proceso del envío. El tipo y especificaciones de los dispositivos de transmisión usado serán los requeridos para los estudios a ser transmitidos. • Se garantiza la visualización y análisis de las imágenes de forma confidencial y segura y desde donde se consulte la imagen. • Se tienen definidas las condiciones de velocidad de respuesta del software en los dispositivos móviles. • Los resultados críticos, generan alertas y deben transmitirse inmediatamente al médico que refiere y/o al paciente • Contar con medidas de seguridad del sistema de información que incluya la de los dispositivos. La institución cuenta con planes de contingencia y equipos de respaldo en caso de ser necesario.	Estándar de Acreditación no evaluables, debido a que esta institución no tiene habilitado la modalidad de telemedicina y extramuralmente no realiza imágenes diagnosticas													

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR

AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021

Libertad y Orden

Versiòn	2
Fecha	27/08/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																
EVALUACION DE LA ATENCION																
17	AsEVA5	La institución garantiza que de acuerdo con el tipo de servicios que presta, los grupos poblacionales y los determinantes sociales, se evalúan sistemáticamente las atenciones realizadas de promoción y mantenimiento de la salud, tomando como base las historias clínicas y los registros asistenciales y estas dan respuesta a las necesidades que se identifican en la planeación y evaluación al ingreso. **Criterios:** • La institución cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra representativa de historias clínicas y registros asistenciales, en la evaluación se tiene en cuenta los incidentes y eventos adversos. • Se evalúan los riesgos poblacionales e individuales teniendo en cuenta la efectividad de las intervenciones implementadas. • Se evalúa el cumplimiento de las actividades de promoción y mantenimiento de la salud de acuerdo con la normatividad vigente y se mide la adherencia de los usuarios y los resultados en salud. • Cuenta con un mecanismo para evaluar las causas de no adherencia y propone, implementa y evalúa sus resultados. • Se evalúa si las atenciones realizadas en cumplimiento de las estrategias de promoción y mantenimiento de la salud dan respuesta a la planeación y evaluación de las necesidades evaluadas. • Se cuenta con un mecanismo para retroalimentar al equipo en salud sobre los resultados de la evaluación. • La institución evalúa sus resultados clínicos y los compara con indicadores de referencia, nacional e internacional. • Se toman acciones frente a las desviaciones de los resultados obtenidos.		1- La ESE realiza periodicamente evaluacion de adherencia Guia de manejo especifica, Guia de atencion de enfermedad hipertensiva y de primera infancia e infancia atraves del comité historias clinicas	1- Actas del comité de Historias Clinicas	1- Documentar el proceso de auditoria de historias clinicas y registros asistenciales que incluya incidentes y eventos adversos. 2- Evaluar las historias clinicas y registros asistenciale al cumplimiento de las Ruta de promoción y mantenimiento de la salud en los cuales se tienen en cuenta los incidentes y eventos adversos. 3- Socializar de los resultados de la evaluación con el talento humano de salud con el fin de implementar acciones de mejora a las desviaciones encontradas	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
SALIDA Y SEGUIMIENTO																
18	AsSAL1	La organización cuenta con un proceso estandarizado para el egreso de los pacientes, que garantiza al usuario y su familia la adecuada finalizacion de la atencion y su posterior seguimiento. Incluye lo siguiente: **Criterios:** • Estrategias para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente despues del egreso. • Cuenta con estandares de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturacion de los servicios. • Para los casos en que la condicion clinica, fisica y/o mental lo amerite, el egreso será dado en compañia de un adulto responsable, previa valoracion por el medico tratante. • Comunicacion de toda la informacion relevante a la empresa promotora de salud, sdministradora, o las que se asimilen, para autorizacion y planificacion de la integralidad y continuidad del seguimiento. • Planes documentados y de referencia para el seguimiento y tratamiento que incluyen: lugar, fecha, y razones de referencia y personas de que deben contactar, si aplica. • Reporte de los resulatdos del cuidado y tratamiento, si aplica. Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios. • Existe para cada paciente que egresa de la organizacion un documento que contiene el reporte final de su estadia y los requerimientos futuros necesarios. Este crierio no aplica para los servicios ambulatorios. • Informacion de los tramites que los usuarios deben realizar en caso de necesitar un proceso de remision o solicitud de cita con otro prestador. Este proceso podrá estar en cabeza del profesional tratante o en otro personal de la organizacion que ha sido oficialmente delegado para realizar dicha labor. Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional. • Plan de cuidado escrito que incluye la explicacion acorde con el nivel de coocimiento y comprension del paciente y su familia acerca de los cuidados que deben seguir una vez egrese, incluyendo información de los medicamento y su administracion, uso de equipos medicos, alimentacion, y rehabilitacion y signos y sintomas de alerta temprana de posibles complicaciones, si aplica. • El profesional tratante debe proveer informacion basica al usuario y su familia como resultado de su atencion. Especial importancia se le da a los cuidados y el autocuidado en casa (dietas		1- La ESE cuenta con las guias de atención de urgencias y de remisión de pacientes.	1- Guías de atención de urgencias y de remisión de pacientes	1- Documentar y estandarizar el procedimiento para el egreso de los pacientes donde se le da instrucciones al usuario y su familia de los cuidados posteriores a la atención.	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 27/08/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																
SALIDA Y SEGUIMIENTO																
19	AsSAL2	La organización asegura un plan de coordinación con otras organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población a la que presta sus servicios. **Criterios:** • La organización asegura que las políticas, directrices, procesos y procedimientos para la prevención de enfermedades y promoción de la salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de salud pública. • La organización asegura la existencia y aplicación de directrices y/ o procedimientos para el seguimiento de la prevención de las enfermedades y la salud después de la salida del paciente	1- La ESE realiza educaciòn individual y grupal según lineamientos de la Resoluciòn 3280 del 2018	1- RIPS de PyP	1-Definir el procedimiento de adopción de las Guias clinicas de atención incluyendo las establecidas por la Resolucion 3280 del 2018.	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA																
20	AsREF1	En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones, se deberán garantizar los siguientes procesos: **Criterios:** • La organización cuenta con guías y criterios explícitos de qué tipo de casos se remiten, cuándo se remiten, por qué se remiten y a dónde se remiten, entre otros. • La organización garantiza que todas las remisiones cuentan con la información clínica relevante del paciente. • Brinda información clara y completa al usuario y su familia sobre el proceso de remisión y los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio donde se refiere al usuario. • La organización garantiza que los profesionales que remiten a sus usuarios cuenten con retroalimentación del resultado de la atención y que dicha información quede incorporada en los registros médicos del paciente. • Se evalúa la pertinencia clínica y la eficiencia de los trámites administrativos de las remisiones. Se toman correctivos de las desviaciones encontradas.	1- La ESE cuenta La ESE cuenta con manual de referencia y contrareferencia que incluya los criterios de este estándar (Traslado de embarazada, , niños, y otras poblaciones). de igual manera cuenta con el formato de hoja de trasalado y bitacora y el Manual de Referencia y Contrareferencia	1- Manual de Referencia y Contrareferencia, hoja de traslado y bitacora	1. Implementar mecanismos que permita evaluar la adherencia a la aplicación del manual de Referencia y Contrareferencia 2.Realizar auditoría médica para evaluar pertinencia clínica y eficiencia administrativa de las remisiones.	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 27/08/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
	ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA		Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA																
21	AsREF2	Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales: **REMISIÓN AL LABORATORIO O IMÁGENES DIAGNÓSTICAS** • Se cuenta con una serie de reglas que condicionan cómo y qué información es necesaria para solicitar los exámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. • Se instruye, si la condición lo amerita, al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes. Esta indicación no sustituye la que debe brindársele por parte del proceso de asignación de citas. • Se informa al usuario la disponibilidad para la toma oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. • La organización debe definir previamente si los resultados se le entregan al usuario y/o al profesional que solicitó el examen directamente. En cualquiera de los dos casos se le debe informar al interesado cuándo se tendrán los resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega. • Una vez obtenidos los resultados de los exámenes se debe garantizar que: • Siempre debe quedar constancia en la historia clínica del paciente de los resultados y las conductas seguidas por el profesional tratante. • Se provee información a los usuarios y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trata de pacientes menores de edad o discapacitados mentales	1- La institucion , cuenta con el Servicio de Laboratorio Clínico de primer nivel de complejidad al cuál son remitidos todos los usuarios atendidos en los diferentes servicios (Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias, Centro de Salud de Arma) y programas de la Institución (Atención al Jóven, atención al adulto, maternas, crecimiento y desarrollo, riesgo cardiovascular,etc).	1- No se evidencian soportes	1- Documentar y socializar el procedimiento de seguimiento a los usuarios remitidos a otras IPS. 2. Documentar y socializar las Guias acerca de referencia y contrarreferencia de la institucion, ademas de las evoluciones y ordenes de traslado consignadas en las historias clinicas.		2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	**1,3**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 27/08/2025

			ASPECTOS CUALITATIVOS			CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
		ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
		GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL														
		REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA														
22	AsREF3	En caso que el profesional del laboratorio o sus directivas necesiten referir una muestra de un usuario entre la red a un laboratorio de diferente complejidad, de su misma red de servicios o a otra organización diferente, se deberán garantizar los siguientes procesos: **Criterios:** • La organizaciòn cuenta con criterios explicitos para los casos que se remiten: motivos de referencias, fechas, lugares, informaciòn del usuario, cuando y donde se remiten entre otros, estos protocolos estan respaldados por la existencia de la documentaciòn necesaria que respalde este proceso. • La organizaciòn garantiza que las remisiones a laboratorio de diferente complejdiad cuenten con la informaciòn clinica relevante del paciente. • Brinda informaciòn clara y completa al usuario o su familia sobre los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio al que se refieren las muestras. • Existe un protocolo de mantenimiento y conservacion de muestras previo al envio. • Existe un proceso que garantiza la seguridad de las muestras que se han referido y que no se presenten confusiòn con respecto a la muestra e identidad. • Existe un protocolo de recepciòn de muestras transportadas por problemas preanaliticos.	Estandar de Acreditacion no evaluable													
23	AsREF4	En imagenología se cuenta con un proceso o mecanismo, al egreso del proceso de atención al usuario, para informar sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador. Este proceso podrá estar en cabeza del profesional tratante o en otro personal de la organización que ha sido oficialmente delegado para realizar esta labor. Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional para realizar dicha labor.	Ninguna	No se evidencian soportes	1-Documentar el protocolo o proceso estructurado que describa el paso a paso para informar sobre los tramites que debe realizar el usuario en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador.	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	**1,6**
24	AsREF5	En los servicios de habilitación y rehabilitación se cuenta con un mecanismo al egreso del proceso de atención al usuario para informar al paciente sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar remisión o cita con otro prestador.	Estandar de Acreditacion no evaluable													
25	AsREF6	La organización cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios. Se garantiza la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, la aplicación y la evaluación de los mecanismos correctivos, cuando se observe un patrón de comportamiento deficiente frente al estándar establecido.	Estandar de Acreditacion no evaluable													

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 27/08/2025

						ASPECTOS CUALITATIVOS				CALIFICACIÓN										
										ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
		ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL																				
SEDES INTEGRADAS EN RED																				
26	AsSIR17	Existe trabajo en forma conjunta entre la institución prestadora de servicios de salud incluyendo las sedes, con las entidades responsables del aseguramiento, cuando haga parte de las redes integrales de prestadores de servicios de salud propendiendo por la accesibilidad de los servicios y continuidad en la atención en salud. **Criterios:** • Cuando la institución hace parte de la red de un asegurador, existe un documento donde se describen los procesos y procedimientos para retroalimentar a la entidad responsable de pago de los servicios de salud, sobre el análisis de la información de los usuarios que ingresan a la institución y durante su tratamiento entre otros. • Se tienen definidos procesos de atención que garanticen la coordinación y continuidad del proceso de atención al usuario.		1- La institución cuenta con Red integral de prestacion de serveción de salud con acciones de promoción y mantenimiento de la salud, donde se desarrollan programas y actividades de acuerdo al marco legal de referencia para la prevención, reduciendo o atendendiendo los efectos sobre la salud producidos por brotes epidemiológicos.	1- Informe de prestación de servicios de salud con acciones de promoción y mantenimiento de la salud. Folletos. Informe de indicadores.	1- Definir con la red de aseguradores informe o mesas de trabajo para retroalimentar a la entidad responsable de pago de los servicios de salud, sobre el análisis de la información de los usuarios que ingresan a la institución.	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
27	AsSIR18	La Institución tiene definidos y documentados los servicios que oferta en cada una de las sedes en red esta información debe ser clara para el usuario, familiar acompañante o cuidador. **Criterios:** • Tiene definido y se brinda información clara al usuario, familiar, acompañante o cuidador sobre el portafolio de servicios para cada una de las sedes donde se realizara la atención del usuario. • Cuenta con procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismos de asignación de citas en los servicios ofertados en cada sede.		1- La entidad tiene definido y documentado los servicios que oferta en su portafolio de servicios en cada una de las sedes.	1- Portafolio de servicios y pagina web de la institución.	1- Definir y brindar información clara al usuario, familiar, acompañante o cuidador sobre el portafolio de servicios para cada una de las sedes donde se realizará la atención del usuario.	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
										2,0	**2,0**	**2,0**	**1,9**	**1,9**	**1,9**	**1,8**	**1,7**	**1,6**	**1,6**	**1,8**
										PROMEDIO ENFOQUE		**2,00**	**PROMEDIO IMPLEMENTA**	**1,87**	**PROMEDIO RESULTADO**				**1,70**	**1,8**
										PROMEDIO ESTANDAR										**1,8**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 28/08/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
ESTANDAR			FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
						Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO																
28	DIR13	La organización dispone de una planificación estratégica documentada y coherente con su misión y modelo de prestación, priorizando sus objetivos de acuerdo con un análisis previo sobre su actividad, las expectativas de la población a la que atiende y los recursos disponibles. **Criterios:** • Definición de su misión, visión, valores y principios. • La incorporación de un modelo de prestación en salud basado en estrategias de atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, territorial, poblacional y diferencial operada con equipos multidisciplinarios y facilitada con testeos rapidos. • Pertenecer a las redes de servicios de salud de los aseguradores, cuando aplique • Estrategias de promoción y mantenimiento de la salud y acciones de salud pública. • Análisis documentado sobre la población a la que presta servicio y la actividad que se realiza, qué proporciona la información de base para definir sus estrategias. • La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve. • La vision enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios.	1- La Institucion cuenta con un plataforma estrategica coherente con el modelo de atencion	1- Plataforma estrategica de la ESE	1- Actualizar la plataforma estrategica de la ESE.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	**2,0**
29	DIR14	Los líderes de la organización están identificados y son responsables colectivamente de definir la misión de la organización y crear los programas y políticas necesarios para cumplir la misión. **Criterios:** • Aprobar y revisar periódicamente la misión de la institución y garantizar que el cliente interno y externo y las partes Interesadas lo conozcan. • Establecer Las políticas y aprobar los diferentes programas necesarios para la gestión operativa de la institución. • Garantizar los recursos para la operación y funcionamiento de la institución y para cumplir con la misión, políticas y programas. • Designar y evaluar al personal directivo mediante procesos y criterios establecidos.	1- La ESE cuenta con la documentación de la plataforma estrategica de la ESE que describe la misión, visión, politica de prestación de servicios y de calidad	1- Plataforma estrategica de la ESE	1- Evaluar el Plan de Desarrollo Institucional de la ESE.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	**2,0**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 28/08/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
		ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO																
30	DIR15	La organización Un establece y gestiona un plan de comunicación interna y externa. **Criterios:** • Se encuentran implementados los flujos y tipos de canales de comunicación interna y externa de la institución. • Se establecen los procesos de comunicación efectivas dentro y fuera de la institución y la difusión de la información necesaria para el desarrollo de las actividades. • Se tienen implementados mecanismos de control social como la rendición de cuentas entre la comunidad y grupos de interés, en el marco de los principios de buen gobierno. • Está definida la información a difundir utilizando los canales de comunicación. • Se han definido responsabilidades para la comunicación Interna y externa de la institución. • Se monitoriza el uso adecuado de los canales de comunicación internos y externos.	1- La ESE como mecanismo de control social realiza anualmente la rendición de cuentas ante la comunidad y grupos de interés según los lineamientos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud	1- Informe de Rendicion de cuentas	1- Definir y documentar plan de comunicaciónes de la ESE	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	**2,0**
31	DIR16	La política de prestación de servicios de salud está definida, implementada y alineada con la política y modelo de prestación en salud o su equivalente, como instrumento de de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población, a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud, agentes de otros sistemas y las comunidades. **Criterios:** • Desarrollan acciones coordinadas en la prestación del servicio teniendo en cuenta el aseguramiento, salud Pública, el enfoque territorial, diferencial y comunitario, articulaciones intersectorales y gobernanza como instrumento de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población.	1- La ESE garantiza la prestación de servicios a la comunidad a traves de brigadas extramurales y ejecucion de activiades PIC	1- Informe de brigadas extramurales y actividades pic programadas para la vigencia	1- Definir y caracterizar la politica de atención primaria en salud de la ESE y armonizarla con el moldelo de prestación de servicios.	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	**1,4**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden	**Versiòn** 2 **Fecha** 28/08/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO																
32	DIR17	La organización tiene diseñada, implementada y evaluada una política de gestión integral del riesgo en salud orientada a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, prevenir las enfermedades, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad. **Criterios:** • Identificación y ponderación de los riesgos de salud pública existente en cada ámbito territorial • Identificación de los grupos de riesgo y sus características. • Priorización de grupos de riesgo y eventos de atención. • Planeación en el territorio y mecanismos de interacción entre los actores del sistema dentro de sus competencias. • Recolección análisis y sistematización de evidencia sobre las potenciales acciones para la detección del riesgo. • Monitoreo de las intervenciones colectivas y de gestión clínica que se implementan para la reducción del riesgo o la gestión adecuada de la enfermedad. • Desarrollo implementación y adaptación de rutas protocolos y sistemas de monitoreo y atención a lo largo de los procesos de gestión clínica en las redes de prestadores de servicios de salud cuando haga parte de estas. • Identificación De las circunstancias y condiciones que inciden en la aparición y desenlace de la enfermedad de carácter individual y colectivo, o referidas al entorno donde se vive, trabaja o deambula. • Seguimiento de cohortes de grupos de riesgo para monitorear el adecuado manejo y aplicaciones de las rutas. • Aplicación de modelos predictivos de riesgo. • Minimización del riesgo de eventos de enfermedad o la gestión de los casos segun clasificación .	1- La ESE realiza periodicamente el analisis de prestación de servicios que describe la caracterización poblacional de la población atendida por la ESE	1- Actas de Junta Directiva	1- Diseñar, implementar y evaluar una Política de Gestión Integral del Riesgo en Salud orientada a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, prevenir las enfermedades, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad.	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	**1,4**
						2,00	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**1,60**	**1,60**	**1,60**	**1,60**	**1,60**	**1,60**	**1,8**
						PROMEDIO ENFOQUE		**2,0**	**PROMEDIO IMPLEMENTACI**	**1,8**	**PROMEDIO RESULTADO**				**1,6**	**1,8**
						PROMEDIO ESTANDAR										**1,8**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 29/08/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GERENCIA																
33	GER.15	La organización dispone de un plan de liderazgo compartido con el propósito de alcanzar los objetivos Institucionales. **Criterios:** • El liderazgo institucional se identifica desde el direccionamiento estratégico. • El liderazgo institucional es compartido y hay colaboración para desarrollar los programas, las políticas y los servicios para cumplir con el plan estratégico. • Están definidos los perfiles de los líderes requeridos e identificación de líderes con base en los perfiles. • Implementación de un programa de desarrollo para lideres. • Los colaboradores, entre ellos los equipos multidisciplinarios, conocen a sus líderes y sus responsabilidades	1- La ESE tiene adoptado el manual de funciones de la ESE	1- Manual de funciones de la ESE	1- Definir los perfiles de los líderes y/o cooridanadores de procesos requeridos e identificación de líderes de procesos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	**2,0**
34	GER.16	En la organización, la alta gerencia planifica, desarrolla, coordina e implementa los lineamientos estratégicos y evalúa los resultados con base en indicadores de desempeño, cifras y hechos e información comparativa. **Criterios:** • La alta gerencia de la institución guía el proceso de planificación y evaluación organizacional que incluye administración y gestión de recursos Personal y proceso financieros para el mejoramiento continuo de la calidad. • Toma de decisiones relacionadas con el uso de recursos, humanos y técnicos, organización de equipos, multidisciplinarios, de testeo rápidos y de tecnologías necesarias para servicios y modalidades de telesalud en caso de contar con ellas, con un entendimiento de las implicaciones de calidad y seguridad de esas decisiones. • La integración del presupuesto, el plan de objetivos y los esfuerzos para mejorar los procesos organizacionales. • Garantiza que las áreas e infraestructuras disponibles son compatibles con la misión y los servicios ofrecidos. • Priorización en la institución de los procesos, resultados clínicos y administrativos que se mediran y que actividades de mejora se implementarán.	1- La junta directiva de la ESE realizo evaluación al cumplimiento de los indicadores aprobados en el plan de gestion gerencial 2020-2024	1- Acta y acuerdo de evaluación satisfactoria del informe de gestión gerencial vigencial 2022.	1- Operativizar el comité de gerencia	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	**1,5**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 29/08/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
GERENCIA																
35	GER.17	La organización promueve la participación social en salud como un elemento de mejora continua. **Criterios:** • Habilitación de canales de participación social en salud con el fin de aportar su visión sobre la mejora institucional. • Se incorpora la información obtenida por los canales de participación social en salud a la toma de decisiones institucional. • Se informa a los ciudadanos que han usado los canales de participación social en salud sobre el tratamiento que han recibido sus aportes. • La alta gerencia analiza y trabaja para mejorar los canales de participación social en salud, tanto desde un punto de vista cuantitativo (Participantes) como cualitativo (aportes).	1- La ESE como mecanismos de participación social tiene implementado el comité de etica hospitalaria, la asociación de usuarios, y los buzones de sugerencias	1- Actas del comité de etica hospitalaria, actas de reunion de la asociación de usuarios y actas de apertura de los buzones de sugerencias	1- Fortalecer el fomento y la difusión de todos los mecanismos de participación social que tiene definido e implementado la ESE	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	**1,5**
36	GER.18	La organización implementa las acciones que garantizan la viabilidad financiera institucional en cumplimiento del modelo de prestación definido **Criterios:** • La organización garantiza la gestión administrativa y financiera alineada con las prioridades de salud en el territorio y en concordancia con el modelo de prestación básico en atención primaria en salud. • La organización tiene definida una plataforma contractual que garantiza condiciones adecuadas de suficiencia patrimonial y financiera, incluyendo oferta de valor, tarifas, flujo de caja, cartera sana y crecimiento razonable en producción. • La organización tiene procesos definidos, implementados y evaluados	1- La ESE realiza anual la proyeccion y aprobación de presupuesto de ingreso con base e la gestión de cartera yla venta de servicios de la ESE	1- Acuerdo de junta directiva de aprobación de presupuesto para la vigencia 2022	1- Efectúar seguimiento sistemático y periódico a la ejecución presupuestal y al comportamiento de los estados financieros y genera correctivos a desviaciones presentadas.	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	**1,5**
37	GER.19	En la organización, la gerencia cuenta con un sistema Información consistente, que permite evaluar la actividad administrativa, los niveles de satisfacción del cliente interno y externo y permite la integración Con el programa institucional de calidad.	1- La ESE cuenta con el talento humano idoneo que permite operativizar un sistema de informació integral.	Manual de funciones de la ESE	1- Evaluar periodicamente los indicadores administrativos y financieros de los planes de accion por proceso 2- Evaluar la satisfacción del cliente interno y externo que permite la integración Con el programa institucional de calidad.	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	**1,5**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 29/08/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
ESTANDAR			FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GERENCIA																
38	GER.20	Se ha definido implementado un sistema de monitorización para los resultados de las unidades o servicios asistenciales en la organización. **Criterios:** • Se dispone de un sistema de seguimiento a los resultados, con base en indicadores, que permite establecer objetivos, identificar desviaciones y corregir sus causas, así mismo permite evaluar la interacción con otras instituciones en los procesos de referencia - contra referencia con el control y seguimiento a su oportunidad y tiempo de respuesta.	1- La ESE realiza seguimiento y monitoreo mensual al proceso de referencia y contrareferencia a traves del diligenciamiento de las bitacoras que se reportan a la oficina del CRUE departamental	1- Informe mensual de la bitacora de referencias y contrareferencias reportadas al CRUE Dptal	1. Definir y establecer mencanismos que permita evaluar la oportunidad de los tiempos respuesta de las referencias y contrareferencias reportadas por la ESE a las distintas EAPB.	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	**1,6**
						2,0	**2,0**	**2,0**	**2,0**	**2,0**	**1,2**	**1,2**	**1,2**	**1,2**	**1,3**	**1,6**
						PROMEDIO ENFOQUE		**2,00**	**PROMEDIO IMPLEMENTACIÓN**	**2,00**	**PROMEDIO RESULTADO**				**1,20**	**1,6**
						PROMEDIO ESTANDAR										**1,6**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 1/09/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN											
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS						TOTAL
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO																	
39	TH17	La institución provee y garantiza las condiciones laborales del personal que realiza actividades extramurales. **Criterios:** • Seguridad en el transporte. • Elementos de protección personal y relacionados con la prevención de riesgos laborales. • Equipos de comunicación. • Uso de estrategias para la atención resolutiva de pacientes (Pruebas rápidas, entre otras) • Uso de aplicaciones para el registro de las atenciones en salud que permitan la integración de la información en la historia clínica • Georreferenciación • Trabajo En equipos multidisciplinarios cuando se requiere.	1- Para la realización de las brigadas extramurales garantiza el uso de los EPP, los formatos y registros de atención en salud, y trabajo en equipo multidisciplinario según lo requerido por la demanda de servicios	1- Registros de entrega de los EPP	1- Garantizar al talento Humano las condiciones laborales cuando realice actividades extramurales cuando se requieran a traves del plan estrategico del Talento Humano	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	**1,5**
40	TH18	Existe un programa de seguridad radiológica, cuando en la organización se utilizan radiaciones ionizantes que cumplen con el plan de control de riesgos y gestión del servicio y está incorporado en el programa de seguridad del paciente institucional y alineado con el programa de seguridad y salud en el trabajo. **Criterios:** • Tiene como alcance todos los servicios de imágenes diagnósticas. • El programa tiene en cuenta las prácticas de seguridad y prevención para el personal que hace uso de las radiaciones Ionizantes. • Se cumple la legislación y reglamentación vigente. • Se tienen disponibles los dispositivos de seguridad para la prevención de riesgos de radiación y protección radiológica. • Se orienta al personal respecto de las prácticas de seguridad. • Se realiza educación en el puesto de trabajo sobre nuevos procedimientos, tecnología y materiales peligrosos.	1- La ESE realiza el monitoreo a traves de la implementación de la Dosimetria	1- Registros de los Dosimetros	1- Definir el programa de seguridad radiologica alineado con el programa de Seguridad y Salud en el Trabajo.	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	**1,5**
						2,0	**2,0**	**2,0**	**2,0**	**2,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,5**
						PROMEDIO ENFOQUE		**2,0**	**PROMEDIO IMPLEMENTACIÓN**	**2,0**	**PROMEDIO RESULTADO**				**1,0**	**1,5**
						PROMEDIO ESTANDAR										**1,5**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 2/09/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
		ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Integración al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO																
41	GAF11	La organización ha definido y se aplican las actuaciones necesarias para garantizar y asegurar en todo momento las condiciones de seguridad de la infraestructura e instalaciones. **Criterios:** • La institución conoce las necesidades de mantenimiento de las instalaciones físicas. • Plan de mantenimiento de la planta física actualizado, no existen incidencias sin resolver o injustificadas. • Mecanismos definidos y socializados que garantizan la comunicación oportuna a los encargados del mantenimiento de la institución, informando la falta de mantenimiento o mal funcionamiento de las instalaciones clave que dan soporte a la atención en salud. Estos incluyen registros y resoluciones de las solicitudes. • Inspecciones, revisiones y mantenimientos con documentación técnico-legal, evaluaciones, autorizaciones o informes, realizándose el correspondiente seguimiento de dichas actuaciones para emprender las medidas necesarias en caso de posibles incidencias. • La institución asegura que el talento humano o tercero contratado para realizar las inspecciones, revisiones y/o mantenimiento de las instalaciones físicas de la institución están debidamente cualificados, homologados y autorizados para el desarrollo de estas actividades en funcion de la complejidad requerida y garantizan el cumplimiento de toda reglamentación medioambiental.	1- La ESE tiene definido las necesidades de mejora en la infraestructua fisica de la ESE.	1- Registro fotografico	1- Implementar mecanismos que garanticen el reporte oportuno a los encargados del mantenimiento de los daños evidenciados de la infraestructura fisica que generan un riesgo para la prestación de servicios	2	2	2	2	#####	2	1	1	1	1	**#¡REF!**
42	GAF12	La organización garantiza la implementación de mecanismos para mantener un entorno seguro y saludable mediante la intervención y el control de vectores, roedores, plagas, entre otros y las actividades que desarrolla en estos aspectos son medioambientales responsables.	1- La ESE Implementa periodicamente el plan de control de vectores, roedores, plagas.	1- Informes de cumplimiento del plan de control de vectores, roedores, plagas.	1-Actualizar y socializar el manual de limpieza y desinfección de la ESE. 2- Documentar y socializar el protocolo de manejo de ropa hospitalaria 1- Fortalecer la implementación del plan de control de vectores, roedores, plagas el cual debe garantizar la conservación del Medio Ambiente.	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	**1,6**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 2/09/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN											
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS						TOTAL
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Trabajo con el Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO																	
43	GAF13	La organización asegura la gestión de insumos y suministros en áreas o ambientes que garanticen el almacenamiento seguro de los reactivos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, para el uso en atenciones intramurales y extramurales, con las respectivas salvaguardas del medio ambiente.	1- La ESE realiza el almacenimiento y conservación de los reactivos, insumos y dispositivos medicos de imágenes diagnosticas, laboratorio Clinico y Odontología en los respectivos servicios.	1- Actas de recpeción tecnica de los medicamentos, dispositivos medicos e insumos	1- Realizar la socialización del manual de procedimientos de farmacia	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	**1,6**
		Criterios: • Planificación e implementación de un programa para la gestión de insumos y suministros de forma segura. • La institución conoce las necesidades de las instalaciones físicas para la gestión de los insumos. • Conocimiento y cumplimiento de los requisitos legales para el almacenamiento de los reactivos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, acordé con las recomendaciones del fabricante. • Se identifica la cadena de suministros críticos. • Se evalúa la integridad de cada proveedor de la cadena. • La toma de decisiones sobre los recursos tienen en cuenta los riesgos de la cadena de suministros.			2- Unificar el área de almacenamiento y Realizar el almacenamiento, conservación control de cadena de frio de los reactivos, medicamentos, dispositivos e insumos según lo establecido por el decreto 2200 del 2005 y la resolución 1403 del 2007 y el manual del servicio farmacéutico de la ESE											
						2,0	**2,0**	**2,0**	**2,0**	**#####**	**2,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**#¡REF!**
						PROMEDIO ENFOQUE		**2,0**	**PROMEDIO IMPLEMEN**	**#####**	**PROMEDIO RESULTADO**				**1,2**	**#¡REF!**
																PROMEDIO ESTANDAR	**#¡REF!**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 3/09/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
ESTANDAR			FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GESTION DE LA TECNOLOGIA																
44	GT10	La organización asume en la gestión de las tecnologías en salud el equipamiento biomédico y las actuaciones necesarias para garantizar su utilización segura.	1- La ESE tiene documentado el cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos biomedicos	1- Cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos biomedicos vigencia 2023	1- Elaborar e implementar el programa para la gestión de los equipos biomédicos que describa (identificación, inventario de los equipos, ficha técnica que incluya las condiciones para el uso seguro, Mantenimiento predictivo', preventivo y correctivo, se atienden las recomendaciones del fabricante.	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	**1,4**
		Criterios: • Planificación e implementación de un programa para la gestión de los equipos biomédicos define responsables. • La institución conoce las necesidades de equipos biomédicos de acuerdo con la oferta de servicios y procedimientos en particular, los relacionados con testeo rápido y equipos para la operación de las modalidades de telesalud. • Conocimiento y cumplimiento de los requisitos legales para la gestión de las tecnologías en salud Incluidas las recomendaciones del fabricante. • La institución asegura que el talento humano o tercero contratado para realizar las inspecciones, calibraciones, revisiones o mantenimientos de los equipos biomédicos de la institución están debidamente cualificados, homologados y autorizados para el desarrollo de esta actividad. • **La gestión de lo equipos médicos incluye:** - Identificación inventario de los equipos - Ficha técnica que incluyen las condiciones para el uso seguro. - Mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo, se atienden las recomendaciones del fabricante. - Formación de los usuarios en el uso y riesgo de los equipos. - Registro y gestión de incidencias y fallas relacionadas con el uso de los equipos biomédicos.			2- Implementar mecanismo que garanticen que el talento humano o tercero contratado para realizar las inspecciones, calibraciones, revisiones y/o mantenimiento de los equipos biomédicos están debidamente cualificados. homologados y autorizados para el desarrollo de estas actividades									

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 3/09/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
	ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
GESTION DE LA TECNOLOGIA																
45	GT11	La organización realiza evaluación de la disponibilidad, distribución y acceso real de las tecnologías, en cuando se realizan atenciones en modalidades extramural y telemedicina. Si aplican, incluye: **Criterios:** • Tecnologías de la información y comunicación acordes con la modalidad ofertada, con el cumplimiento de los requisitos normativos y legales para el uso de estas tecnologías. • Existencia de mecanismo para garantizar la unificación de la información y registros clínicos generados de estas atenciones a distancia en la historia clínica. • Cuando se oferte telemedicina existe garantía de aceptación por parte del usuario del uso de estas tecnologías mediante la firma del consentimiento informado. • La institución desarrolla la modalidad de telemedicina orientada a facilitar el acceso y mejorar la oportunidad y resolutividad en la prestación de los servicios de salud con énfasis en la baja complejidad.	Estandar No evaluable, La institución no tiene implementado la telemedicina													
						2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,4
						PROMEDIO ENFOQUE		2,0	PROMEDIO IMPLEMENTACIÓN	1,5	PROMEDIO RESULTADO				1,0	1,4
											PROMEDIO ESTANDAR					1,4

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 4/09/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
		ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GERENCIA DE LA INFORMACION																
46	**GI14**	Los sistemas de información de la organización y las unidades o servicios de apoyo diagnóstico así como la información generada de las atenciones extramurales y telemedicina están integrados con la historia clínica electrónica. **Criterios:** • Se dispone de sistemas para acceder a la información clínica de un paciente incorporando los resultados de las unidades o servicios de apoyo diagnóstico, de las atenciones extramurales y telemedicina en la historia clínica electrónica.	1- La ESE cuenta con el sistema de Información Esalud para el manejo y custodia de la información asistencial de la ESE	1- Sistema de Información Esalud	1- Definir y establecer mecanismos que garanticen que las atenciones realizadas en las brigadas extramurales se puedan unificar y registrar en la historia clinica electronica	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	**1,3**
47	**GI15**	Los sistemas de información de la organización permiten interpretación con los usuarios o con sus sistemas y cumplen con lo que define la reglamentación en telesalud y los parámetros para la práctica de la telemedicina en el País, cuando se oferte. **Criterios:** • Los sistemas de información se orientan al cliente y a sus necesidades para facilitar la comunicación y accesibilidad a los usuarios u organizaciones externas. • La información y medios de comunicación están disponibles para los usuarios o sus sistemas, que faciliten la toma de decisiones respecto de la atención. • El tipo y especificaciones de los dispositivos de transmisión usados serán los adecuados para las actividades asistenciales realizadas. • Se documentan las políticas y procedimientos de seguridad de la identificación de pacientes.	Estándar no evaluable La ESE no oferta la modalidad en Telemedicina y Tele salud														
48	**GI16**	Se tienen definidos mecanismos con los sistemas de información de las unidades o servicios de apoyo diagnóstico, para almacenar y gestionar los resultados de los estudios y exámenes realizados y facilitar el acceso y disponibilidad de los Servicios clínicos existentes. Criterios: • Se garantice el almacenamiento Seguridad y acceso de los estudios y exámenes que se realizan en la institución mediante De mecanismos estandarizados para los diferentes servicios existentes.	1- El servicio de imágenes diagnosticas cuenta con la digitalización de las imágenes diagnosticas	1- Imágenes diagnosticas digitalizadas	1- Definir y establecer mecanismos que garanticen que los sistemas de información puedan registrar, gestionar y almacenar los resultados de los estudios y exámenes realizados en los servicios de imágenes diagnósticas y laboratorio clínico. acceso y disponibilidad de los servicios clínicos existentes.	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	**1,3**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 4/09/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
ESTANDAR			FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
GERENCIA DE LA INFORMACION																
49	**GI17**	Los sistemas de información de la organización, permiten la interacción y registro en tiempo real de las atenciones extramurales realizadas como es el caso de la domiciliarias, cuando se oferte. **Criterios:** • Los sistemas de información se orientan a las necesidades de las atenciones extramurales para facilitar el registro y las accesibilidad a los colaboradores que hacen uso de ellos. • La información y medios de comunicación están disponibles Para los colaboradores, facilitando la toma de decisiones respecto a la tensión. • El tipo y especificaciones de los dispositivos de trasmisión usados serán los adecuados para las actividades asistenciales realizadas. • Se documentan las políticas y procedimientos de seguridad de la identificación de pacientes.	1-La institución cuenta con la adopción de un nuevo sistema de información que dispone de sistemas para acceder a la información clínica de un paciente, incorporando los resultados de las unidades o servicios de apoyo diagnóstico, integrando las sedes tanto urbanas como rurales.	1-Sistema de Información	1- Continuar con la instalación y la unificación de la tecnologia del sistema de información en unidades y apoyo diagnostico en todas las sedes tanto urbanas como rurales de la ESE,	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	**1,0**
						1,7	**1,7**	**1,7**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,2**
						PROMEDIO ENFOQUE		**1,7**	**PROMEDIO IMPLEMENTACIÓN**	**1,0**	**PROMEDIO RESULTADO**				**1,0**	**1,2**
											PROMEDIO ESTANDAR					**1,2**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 5/09/2025

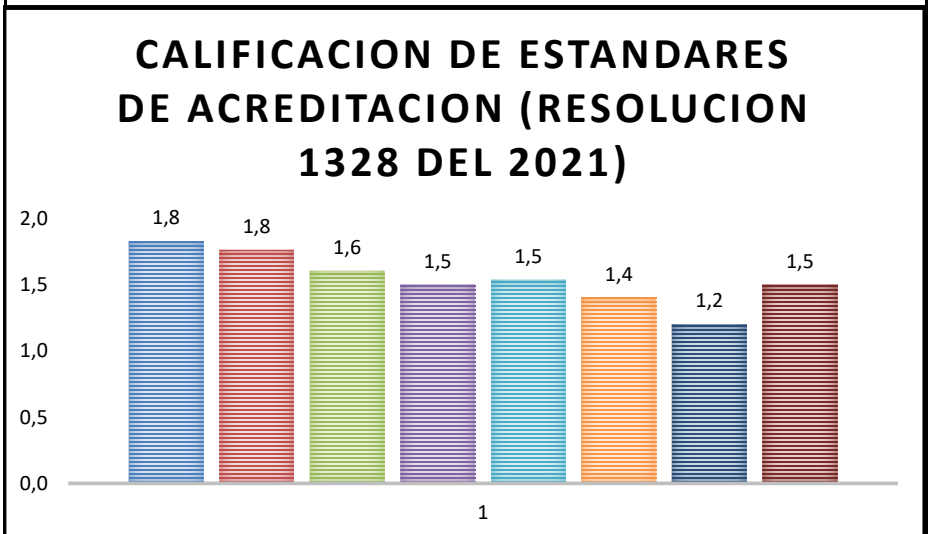
ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
ESTANDAR			FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD																
50	**MCC1**	Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual: Criterios: • Tiene un enfoque sistémico. • Está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional. • Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación. • Incluye las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoría y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes. • Articula las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes. • Acopla los diferentes sistemas de gestión de la organización con el sistema único de acreditación. • Incluye los resultados de los procesos de referenciación internos y externos. • Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la relación con terceros subcontratados. • Incluye la asignación de los recursos humanos, los equipos de autoevaluación, los equipos de mejoramiento, los recursos físicos y financieros y los elementos necesarios para su implementación. • Cuenta con responsables del mejoramiento continuo de los procesos organizacionales, quienes tienen las competencias necesarias para guiar el desarrollo de las acciones de mejora. • Debe hacer explícito el impacto de las acciones de mejora sobre el usuario y su familia. • Define los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento. • Determina los indicadores organizacionales que van a ser mejorados a partir de la implementación de oportunidades de mejora en los procesos organizacionales, considerando aspectos como seguridad, continuidad, coordinación, competencia, efectividad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad, entre otros.	1- Se tiene definido y documentado un programa de auditoria para el MCC. Se conformó un equipo responsable de la autoevaluación. Existe un funcionario responsable de liderar los planes de mejoramiento continuo. Se realiza seguimiento periódico a la ejecución de los planes de MCC	1- Pamec Vigencia 2023	1- Ejecutar anualmente el PAMEC	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	**1,5**
51	**MCC2**	La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación, las cuales: **Criterios**: • Son priorizadas empleando una metodología estandarizada que considere, por lo menos, las de mayor impacto en cuanto a enfoque al usuario y orientación al riesgo. • Cuentan con el soporte, los recursos y los elementos necesarios para su implementación. • Se operativizan en acciones de mejora, las cuales se realizan completas y en el tiempo asignado en un cronograma de trabajo. • Identifican las potenciales barreras para implementar las acciones de mejora, con el fin de tomar los correctivos necesarios. • Son llevadas a cabo por colaboradores y/o equipos de mejoramiento con las competencias necesarias para su desarrollo.	1- Se realizó la priorización de los procesos a mejorar, utilizando matriz de Riesgo Volumen y Costo. Las acciones de mejora se operativizan según cronograma de trabajo. Se asignaron responsables de la ejecución de las acciones de mejora	1- Matriz de priorización. Plan de MCC	1- Identificar barreras para la ejecuecuion del plan de MCC	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	**1,5**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden **Versiòn** 2 **Fecha** 5/09/2025

ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
ESTANDAR			FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD																
52	**MCC3**	Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización. **Criterios:** • Cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados, que incluye el enfoque de riesgo. • Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas. • Realiza seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento.	1- Se realiza seguimiento continuo a la ejecucuíon de las acciones de mejora. Se evalúa el resultado de los indicadores de calidad que correspondan a las acciones de mejoramiento	1- Actas de auditoria interna. Actas del comité de calidad. Indicadores de calidad	1- Diseñar e implementar un metodo formal y permenente de evaluacion,recoleccion ,procesamiento y analisis de resultados,que incluye el enfoque de riesgo	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	**1,5**
53	**MCC4**	Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados y se consideran: **Criterios:** • Comunicación al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, según aplique. • Información sobre las estrategias adoptadas para el logro de los resultados y sobre los resultados como tal. • Los canales apropiados para la divulgación, socialización e internalización de los resultados a través de la gestión del conocimiento. • Estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios internos o externos, los resultados del mejoramiento.	1- Se realizó la priorización de los procesos a mejorar, utilizando matriz de Riesgo Volumen y Costo. Las acciones de mejora se operativizan según cronograma de trabajo. Se asignaron responsables de la ejecución de las acciones de mejora	1- Matriz de priorización. Plan de MCC	1- Identificar barreras para la ejecuecuion del plan de MCC	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	**1,5**
54	**MCC5**	Los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen y son asegurados en el tiempo en la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas.	1- Definición de planes de mejoramiento tras la autoevaluación de estándares de acreditación.	1- Reporte circular 012 incluye los procesos estandarizados	1- Continuar la estandarización de procesos y fortalecer la transformación cultural	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	**1,5**
						2,0	**2,0**	**2,0**	**2,0**	**2,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,5**
						PROMEDIO ENFOQUE		**2,0**	**PROMEDIO IMPLEMENTACIÓN**	**2,0**	**PROMEDIO RESULTADO**				**1,0**	**1,5**
						PROMEDIO ESTANDAR										**1,5**

DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS
CONSOLIDADO MATRIZ AUTOEVALUACIÓN SUA

ESTANDARES	% CUMPLIMIENTO POR ESTANDAR
CLIENTE ASISTENCIAL	1,8
DIRECCIONAMIENTO	1,8
GERENCIA	1,6
TALENTO HUMANO	1,5
AMBIENTE FÍSICO	1,5
TECNOLOGÍA	1,4
INFORMACIÓN	1,2
CALIDAD	1,5



ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC** **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO - CESAR** **AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA CON ENFOQUE EN ACREDITACION (RESOLUCION 1328 DEL 2021**	Libertad y Orden	**Versiòn** | **2** **Fecha** | **5/09/2025**

CALIFICACIÓN

ESTANDARES	% CUMPLIMIENTO POR ESTANDAR	ENFOQUE				IMPLEMENTACIÓN			RESULTADOS					
		Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	PROMEDIO	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	PROMEDIO	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	PROMEDIO
CLIENTE ASISTENCIAL	1,8	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9	1,9	1,8	1,7	1,6	1,6	1,7
DIRECCIONAMIENTO	1,8	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,6	1,8	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
GERENCIA	1,6	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,17	1,17	1,17	1,17	1,33	1,20
TALENTO HUMANO	1,5	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
AMBIENTE FÍSICO	1,5	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,33	1,67	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,20
TECNOLOGÍA	1,4	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
INFORMACIÓN	1,2	1,67	1,67	1,67	1,67	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
CALIDAD	1,5	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
PROMEDIO	**1,5**	**PROMEDIO**			**1,96**	**PROMEDIO**		**1,73**	**PROMEDIO**					**1,21**

SELECCIÓN DE PROCESO 2025

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC		Libertad y Orden		
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO				
			MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROCESOS		FECHA	8/09/2025	VERSION 2

ASPECTOS CUALITATIVOS					
ESTANDAR		**FORTALEZAS**	**SOPORTES DE LAS FORTALEZAS**	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**PROCESO RESPONSABLE**
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL					
DEBERES DE LOS PACIENTES					
1	AsDP5	1- La ESE cuenta con el manual de procedimiento de SIAU que incorpora el procedimiento de socializacionlos derechos y deberes a los usuarios de igual manera el decalogo de derechos y deberes se encuentra adoptada mediante resolucion No 2069 del 01 de diciembre del 2016	Resolución 2069 del 01 de diciembre del 2016 "Adopción del Decalogo de derechos y deberes", manual de procedimientos de SIAU,	1-Fortalecer la divulgación de la declaración o carta de derechos y deberes de los pacientes a nivel institucional estrategia IEC (videos institucionales, folletos educativos) a los usuarios.	**SIAU**
				2- Adoptar y actualizar mediante acto administrativo la política de atención preferencial general y con enfoque diferencial que se articule con los derechos y deberes de los pacientes para la atención institucionalmente de la población vulnerable que por sus condiciones y características étnicas, identidad de género, discapacidad o por ser víctimas del conflicto armado, requieren un abordaje acorde a sus necesidades y particularidades.	**SIAU**
SEGURIDAD DEL PACIENTE					
2	AsSP5	1- La ESE cuenta con la documentación de la politica de seguridad del paciente y estructurado mediante acto administrativo.	1- Se evidencia manual de seguridad del paciente ultima actualización diciembre del 2019	1- Elaborar los instrumentos de evaluación de adherencia de los protocolos de (Identificación del paciente, prevencion de caidas, correcta administración de medicamentos)	**GESTION DE CALIDAD**
		2- La ESE cuenta con el comité de seguridad del paciente operativo	2- Actas mensuales del comité de seguridad del paciente.	2- Realizar monitoreo y seguimiento de los eventos adversos e incidentes a traves del comité de seguridad del paciente	**GESTION DE CALIDAD**
		3- La institución cuenta con (17) servicios habilitados en la modialidad intramural y domiciliario	3- Constancia del REPS	3- Actualizar el programa de seguridad del paciente y sus protocolos	**GESTION DE CALIDAD**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC**		Libertad y Orden		
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO				
			MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROCESOS		**FECHA**	**8/09/2025**	**VERSION**	**2**

ASPECTOS CUALITATIVOS					
ESTANDAR		**FORTALEZAS**	**SOPORTES DE LAS FORTALEZAS**	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**PROCESO RESPONSABLE**
ACCESO					
3	AsAC9	1- La institución cuenta con diferentes programa de atención desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, con el fin de poder optimizar su capacidad de respuesta.	1- Estimaciones notificadas por las EAPB a cumplir, Peticiones y quejas y reclamos instauradas mensualmente	1. Realizar analisis de la capacidad instalada con referencia a la demanda asistencial de los servicios y la frecuencia de uso de los servicios de salud que presta la ESE.	**PRESTACION DE SERVICIOS RIAS**
				2 Identificar las circunstancias en las que se puede producir picos o alta concentración de demanda asistencial, así como los servicios en los qué el impacto es mayor	**PRESTACION DE SERVICIOS RIAS**
4	AsAC10	1- La ESE cuenta con el portafolio de servicios por medio del cual da a conocer a los usuarios sobre los servcios que oferta	1- Portafolio de servicios actualizado	1.Documentar los protocolos de atención RIAS (primera infancia, infancia, adolescencia, juvetud, adultez, vejez, control prenatal, IVE)	**PRESTACION DE SERVICIOS RIAS**
				2- Socialización de los protocolos d de atención RIAS	**SIAU**
5	AsAC11	1- La ESE realiza el reporte de los indicadores de oportunidad a traves del reporte de la circular 0256 del 2016.	1- Reporte de Indicadores Resolución 0256 del 2016 por cada trimestre	1- Realizar monitoreo mensual de los indicadores de calidad y realizar la respectiva publicación en la pagina web.	**SIAU - GESTION DE CALIDAD**
				2- Realizar analisis trimestral de los mismo, e Implementacion de medidas en caso de encontrarse desviaciones	**SIAU - GESTION DE CALIDAD**
REGISTRO E INGRESO					
6	AsREG4	1- La ESE cuenta con la señalización de los servicios y areas.	1- Señalización de las areas	1- Realizar la actualización de la señalización e identificación de las areas que incluya las viasde comunicación verticales y horizontales categorización del acceso (restringido. semi-restringido, sin restricción	**PLANEACION ESTRATEGICA**
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO					
7	AsEV4	1- La ESE cuenta con personal que brinde información referente a los horarios y restricciones de visita, horarios de alimentación y recomendaciones especificas a recibir aunque, el sistema de llamado no cumpla con su funcion por encontrarse en mantenimiento.	1- Encuestas de satisfacción de los usuarios	1- Documentar el perfil epidemiologico de la institución con el proposito de identificar las necesidades en salud de la poblaciòn atender (ancianos, niños, adolescentes, gestantes, puérperas, inmunodeprimidos, pacientes con enfermedad mental, etc.) e implementar en la Historia Clinica	**PLANEACION ESTRATEGICA**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC**	Libertad y Orden				
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO					
	MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROCESOS	**FECHA**	**8/09/2025**	**VERSION**	**2**	

ASPECTOS CUALITATIVOS					
ESTANDAR		**FORTALEZAS**	**SOPORTES DE LAS FORTALEZAS**	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**PROCESO RESPONSABLE**
8	AsEV5	1- La ESE realiza oportunamente la notificación de enfermedad y eventos en salud pública a través de la plataforma de Sivigila	1- Fichas diligenciadas mensualmente y notificadas al SIVIGILA	1- Definir y establecer estrategias de abordaje en caso de aparición (o sospecha) de brotes epidémicos.	**PLANEACION ESTRATEGICA - RIAS**
				2- Capacitar al equipo de salud de la institución sobre los procedimientos en casos de aparición (o sospecha) de brotes epidémicos.	**PLANEACION ESTRATEGICA - RIAS**
PLANEACION DE LA ATENCION					
9	AsPL19	1- La ESE cuenta con el manual de procedimientos de apoyo diagnostico y complementaciòn terapeutica (1Solicitud, Toma, procesamiento, y reporte de resultados de imágenes diagnosticas (radiografías), toma y procesamiento de muestras de laboratorio clinico	1- Manual de procedimientos laboratorio clinico y de imágenes diagnosticas	1. Actualizar el manual de procedimientos de ayudas diagnosticas el cual debe describir el procedimiento de procesamientos, analisis y reporte de resultados de imágenes diagnoticas, y laboratorio clinico.	**GESTION DE CALIDAD**
10	AsPL20	1- La institución tiene identificado los reportes de estudios de resultados criticos y la necesidad de repetir un procedimiento.	1- Formatos de resultados	1- Documentar y estandarizar los mecanismos para la implementación del reporte de resultados críticos, para definir cuándo se requiere repetir un procedimiento y para tomar correctivos frente a las desviaciones encontradas.	**GESTION DE CALIDAD (SUBDIRECCION CIENTIFICA)**
11	AsPL21	1- La ESE tiene documentado el modelo de prestación de servicios de salud con enfoque de promoción y prevención de la salud	1- Modelo de atención en salud con enfoque en RIAS y Actas de Junta Directiva	1- Caracterizar la población con base en los registros individuales de prestaciòn de servicios RIPS.	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA)**
12	AsPL22	1- La ESE tiene documentado el modelo de prestación de servicios de salud con enfoque de RIAS	1- Modelo de atención en salud con enfoque en RIAS	1- Socializar a traves de mesas de concertacion para la contratacion de la prestacion de servicios de salud con las EAPB el modelo de prestaclón de atención de acuerdo a la normatividad vigente	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA)**
13	AsPL23	1- La ESE tiene documentado el modelo de prestación de servicios de salud con enfoque de RIAS	1- Modelo de atención en salud con enfoque en RIAS	1- Garantizar la prestacíén ce los servicios, atención con énfasis en actlvidades de promoción y mantenimiento de la salud, orientación familiar y comunitaria.	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA) - RIAS**
14	AsPL24	1- La ESE cuenta con siete (7) cinco equipos basicos de salud para la prestación de servicios extramural en la zona rural del municipio de la Paz-Cesar	1- Equipos basicos de salud	1-Evaluar el cumplimiento de las rutas de atencion de salud trimestralmente.	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA) - RIAS**
		2- La ESE cuenta con la caracterización basada en en el informe de analisis de rips trimestralmente realizada en la vigencia 2023.	2- Informes de analisis de RIPS	2- Realizacion de jornadas extramurales de prestacion de servicios de salud para la implementacion de las acciones de promocion y mantenimiento de la salud	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA) - RIAS**
EJECUCION DEL TRATAMIENTO					
				1-Documentar el procedimiento de consentimiento y disestimiento informado incluir formatos	**GESTION DE CALIDAD**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC	Libertad y Orden			
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO				
			MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROCESOS	FECHA	8/09/2025	VERSION	2

ASPECTOS CUALITATIVOS					
ESTANDAR		**FORTALEZAS**	**SOPORTES DE LAS FORTALEZAS**	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**PROCESO RESPONSABLE**
15	AsEJ7	1- Se brinda educacion e informacion al paciente y su familia durante la prestacion de los servicios	1- Registro en la historia clinica sobre los temas de educacion e informacion brindada al paciente	2- Realizar la parametrización implementación y adecuación de los formatos y modelos de HC la cual incluya los diferentes procesos de educación al usuario y al familiar y /o acompañante. En todos los servicios que presta la ESE.	**GESTION DE CALIDAD**
16	AsEJ8	Estándar de Acreditación no evaluables, debido a que esta institución no tiene habilitado la modalidad de telemedicina y extramuralmente no realiza imágenes diagnosticas			
EVALUACION DE LA ATENCION					
17	AsEVA5	1- La ESE realiza periodicamente evaluacion de adherencia Guia de manejo especifica, Guia de atencion de enfermedad hipertensiva y de primera infancia e infancia atraves del comité historias clinicas	1- Actas del comité de Historias Clinicas	1- Documentar el proceso de auditoria de historias clinicas y registros asistenciales que incluya incidentes y eventos adversos.	**PRESTACION DE SERVICIOS (SUBDIRECCION CIENTIFICA)**
				2- Evaluar las historias clinicas y registros asistenciale al cumplimiento de las Ruta de promoción y mantenimiento de la salud en los cuales se tienen en cuenta los incidentes y eventos adversos.	**PRESTACION DE SERVICIOS (RIAS) - GESTION DE CALIDAD**
				3- Socializar de los resultados de la evaluación con el talento humano de salud con el fin de implementar acciones de mejora a las desviaciones encontradas	**PRESTACION DE SERVICIOS (RIAS) - GESTION DE CALIDAD**
SALIDA Y SEGUIMIENTO					
18	AsSAL1	1- La ESE cuenta con las guias de atención de urgencias y de remisión de pacientes.	1- Guías de atención de urgencias y de remisión de pacientes	1- Documentar y estandarizar el procedimiento para el egreso de los pacientes donde se le da instrucciones al usuario y su familia de los cuidados posteriores a la atención.	**SIAU**
19	AsSAL2	1- La ESE realiza educaciòn individual y grupal según lineamientos de la Resoluciòn 3280 del 2018	1- RIPS de PyP	1-Definir el procedimiento de adopción de las Guias clinicas de atención incluyendo las establecidas por la Resolucion 3280 del 2018.	**PRESTACION DE SERVICIOS RIAS**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC		Libertad y Orden	
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO			
			MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROCESOS	FECHA	8/09/2025	VERSION 2

ASPECTOS CUALITATIVOS					
ESTANDAR		**FORTALEZAS**	**SOPORTES DE LAS FORTALEZAS**	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**PROCESO RESPONSABLE**
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA					
20	AsREF1	1- La ESE cuenta La ESE cuenta con manual de referencia y contrareferencia que incluya los criterios de este estándar (Traslado de embarazada, , niños, y otras poblaciones). de igual manera cuenta con el formato de hoja de trasalado y bitacora y	1- Manual de Referencia y Contrareferencia, hoja de traslado y bitacora	1. Implementar mecanismos que permita evaluar la adherencia a la aplicación del manual de Referencia y Contrareferencia	**GESTION DE CALIDAD**
				2.Realizar auditoría médica para evaluar pertinencia clínica y eficiencia administrativa de las remisiones.	**GESTION DE CALIAD (SUBDIRECCION CIENTIFICA)**
21	AsREF2	1- La institucion , cuenta con el Servicio de Laboratorio Clínico de primer nivel de complejidad al cuál son remitidos todos los usuarios atendidos en los diferentes servicios (Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias, Centro de Salud de Arma) y programas de la Institución (Atención al Jóven, atención al	1- No se evidencian soportes	1- Documentar y socializar el procedimiento de seguimiento a los usuarios remitidos a otras IPS.	**GESTION DE CALIAD (SUBDIRECCION CIENTIFICA)**
				2. Documentar y socializar las Guias acerca de referencia y contrarreferencia de la institucion, ademas de las evoluciones y ordenes de traslado consignadas en las historias clinicas.	**GESTION DE CALIAD (SUBDIRECCION CIENTIFICA)**
22	AsREF3	ESTANDAR NO EVALUABLE			
23	AsREF4	Ninguna	No se evidencian soportes	1-Documentar el protocolo o proceso estructurado que describa el paso a paso para informar sobre los tramites que debe realizar el usuario en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador.	**SIAU**
24	AsREF5	ESTANDAR NO EVALUABLE			
25	AsREF6	ESTANDAR NO EVALUABLE			
SEDES INTEGRADAS EN RED					
26	AsSIR17	La institución cuenta con Red integral de prestacion de serveción de salud con acciones de promoción y mantenimiento de la salud, donde se desarrollan programas y actividades de acuerdo al marco legal de referencia para la prevención, reduciendo o atendendiendo los efectos sobre la salud producidos por brotes epidemiológicos.	Informe de prestación de servicios de salud con acciones de promoción y mantenimiento de la salud. Folletos. Informe de indicadores.	1. Definir con la red de aseguradores informe o mesas de trabajo para retroalimentar a la entidad responsable de pago de los servicios de salud, sobre el análisis de la información de los usuarios que ingresan a la institución.	**PRESTACION DE SERVICIOS RIAS**
27	AsSIR18	La entidad tiene definido y documentado los servicios que oferta en su portafolio de servicios en cada una de las sedes.	Portafolio de servicios y pagina web de la institución.	1. Definir y brindar información clara al usuario, familiar, acompañante o cuidador sobre el portafolio de servicios para cada una de las sedes donde se realizará la atención del usuario.	**SIAU**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC		Libertad y Orden		
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO				
			MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROCESOS		FECHA	8/09/2025	VERSION 2

ASPECTOS CUALITATIVOS					
ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO					
28	DIR13	La organización dispone de una planificación estratégica documentada y coherente con su misión y modelo de prestación, priorizando sus objetivos de acuerdo con un análisis previo sobre su activídad, las expectativas de la población a la que atiende y los recursos disponibles:	Plataforma estrategica de la ESE	1- Actualizar la plataforma estrategica de la ESE.	PLANEACION ESTRATEGICA
29	DIR14	Los líderes de la organización están identificados y son responsables colectlvarnente de definir la misión de la organización y crear los programas y políticas necesarios para cumplir la misión.	Plataforma estrategica de la ESE	1- Evaluar el Plan de Desarrollo Institucional de la ESE.	PLANEACION ESTRATEGICA
30	DIR15	La organización establece y gestiona un plan de comunicación interna y externa.	Informe de Rendicion de cuentas	1- Definir y documentar plan de comunicaciónes de la ESE	PLANEACION ESTRATEGICA
31	DIR16	La Política de Prestación de. Servicios de salud está definida, implementada y alineada con la Política y Modelo de prestación en Salud o su equivalente, como instrumento de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población, a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud; agentes de otros .sísternas y las comunidades.	Informe de brigadas extramurales y actividades pic programadas para la vigencia	1- Definir y caracterizar la politica de atención primaria en salud de la ESE y armonizarla con el moldelo de prestación de servicios.	PLANEACION ESTRATEGICA
32	DIR17	La organización tiene diseñada, implementada y. evaluada una Politica de Gestión Integral del Ríesgo en Salud orientada a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, prevenir las enfermedades, así como la discapacidad ocasionada por la -enfermedad.	Actas de Junta Directiva	1. Diseñar, implementar y evaluar una Política de Gestión Integral del Riesgo en Salud orientada a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, prevenir las enfermedades, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad.	PLANEACION ESTRATEGICA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC	Libertad y Orden			
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO				
			MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROCESOS	FECHA	8/09/2025	VERSION	2

ASPECTOS CUALITATIVOS					
ESTANDAR		**FORTALEZAS**	**SOPORTES DE LAS FORTALEZAS**	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**PROCESO RESPONSABLE**
GERENCIA					
33	GER15	La ESE tiene adoptado el manual de funciones de la ESE	Manual de funciones de la ESE	1. Definir los perfiles de los líderes y/o cooridanadores de procesos requeridos e identificacíon de líderes de procesos	**TALENTO HUMANO**
34	GER16	La junta directiva de la ESE realizo evaluación al cumplimiento de los indicadores aprobados en el plan de gestion gerencial 2020-2024	acta y acuerdo de evaluación satisfactoria del informe de gestión gerencial vigencial 2022.	1. Operativizar el comité de gerencia	**PLANEACION ESTRATEGICA**
35	GER17	La ESE como mecanismos de participación social tiene implementado el comité de etica hospitalaria, la asociación de usuarios, y los buzones de sugerencias	Actas del comité de etica hospitalaria, actas de reunion de la asociación de usuarios y actas de apertura de los buzones de sugerencias	1. Fortalecer el fomento y la difusión de todos los mecanismos de participación social que tiene definido e implementado la ESE	**SIAU**
36	GER18	La ESE realiza anual la proyeccion y aprobación de presupuesto de ingreso con base e la gestión de cartera yla venta de servicios de la ESE	Acuerdo de junta directiva de aprobación de presupuesto para la vigencia 2022	1. Efectúar seguimiento sistemático y periódico a la ejecución presupuestal y al comportamiento de los estados financieros y genera correctivos a desviaciones presentadas.	**PLANEACION ESTRATEGICA**
37	GER19	La ESE periodicamente realiza a traves de la oficina de control interno auditoria a los procesos administrativos en la vigencia 2023	Informes de auditoria vigencia 2023	1. Realizar evaluación y seguimiento a los planes de mejoramiento como resultado de las auditorias realizadas en la vigencia 2023	**GESTION DE CALIDAD**
38	GER20	La ESE realiza seguimiento y monitoreo mensual al proceso de referencia y contrareferencia a traves del diligenciamiento de las bitacoras que se reportan a la oficina del CRUE departamental	Informe mensual de la bitacora de referencias y contrareferencias reportadas al CRUE Dptal	1. Definir y establecer mencanismos que permita evaluar la oportunidad de los tiempos respuesta de las referencias y contrareferencias reportadas por la ESE a las distintas EAPB.	**GESTION DE CALIDAD**
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO					
39	TH17	Para la realización de las brigadas extramurales garantiza el uso de los EPP, los formatos y registros de atención en salud, y trabajo en equipo multidisciplinario según lo requerido por la demanda de servicios	Registros de entrega de los EPP	1. Garantizar al talento Humano las condiciones laborales cuando realice actividades extramurales cuando se requieran a traves del plan estrategico del Talento Humano	**TALENTO HUMANO**
40	TH18	La ESE realiza el monitoreo a traves de la implementación de la Dosimetria	Registros de los Dosimetros	1. Definir el programa de seguridad radiologica alineado con el programa de Seguridad y Salud en el Trabajo.	**TALENTO HUMANO**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC		Libertad y Orden	
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO			
			MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROCESOS	FECHA	8/09/2025	VERSION 2

ASPECTOS CUALITATIVOS					
ESTANDAR		**FORTALEZAS**	**SOPORTES DE LAS FORTALEZAS**	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**PROCESO RESPONSABLE**
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO					
41	GAF11	La ESE tiene definido las necesidades de mejora en la infraestructua fisica de la ESE.	Registro fotografico	1-Actualizar y socializar el manual de limpieza y desinfección de la ESE.	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA) - GESTION DE ALMACEN**
				2- Documentar y socializar el protocolo de manejo de ropa hospitalaria	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA) - GESTION DE ALMACEN**
				3- Fortalecer la implementación del plan de control de vectores, roedores, plagas el cual debe garantizar la conservación del Medio Ambiente.	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA) - GESTION DE ALMACEN**
42	GAF12	La ESE Implementa periodicamente el plan de control de vectores, roedores, plagas.	Informes de cumplimiento del plan de control de vectores, roedores, plagas.	1. Fortalecer la implementación del plan de control de vectores, roedores, plagas el cual debe garantizar la conservación del Medio Ambiente.	**GESTION AMBIENTAL**
43	GAF13	La ESE realiza el almacenimiento y conservación de los reactivos, insumos y dispositivos medicos de imágenes diagnosticas, laboratorio Clinico y Odontología en los respectivos servicios.	Actas de recpeción tecnica de los medicamentos, dispositivos medicos e insumos	1. Realizar la socializazaciòn del manual de procedimientos de farmacia	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA)**
				2. Unificar el área de almacenamiento y Realizar el almacenamiento, conservación control de cadena de frio de los reactivos, medicamentos, dispositivos e insumos según lo establecido por el decreto 2200 del 2005 y la resolución 1403 del 2007 y el manual del servicio farmacéutico de la ESE	**APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA (SERVICIO FARMACEUTICO)**
GESTION DE LA TECNOLOGIA					
44	GT10	La ESE tiene documentado el cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos biomedicos	Cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos biomedicos vigencia 2023	1- Realizar la socialización del manual de procedimientos de farmacia	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA)- GESTION DE ALMACEN**
				2- Unificar el área de almacenamiento y Realizar el almacenamiento, conservación control de cadena de frio de los reactivos, medicamentos, dispositivos e insumos según lo establecido por el decreto 2200 del 2005 y la resolución 1403 del 2007 y el manual del servicio farmacéutico de la ESE	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA)- GESTION DE ALMACEN (MANTENIMIENTO HOSPITALARIO)**
45	GT11	Estandar No evaluable, La institución no tiene implementado la telemedicina			

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC**			Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO			
	MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROCESOS	**FECHA**	**8/09/2025**	**VERSION** **2**

ASPECTOS CUALITATIVOS

ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE
GERENCIA DE LA INFORMACION					
192	GI14	La ESE cuenta con el sistema de Información Esalud para el manejo y custodia de la información asistencial de la ESE	Sistema de Información Esalud	1. Definir y establecer mecanismos que garanticen que las atenciones realizadas en las brigadas extramurales se puedan unificar y registrar en la historia clinica electronica	**PLANEACION ESTRATEGICA - TICS**
193	GI15	Estándar no evaluable La ESE no oferta la modalidad en Telemedicina y Tele salud			
194	GI16	El servicio de imágenes diagnosticas cuenta con la digitalización de las imágenes diagnosticas	Imágenes diagnosticas digitalizadas	1. Definir y establecer mecanismos que garanticen que los sistemas de información puedan registrar, gestionar y almacenar los resultados de los estudios y exámenes realizados en los servicios de imágenes diagnósticas y laboratorio clínico. acceso y disponibilidad de los servicios clínicos existentes. acceso y disponibllidad de los servicios cllnlcos existentes.	**PLANEACION ESTRATEGICA - TICS**
195	GI17	La institución cuenta con la adopción de un nuevo sistema de información que dispone de sistemas para acceder a la información clínica de un paciente, incorporando los resultados de las unidades o servicios de apoyo diagnóstico, integrando las sedes tanto urbanas como rurales.	Sistema de Información	1. Continuar con la instalación y la unificación de la tecnologia del sistema de información en unidades y apoyo diagnostico en todas las sedes tanto urbanas como rurales de la ESE,	**GESTION DE ALMACEN (MANTENIMIENTO HOSPITALARIO)- TICS**
MEJORAMIENTO CONTINUO					
197	MCC1	Se tiene definido y documentado un programa de auditoria para el MCC. Se conformó un equipo responsable de la autoevaluación. Existe un funcionario responsable de liderar los planes de mejoramiento continuo. Se realiza seguimiento periódico a la ejecución de los planes de MCC	Pamec Vigencia 2023	1. Ejecutar anualmente el PAMEC	**GESTION DE CALIAD**
198	MCC2	Se realizó la priorización de los procesos a mejorar, utilizando matriz de Riesgo Volumen y Costo. Las acciones de mejora se operativizan según cronograma de trabajo. Se asignaron responsables de la ejecución de las acciones de mejora	Matriz de priorización. Plan de MCC	1. Identificar barreras para la ejecuecuion del plan de MCC	**GESTION DE CALIAD**
199	MCC3	Se realiza seguimiento continuo a la ejecucuíon de las acciones de mejora. Se evalúa el resultado de los indicadores de calidad que correspondan a las acciones de mejoramiento	Actas de auditoria interna. Actas del comité de calidad. Indicadores de calidad	1. Diseñar e implementar un metodo formal y permenente de evaluacion,recoleccion ,procesamiento y analisis de resultados,que incluye el enfoque de riesgo	**GESTION DE CALIAD**
200	MCC4	Se realiza seguimiento continuo a la ejecucuíon de las acciones de mejora. Se evalúa el resultado de los indicadores de calidad que correspondan a las acciones de mejoramiento	Actas de auditoria interna. Actas del comité de calidad. Indicadores de calidad. Reporte a la Secretaria de Departamental. Reporte circular 012 Supersalud.	1. Difundir en la pagina institucional el Reporte de cumplimiento de a circular 012 de la Supersalud cada vigencia.	**GESTION DE CALIAD**
201	MCC5	Definición de planes de mejoramiento tras la autoevaluación de estándares de acreditación.	Reporte circular 012 incluye los procesos estandarizados	1. Continuar la estandarización de procesos y fortalecer la transformación cultural	**GESTION DE CALIAD**

PRIORIZACION DE PROCESOS 2025

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC		Libertad y Orden		
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO				
			MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROCESOS		FECHA	8/09/2025	VERSION 2

ASPECTOS CUALITATIVOS					
ESTANDAR		**FORTALEZAS**	**SOPORTES DE LAS FORTALEZAS**	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**PROCESO RESPONSABLE**
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL					
DEBERES DE LOS PACIENTES					
1	AsDP5	1- La ESE cuenta con el manual de procedimiento de SIAU que incorpora el procedimiento de socializacionlos derechos y deberes a los usuarios de igual manera el decalogo de derechos y deberes se encuentra adoptada mediante resolucion No 2069 del 01 de diciembre del 2016	Resolución 2069 del 01 de diciembre del 2016 "Adopción del Decalogo de derechos y deberes", manual de procedimientos de SIAU,	1-Fortalecer la divulgación de la declaración o carta de derechos y deberes de los pacientes a nivel institucional estrategia IEC (videos institucionales, folletos educativos) a los usuarios.	**SIAU**
				2- Adoptar y actualizar mediante acto administrativo la política de atención preferencial general y con enfoque diferencial que se articule con los derechos y deberes de los pacientes para la atención institucionalmente de la población vulnerable que por sus condiciones y características étnicas, identidad de género, discapacidad o por ser víctimas del conflicto armado, requieren un abordaje acorde a sus necesidades y particularidades.	**SIAU**
SEGURIDAD DEL PACIENTE					
2	AsSP5	1- La ESE cuenta con la documentación de la politica de seguridad del paciente y estructurado mediante acto administrativo.	1- Se evidencia manual de seguridad del paciente ultima actualización diciembre del 2019	1- Elaborar los instrumentos de evaluación de adherencia de los protocolos de (Identificación del paciente, prevencion de caidas, correcta administración de medicamentos)	**GESTION DE CALIDAD**
		2- La ESE cuenta con el comité de seguridad del paciente operativo	2- Actas mensuales del comité de seguridad del paciente.	2- Realizar monitoreo y seguimiento de los eventos adversos e incidentes a traves del comité de seguridad del paciente	**GESTION DE CALIDAD**
		3- La institución cuenta con (17) servicios habilitados en la modialidad intramural y domiciliario	3- Constancia del REPS	3- Actualizar el programa de seguridad del paciente y sus protocolos	**GESTION DE CALIDAD**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC**		Libertad y Orden		
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO				
			MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROCESOS		**FECHA**	**8/09/2025**	**VERSION**	**2**

ASPECTOS CUALITATIVOS					
ESTANDAR		**FORTALEZAS**	**SOPORTES DE LAS FORTALEZAS**	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**PROCESO RESPONSABLE**
ACCESO					
3	AsAC9	1- La institución cuenta con diferentes programa de atención desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, con el fin de poder optimizar su capacidad de respuesta.	1- Estimaciones notificadas por las EAPB a cumplir, Peticiones y quejas y reclamos instauradas mensualmente	1. Realizar analisis de la capacidad instalada con referencia a la demanda asistencial de los servicios y la frecuencia de uso de los servicios de salud que presta la ESE.	**PRESTACION DE SERVICIOS RIAS**
				2 Identificar las circunstancias en las que se puede producir picos o alta concentración de demanda asistencial, así como los servicios en los qué el impacto es mayor	**PRESTACION DE SERVICIOS RIAS**
4	AsAC10	1- La ESE cuenta con el portafolio de servicios por medio del cual da a conocer a los usuarios sobre los servcios que oferta	1- Portafolio de servicios actualizado	1.Documentar los protocolos de atención RIAS (primera infancia, infancia, adolescencia, juvetud, adultez, vejez, control prenatal, IVE)	**PRESTACION DE SERVICIOS RIAS**
				2- Socialización de los protocolos d de atención RIAS	**SIAU**
5	AsAC11	1- La ESE realiza el reporte de los indicadores de oportunidad a traves del reporte de la circular 0256 del 2016.	1- Reporte de Indicadores Resolución 0256 del 2016 por cada trimestre	1- Realizar monitoreo mensual de los indicadores de calidad y realizar la respectiva publicación en la pagina web.	**SIAU - GESTION DE CALIDAD**
				2- Realizar analisis trimestral de los mismo, e Implementacion de medidas en caso de encontrarse desviaciones	**SIAU - GESTION DE CALIDAD**
REGISTRO E INGRESO					
6	AsREG4	1- La ESE cuenta con la señalización de los servicios y areas.	1- Señalización de las areas	1- Realizar la actualización de la señalización e identificación de las areas que incluya las viasde comunicación verticales y horizontales categorización del acceso (restringido. semi-restringido, sin restricción	**PLANEACION ESTRATEGICA**
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO					
7	AsEV4	1- La ESE cuenta con personal que brinde información referente a los horarios y restricciones de visita, horarios de alimentación y recomendaciones especificas a recibir aunque, el sistema de llamado no cumpla con su funcion por encontrarse en mantenimiento.	1- Encuestas de satisfacción de los usuarios	1- Documentar el perfil epidemiologico de la institución con el proposito de identificar las necesidades en salud de la poblaciòn atender (ancianos, niños, adolescentes, gestantes, puérperas, inmunodeprimidos, pacientes con enfermedad mental, etc.) e implementar en la Historia Clinica	**PLANEACION ESTRATEGICA**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC**	Libertad y Orden				
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO					
	MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROCESOS	**FECHA**	**8/09/2025**	**VERSION**	**2**	

ASPECTOS CUALITATIVOS					
ESTANDAR		**FORTALEZAS**	**SOPORTES DE LAS FORTALEZAS**	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**PROCESO RESPONSABLE**
8	AsEV5	1- La ESE realiza oportunamente la notificación de enfermedad y eventos en salud pública a través de la plataforma de Sivigila	1- Fichas diligenciadas mensualmente y notificadas al SIVIGILA	1- Definir y establecer estrategias de abordaje en caso de aparición (o sospecha) de brotes epidémicos.	**PLANEACION ESTRATEGICA - RIAS**
				2- Capacitar al equipo de salud de la institución sobre los procedimientos en casos de aparición (o sospecha) de brotes epidémicos.	**PLANEACION ESTRATEGICA - RIAS**
PLANEACION DE LA ATENCION					
9	AsPL19	1- La ESE cuenta con el manual de procedimientos de apoyo diagnostico y complementaciòn terapeutica (1Solicitud, Toma, procesamiento, y reporte de resultados de imágenes diagnosticas (radiografías), toma y procesamiento de muestras de laboratorio clinico	1- Manual de procedimientos laboratorio clinico y de imágenes diagnosticas	1. Actualizar el manual de procedimientos de ayudas diagnosticas el cual debe describir el procedimiento de procesamientos, analisis y reporte de resultados de imágenes diagnoticas, y laboratorio clinico.	**GESTION DE CALIDAD**
10	AsPL20	1- La institución tiene identificado los reportes de estudios de resultados criticos y la necesidad de repetir un procedimiento.	1- Formatos de resultados	1- Documentar y estandarizar los mecanismos para la implementación del reporte de resultados críticos, para definir cuándo se requiere repetir un procedimiento y para tomar correctivos frente a las desviaciones encontradas.	**GESTION DE CALIDAD (SUBDIRECCION CIENTIFICA)**
11	AsPL21	1- La ESE tiene documentado el modelo de prestación de servicios de salud con enfoque de promoción y prevención de la salud	1- Modelo de atención en salud con enfoque en RIAS y Actas de Junta Directiva	1- Caracterizar la población con base en los registros individuales de prestaciòn de servicios RIPS.	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA)**
12	AsPL22	1- La ESE tiene documentado el modelo de prestación de servicios de salud con enfoque de RIAS	1- Modelo de atención en salud con enfoque en RIAS	1- Socializar a traves de mesas de concertacion para la contratacion de la prestacion de servicios de salud con las EAPB el modelo de prestaclón de atención de acuerdo a la normatividad vigente	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA)**
13	AsPL23	1- La ESE tiene documentado el modelo de prestación de servicios de salud con enfoque de RIAS	1- Modelo de atención en salud con enfoque en RIAS	1- Garantizar la prestacíén ce los servicios, atención con énfasis en actlvidades de promoción y mantenimiento de la salud, orientación familiar y comunitaria.	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA) - RIAS**
14	AsPL24	1- La ESE cuenta con siete (7) cinco equipos basicos de salud para la prestación de servicios extramural en la zona rural del municipio de la Paz-Cesar	1- Equipos basicos de salud	1-Evaluar el cumplimiento de las rutas de atencion de salud trimestralmente.	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA) - RIAS**
		2- La ESE cuenta con la caracterización basada en en el informe de analisis de rips trimestralmente realizada en la vigencia 2023.	2- Informes de analisis de RIPS	2- Realizacion de jornadas extramurales de prestacion de servicios de salud para la implementacion de las acciones de promocion y mantenimiento de la salud	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA) - RIAS**
EJECUCION DEL TRATAMIENTO					
				1-Documentar el procedimiento de consentimiento y disestimiento informado incluir formatos	**GESTION DE CALIDAD**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC	Libertad y Orden			
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO				
			MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROCESOS	FECHA	8/09/2025	VERSION	2

ASPECTOS CUALITATIVOS					
ESTANDAR		**FORTALEZAS**	**SOPORTES DE LAS FORTALEZAS**	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**PROCESO RESPONSABLE**
15	AsEJ7	1- Se brinda educacion e informacion al paciente y su familia durante la prestacion de los servicios	1- Registro en la historia clinica sobre los temas de educacion e informacion brindada al paciente	2- Realizar la parametrización implementación y adecuación de los formatos y modelos de HC la cual incluya los diferentes procesos de educación al usuario y al familiar y /o acompañante. En todos los servicios que presta la ESE.	**GESTION DE CALIDAD**
16	AsEJ8	Estándar de Acreditación no evaluables, debido a que esta institución no tiene habilitado la modalidad de telemedicina y extramuralmente no realiza imágenes diagnosticas			
EVALUACION DE LA ATENCION					
17	AsEVA5	1- La ESE realiza periodicamente evaluacion de adherencia Guia de manejo especifica, Guia de atencion de enfermedad hipertensiva y de primera infancia e infancia atraves del comité historias clinicas	1- Actas del comité de Historias Clinicas	1- Documentar el proceso de auditoria de historias clinicas y registros asistenciales que incluya incidentes y eventos adversos.	**PRESTACION DE SERVICIOS (SUBDIRECCION CIENTIFICA)**
				2- Evaluar las historias clinicas y registros asistenciale al cumplimiento de las Ruta de promoción y mantenimiento de la salud en los cuales se tienen en cuenta los incidentes y eventos adversos.	**PRESTACION DE SERVICIOS (RIAS) - GESTION DE CALIDAD**
				3- Socializar de los resultados de la evaluación con el talento humano de salud con el fin de implementar acciones de mejora a las desviaciones encontradas	**PRESTACION DE SERVICIOS (RIAS) - GESTION DE CALIDAD**
SALIDA Y SEGUIMIENTO					
18	AsSAL1	1- La ESE cuenta con las guias de atención de urgencias y de remisión de pacientes.	1- Guías de atención de urgencias y de remisión de pacientes	1- Documentar y estandarizar el procedimiento para el egreso de los pacientes donde se le da instrucciones al usuario y su familia de los cuidados posteriores a la atención.	**SIAU**
19	AsSAL2	1- La ESE realiza educaciòn individual y grupal según lineamientos de la Resoluciòn 3280 del 2018	1- RIPS de PyP	1-Definir el procedimiento de adopción de las Guias clinicas de atención incluyendo las establecidas por la Resolucion 3280 del 2018.	**PRESTACION DE SERVICIOS RIAS**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC		Libertad y Orden	
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO			
			MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROCESOS	FECHA	8/09/2025	VERSION 2

ASPECTOS CUALITATIVOS					
ESTANDAR		**FORTALEZAS**	**SOPORTES DE LAS FORTALEZAS**	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**PROCESO RESPONSABLE**
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA					
20	AsREF1	1- La ESE cuenta La ESE cuenta con manual de referencia y contrareferencia que incluya los criterios de este estándar (Traslado de embarazada, , niños, y otras poblaciones). de igual manera cuenta con el formato de hoja de trasalado y bitacora y	1- Manual de Referencia y Contrareferencia, hoja de traslado y bitacora	1. Implementar mecanismos que permita evaluar la adherencia a la aplicación del manual de Referencia y Contrareferencia	**GESTION DE CALIDAD**
				2.Realizar auditoría médica para evaluar pertinencia clínica y eficiencia administrativa de las remisiones.	**GESTION DE CALIAD (SUBDIRECCION CIENTIFICA)**
21	AsREF2	1- La institucion , cuenta con el Servicio de Laboratorio Clínico de primer nivel de complejidad al cuál son remitidos todos los usuarios atendidos en los diferentes servicios (Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias, Centro de Salud de Arma) y programas de la Institución (Atención al Jóven, atención al	1- No se evidencian soportes	1- Documentar y socializar el procedimiento de seguimiento a los usuarios remitidos a otras IPS.	**GESTION DE CALIAD (SUBDIRECCION CIENTIFICA)**
				2. Documentar y socializar las Guias acerca de referencia y contrarreferencia de la institucion, ademas de las evoluciones y ordenes de traslado consignadas en las historias clinicas.	**GESTION DE CALIAD (SUBDIRECCION CIENTIFICA)**
22	AsREF3	ESTANDAR NO EVALUABLE			
23	AsREF4	Ninguna	No se evidencian soportes	1-Documentar el protocolo o proceso estructurado que describa el paso a paso para informar sobre los tramites que debe realizar el usuario en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador.	**SIAU**
24	AsREF5	ESTANDAR NO EVALUABLE			
25	AsREF6	ESTANDAR NO EVALUABLE			
SEDES INTEGRADAS EN RED					
26	AsSIR17	La institución cuenta con Red integral de prestacion de serveción de salud con acciones de promoción y mantenimiento de la salud, donde se desarrollan programas y actividades de acuerdo al marco legal de referencia para la prevención, reduciendo o atendendiendo los efectos sobre la salud producidos por brotes epidemiológicos.	Informe de prestación de servicios de salud con acciones de promoción y mantenimiento de la salud. Folletos. Informe de indicadores.	1. Definir con la red de aseguradores informe o mesas de trabajo para retroalimentar a la entidad responsable de pago de los servicios de salud, sobre el análisis de la información de los usuarios que ingresan a la institución.	**PRESTACION DE SERVICIOS RIAS**
27	AsSIR18	La entidad tiene definido y documentado los servicios que oferta en su portafolio de servicios en cada una de las sedes.	Portafolio de servicios y pagina web de la institución.	1. Definir y brindar información clara al usuario, familiar, acompañante o cuidador sobre el portafolio de servicios para cada una de las sedes donde se realizará la atención del usuario.	**SIAU**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC		Libertad y Orden		
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO				
			MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROCESOS		FECHA	8/09/2025	VERSION 2

ASPECTOS CUALITATIVOS					
ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO					
28	DIR13	La organización dispone de una planificación estratégica documentada y coherente con su misión y modelo de prestación, priorizando sus objetivos de acuerdo con un análisis previo sobre su activídad, las expectativas de la población a la que atiende y los recursos disponibles:	Plataforma estrategica de la ESE	1- Actualizar la plataforma estrategica de la ESE.	PLANEACION ESTRATEGICA
29	DIR14	Los líderes de la organización están identificados y son responsables colectlvarnente de definir la misión de la organización y crear los programas y políticas necesarios para cumplir la misión.	Plataforma estrategica de la ESE	1- Evaluar el Plan de Desarrollo Institucional de la ESE.	PLANEACION ESTRATEGICA
30	DIR15	La organización establece y gestiona un plan de comunicación interna y externa.	Informe de Rendicion de cuentas	1- Definir y documentar plan de comunicaciónes de la ESE	PLANEACION ESTRATEGICA
31	DIR16	La Política de Prestación de. Servicios de salud está definida, implementada y alineada con la Política y Modelo de prestación en Salud o su equivalente, como instrumento de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población, a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud; agentes de otros .sísternas y las comunidades.	Informe de brigadas extramurales y actividades pic programadas para la vigencia	1- Definir y caracterizar la politica de atención primaria en salud de la ESE y armonizarla con el moldelo de prestación de servicios.	PLANEACION ESTRATEGICA
32	DIR17	La organización tiene diseñada, implementada y. evaluada una Politica de Gestión Integral del Ríesgo en Salud orientada a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, prevenir las enfermedades, así como la discapacidad ocasionada por la -enfermedad.	Actas de Junta Directiva	1. Diseñar, implementar y evaluar una Política de Gestión Integral del Riesgo en Salud orientada a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, prevenir las enfermedades, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad.	PLANEACION ESTRATEGICA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC	Libertad y Orden			
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO				
			MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROCESOS	FECHA	8/09/2025	VERSION	2

ASPECTOS CUALITATIVOS					
ESTANDAR		**FORTALEZAS**	**SOPORTES DE LAS FORTALEZAS**	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**PROCESO RESPONSABLE**
GERENCIA					
33	GER15	La ESE tiene adoptado el manual de funciones de la ESE	Manual de funciones de la ESE	1. Definir los perfiles de los líderes y/o cooridanadores de procesos requeridos e identificacíon de líderes de procesos	**TALENTO HUMANO**
34	GER16	La junta directiva de la ESE realizo evaluación al cumplimiento de los indicadores aprobados en el plan de gestion gerencial 2020-2024	acta y acuerdo de evaluación satisfactoria del informe de gestión gerencial vigencial 2022.	1. Operativizar el comité de gerencia	**PLANEACION ESTRATEGICA**
35	GER17	La ESE como mecanismos de participación social tiene implementado el comité de etica hospitalaria, la asociación de usuarios, y los buzones de sugerencias	Actas del comité de etica hospitalaria, actas de reunion de la asociación de usuarios y actas de apertura de los buzones de sugerencias	1. Fortalecer el fomento y la difusión de todos los mecanismos de participación social que tiene definido e implementado la ESE	**SIAU**
36	GER18	La ESE realiza anual la proyeccion y aprobación de presupuesto de ingreso con base e la gestión de cartera yla venta de servicios de la ESE	Acuerdo de junta directiva de aprobación de presupuesto para la vigencia 2022	1. Efectúar seguimiento sistemático y periódico a la ejecución presupuestal y al comportamiento de los estados financieros y genera correctivos a desviaciones presentadas.	**PLANEACION ESTRATEGICA**
37	GER19	La ESE periodicamente realiza a traves de la oficina de control interno auditoria a los procesos administrativos en la vigencia 2023	Informes de auditoria vigencia 2023	1. Realizar evaluación y seguimiento a los planes de mejoramiento como resultado de las auditorias realizadas en la vigencia 2023	**GESTION DE CALIDAD**
38	GER20	La ESE realiza seguimiento y monitoreo mensual al proceso de referencia y contrareferencia a traves del diligenciamiento de las bitacoras que se reportan a la oficina del CRUE departamental	Informe mensual de la bitacora de referencias y contrareferencias reportadas al CRUE Dptal	1. Definir y establecer mencanismos que permita evaluar la oportunidad de los tiempos respuesta de las referencias y contrareferencias reportadas por la ESE a las distintas EAPB.	**GESTION DE CALIDAD**
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO					
39	TH17	Para la realización de las brigadas extramurales garantiza el uso de los EPP, los formatos y registros de atención en salud, y trabajo en equipo multidisciplinario según lo requerido por la demanda de servicios	Registros de entrega de los EPP	1. Garantizar al talento Humano las condiciones laborales cuando realice actividades extramurales cuando se requieran a traves del plan estrategico del Talento Humano	**TALENTO HUMANO**
40	TH18	La ESE realiza el monitoreo a traves de la implementación de la Dosimetria	Registros de los Dosimetros	1. Definir el programa de seguridad radiologica alineado con el programa de Seguridad y Salud en el Trabajo.	**TALENTO HUMANO**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC		Libertad y Orden	
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO			
			MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROCESOS	FECHA	8/09/2025	VERSION 2

ASPECTOS CUALITATIVOS					
ESTANDAR		**FORTALEZAS**	**SOPORTES DE LAS FORTALEZAS**	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**PROCESO RESPONSABLE**
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO					
41	GAF11	La ESE tiene definido las necesidades de mejora en la infraestructua fisica de la ESE.	Registro fotografico	1-Actualizar y socializar el manual de limpieza y desinfección de la ESE.	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA) - GESTION DE ALMACEN**
				2- Documentar y socializar el protocolo de manejo de ropa hospitalaria	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA) - GESTION DE ALMACEN**
				3- Fortalecer la implementación del plan de control de vectores, roedores, plagas el cual debe garantizar la conservación del Medio Ambiente.	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA) - GESTION DE ALMACEN**
42	GAF12	La ESE Implementa periodicamente el plan de control de vectores, roedores, plagas.	Informes de cumplimiento del plan de control de vectores, roedores, plagas.	1. Fortalecer la implementación del plan de control de vectores, roedores, plagas el cual debe garantizar la conservación del Medio Ambiente.	**GESTION AMBIENTAL**
43	GAF13	La ESE realiza el almacenimiento y conservación de los reactivos, insumos y dispositivos medicos de imágenes diagnosticas, laboratorio Clinico y Odontología en los respectivos servicios.	Actas de recpeción tecnica de los medicamentos, dispositivos medicos e insumos	1. Realizar la socializazaciòn del manual de procedimientos de farmacia	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA)**
				2. Unificar el área de almacenamiento y Realizar el almacenamiento, conservación control de cadena de frio de los reactivos, medicamentos, dispositivos e insumos según lo establecido por el decreto 2200 del 2005 y la resolución 1403 del 2007 y el manual del servicio farmacéutico de la ESE	**APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA (SERVICIO FARMACEUTICO)**
GESTION DE LA TECNOLOGIA					
44	GT10	La ESE tiene documentado el cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos biomedicos	Cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos biomedicos vigencia 2023	1- Realizar la socialización del manual de procedimientos de farmacia	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA)- GESTION DE ALMACEN**
				2- Unificar el área de almacenamiento y Realizar el almacenamiento, conservación control de cadena de frio de los reactivos, medicamentos, dispositivos e insumos según lo establecido por el decreto 2200 del 2005 y la resolución 1403 del 2007 y el manual del servicio farmacéutico de la ESE	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA)- GESTION DE ALMACEN (MANTENIMIENTO HOSPITALARIO)**
45	GT11	Estandar No evaluable, La institución no tiene implementado la telemedicina			

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC**			Libertad y Orden
	ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO			
	MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROCESOS	**FECHA**	**8/09/2025**	**VERSION** **2**

ASPECTOS CUALITATIVOS

ESTANDAR		FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE
GERENCIA DE LA INFORMACION					
192	GI14	La ESE cuenta con el sistema de Información Esalud para el manejo y custodia de la información asistencial de la ESE	Sistema de Información Esalud	1. Definir y establecer mecanismos que garanticen que las atenciones realizadas en las brigadas extramurales se puedan unificar y registrar en la historia clinica electronica	**PLANEACION ESTRATEGICA - TICS**
193	GI15	Estándar no evaluable La ESE no oferta la modalidad en Telemedicina y Tele salud			
194	GI16	El servicio de imágenes diagnosticas cuenta con la digitalización de las imágenes diagnosticas	Imágenes diagnosticas digitalizadas	1. Definir y establecer mecanismos que garanticen que los sistemas de información puedan registrar, gestionar y almacenar los resultados de los estudios y exámenes realizados en los servicios de imágenes diagnósticas y laboratorio clínico. acceso y disponibilidad de los servicios clínicos existentes. acceso y disponibllidad de los servicios cllnlcos existentes.	**PLANEACION ESTRATEGICA - TICS**
195	GI17	La institución cuenta con la adopción de un nuevo sistema de información que dispone de sistemas para acceder a la información clínica de un paciente, incorporando los resultados de las unidades o servicios de apoyo diagnóstico, integrando las sedes tanto urbanas como rurales.	Sistema de Información	1. Continuar con la instalación y la unificación de la tecnologia del sistema de información en unidades y apoyo diagnostico en todas las sedes tanto urbanas como rurales de la ESE,	**GESTION DE ALMACEN (MANTENIMIENTO HOSPITALARIO)- TICS**
MEJORAMIENTO CONTINUO					
197	MCC1	Se tiene definido y documentado un programa de auditoria para el MCC. Se conformó un equipo responsable de la autoevaluación. Existe un funcionario responsable de liderar los planes de mejoramiento continuo. Se realiza seguimiento periódico a la ejecución de los planes de MCC	Pamec Vigencia 2023	1. Ejecutar anualmente el PAMEC	**GESTION DE CALIAD**
198	MCC2	Se realizó la priorización de los procesos a mejorar, utilizando matriz de Riesgo Volumen y Costo. Las acciones de mejora se operativizan según cronograma de trabajo. Se asignaron responsables de la ejecución de las acciones de mejora	Matriz de priorización. Plan de MCC	1. Identificar barreras para la ejecuecuion del plan de MCC	**GESTION DE CALIAD**
199	MCC3	Se realiza seguimiento continuo a la ejecucuíon de las acciones de mejora. Se evalúa el resultado de los indicadores de calidad que correspondan a las acciones de mejoramiento	Actas de auditoria interna. Actas del comité de calidad. Indicadores de calidad	1. Diseñar e implementar un metodo formal y permenente de evaluacion,recoleccion ,procesamiento y analisis de resultados,que incluye el enfoque de riesgo	**GESTION DE CALIAD**
200	MCC4	Se realiza seguimiento continuo a la ejecucuíon de las acciones de mejora. Se evalúa el resultado de los indicadores de calidad que correspondan a las acciones de mejoramiento	Actas de auditoria interna. Actas del comité de calidad. Indicadores de calidad. Reporte a la Secretaria de Departamental. Reporte circular 012 Supersalud.	1. Difundir en la pagina institucional el Reporte de cumplimiento de a circular 012 de la Supersalud cada vigencia.	**GESTION DE CALIAD**
201	MCC5	Definición de planes de mejoramiento tras la autoevaluación de estándares de acreditación.	Reporte circular 012 incluye los procesos estandarizados	1. Continuar la estandarización de procesos y fortalecer la transformación cultural	**GESTION DE CALIAD**

CALIDAD ESPERADA 2025

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC**			Libertad y Orden	
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO				
			CALIDAD ESPERADA			**FECHA** 11/09/2025	**VERSION: 2**

ASPECTOS CUALITATIVOS							**PROCESO RESPONSABLE**
ESTANDAR		**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**CALIDAD ESPERADA**	**CALIDAD OBSERVADA**	**INDICADOR**	**FORMULA DEL INDICADOR**	
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL							
SEGURIDAD DEL PACIENTE							
1	AsSP5	1- Elaborar los instrumentos de evaluación de adherencia de los protocolos de (Identificación del paciente, prevencion de caidas, correcta administración de medicamentos)	1- Elaborar los instrumentos de evaluacion de adherencia a los protocolos de seguridad del paciente (correcta identificación del paciente, Prevención de caidas, y correcta administracion de medicamentos)	No se evidencian los instrumentos de evaluacion de adherencia a los protocolos de seguridad del paciente (correcta identificación del paciente, Prevención de caida	**ELABORACION DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A LOS PROCOLOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	**No DE DOCUMENTOS PARA ACTUALIZAR /No DE DOCUMENTOS ACTUALIZADOS X 100**	**GESTION DE CALIDAD**
		2- Realizar monitoreo y seguimiento de los eventos adversos e incidentes a traves del comité de seguridad del paciente	2- Realizar y garantizar las reuniones del comité de seguridad del paciente con el proposito de monitorear los incidentes y/o eventos adversos que se presenten.	Se evidencian las actas de reunión del comité de seguridad del paciente, pero existe poco reporte por parte de los distintos procesos de la ESE.	**REUNIONES DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	**No DE REUNIONES PROGRAMADAS /No DE No DE REUNIONES REALIZADAS X 100**	**GESTION DE CALIDAD**
		3- Actualizar el programa de seguridad del paciente y sus protocolos	3- Realizar la actualización del programa de seguridad del paciente	Se evidencia programa de seguridad del paciente desactualizado	**ACTUALIZACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	**No DE DOCUMENTOS PARA ACTUALIZAR /No DE DOCUMENTOS ACTUALIZADOS X 100**	**GESTION DE CALIDAD**
ACCESO							
2	AsAC9	4. Realizar analisis de la capacidad instalada con referencia a la demanda asistencial de los servicios y la frecuencia de uso de los servicios de salud que presta la ESE.	4. Documentar el analisis de capacidad instalada de la ESE que incluya el analsis y frecuencia de uso de los servicios de salud que presta la ESE.	No se evidencian documentos soportes que sustenten la documentación el analisis de capacidad instalada de la ESE que incluya el analsis y frecuencia de uso de los servicios de salud que presta la ESE.	**ELABORACION DEL ANALISIS DE CAPACIDAD INSTALADA**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100**	**PRESTACION DE SERVICIOS RIAS**
3	AsAC10	5.Documentar los protocolos de atención RIAS (primera infancia, infancia, adolescencia, juvetud, adultez, vejez, control prenatal, IVE)	5.Elaborar los protocolos de atención RIAS (primera infancia, infancia, adolescencia, juvetud, adultez, vejez, control prenatal, IVE)	No se evidencian documentos soportes que sustenten la documentación de las Guias de atención de las RIAS (primera infancia, infancia, adolescencia, juvetud, adultez, vejez, control prenatal, IVE)	**ELABORACION DE LAS GUIAS DE ATENCION DE LAS RIAS (PRIMERA INFANCIA/ INFANCIA, ADOLESCENCIA, JUVENTUD, ADULTEZ, VEJEZ, CONTROL PRENATAL, IVE)**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100**	**PRESTACION DE SERVICIOS RIAS**
		6- Socialización de los protocolos de atención RIAS	6-Realizar la socialización de los protocolos de atención RIAS al talento humano de la ESE.	No se evidencian documentos soportes que sustentensocialización de los protocolos de atención RIAS al talento humano de la ESE.	**SOCIALIZACION DE LAS GUIAS DE ATENCION DE LAS RIAS (PRIMERA INFANCIA/ INFANCIA)**	**No DE SOCIALIZACIONES PROGRAMADAS /No DE No DE SOCIALIZACIONES REALIZADAS X 100**	**PRESTACION DE SERVICIOS RIAS**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC**			Libertad y Orden	
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO				
			CALIDAD ESPERADA			**FECHA** 11/09/2025	**VERSION: 2**

ASPECTOS CUALITATIVOS							**PROCESO RESPONSABLE**
ESTANDAR		**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**CALIDAD ESPERADA**	**CALIDAD OBSERVADA**	**INDICADOR**	**FORMULA DEL INDICADOR**	
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO							
4	AsEV4	7- Documentar el perfil epidemiologico de la institución con el proposito de identificar las necesidades en salud de la poblaciòn atender (ancianos, niños, adolescentes, gestantes, puérperas, inmunodeprimidos, pacientes con enfermedad mental, etc.) e implementar en la Historia Clinica.	7- Realizar la documentación del perfil epidemiologico de la ESE	No se evidencian documentos soportes que sustenten la documentación del perfil epidemiologico de la ESE	**ELABORACION DEL PERFIL EPIDEMIOLOGICO**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100**	**PLANEACION ESTRATEGICA**
PLANEACION DE LA ATENCION							
5	AsPL21	8- Caracterizar la población con base en los registros individuales de prestaciòn de servicios RIPS.	8- Realizar la Caracterización de la población con base en los registros individuales de prestaciòn de servicios RIPS.	No se evidencian documentos soportes que evidencie la Caracterización de la población con base en los registros individuales de prestaciòn de servicios RIPS.	**ELABORACION DE LA CARACTERIZACION POBLACIONAL**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100**	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA)**
6	AsPL24	9-Evaluar el cumplimiento de las rutas de atencion de salud trimestralmente.	9- Realizar la evaluación del cumplimiento de las rutas de atencion de salud trimestralmente (metas cumplidas)	No se evidencian documentos soportes que sustenten la evaluación del cumplimiento de las rutas de atencion de salud trimestralmente a traves de muestras de historias clinicas	**EVALUACION DE CUMPLIMIENTO DE LAS RUTAS DE ATENCION**	**No DE EVALUACIONES PROGRAMADAS /No DE No DE EVALUACIONES REALIZADAS X 100**	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA) - RIAS**
		10- Realizacion de jornadas extramurales de prestacion de servicios de salud para la implementacion de las acciones de promocion y mantenimiento de la salud	10- Realizar jornadas extramurales de prestacion de servicios de salud para la implementacion de las acciones de promocion y mantenimiento de la salud en la zona rural del municipio	La ESE como politica institucional realiza periodicamente jornadas de salud extramuralmente en la cabecera municipal	**JORNADAS DE SALUD EXTRAMURALES**	**No DE JORNADAS DE SALUD EXTRAMURAL PROGRAMADA/ No DE JORNADAS DE SALUD EXTRAMURAL REALIZADAS**	**PLANEACION ESTRATEGICA (SUBDIRECCION CIENTIFICA) - RIAS**
EJECUCION Y TRATAMIENTO							
7	AsEJ7	1-Documentar el procedimiento de consentimiento y disestimiento informado incluir formatos	11- Realizar la documentación del procedimieto de consentimiento y disentimiento informado	No se evidencian documentos soportes que evidencie documentación del procedimieto de consentimiento y disentimiento informado	**ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100**	**GESTION DE CALIDAD**
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO							
8	DIR13	12- Actualizar la plataforma estrategica de la ESE.	12- Realizar la actualización de la plataforma estrategica de la ESE	La ESE tiene actualizada la plataforma estrategica de la ESE.	**ACTUALIZACION DE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA A LOS COORDINADORES Y/O LIDERES DE PROCESOS DE LA ESE**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100**	**PLANEACION ESTRATEGICA**
9	DIR14	13- Evaluar el Plan de Desarrollo Institucional de la ESE.	13- Realizar la evaluación al cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional de la ESE.	No se evidencian documentos soportes que sustenten la la evaluación de adherencia del manual de procesos de planeaciòn estrategica	**EVALUACION DE LA ADHERENCIA DEL MANUAL DE PREOCESOS DE PLANEACION ESTRATEGICA**	**No DE EVALUACIONES PROGRAMADAS /No DE No DE EVALUACIONES REALIZADAS X 100**	**PLANEACION ESTRATEGICA**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL			**PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD -PAMEC**			Libertad y Orden	
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO				
			CALIDAD ESPERADA			**FECHA**	**11/09/2025**	**VERSION: 2**

ASPECTOS CUALITATIVOS							**PROCESO RESPONSABLE**
ESTANDAR		**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**CALIDAD ESPERADA**	**CALIDAD OBSERVADA**	**INDICADOR**	**FORMULA DEL INDICADOR**	
GERENCIA							
10	GER16	14. Operativizar el comité de gerencia	14- Realizar las reuniones del comité de gerencia periodicamente.	No se evidencian documentos soportes que sustenten la realización de las reuniones del comité de gerencia.	**REUNIONES DEL COMITÉ DE GERENCIA**	**No DE REUNIONES PROGRAMADAS /No DE No DE REUNIONES REALIZADAS X 100**	**GERENCIA**
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO							
11	GAF11	15-Actualizar y socializar el manual de limpieza y desinfección de la ESE.	15- Realizar la actualización del manual de limpieza y desinfección de la ESE		**ACTUALIZACION DEL MANUAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LA ESE**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100**	**GESTION AMBIENTAL**
			16- Realizar la socialización del manual de limpieza y desinfección de la ESE.		**SOCIALIZACION DEL MANUAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LA ESE**	**No DE SOCIALIZACIONES PROGRAMADAS /No DE No DE SOCIALIZACIONES REALIZADAS X 100**	**GESTION AMBIENTAL**
		16- Documentar y socializar el protocolo de manejo de ropa hospitalaria	17- Realizar la actualización del manual de ropa hospitalaria		**ACTUALIZACION DEL MANUAL DE MANEJO DE ROPA HOSPITALARIA DE LA ESE**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100**	**GESTION AMBIENTAL**
			18- Realizar la socialización del manual de ropa hospitalaria	No se evidencian documentos soportes que sustente nspecciones, calibraciones, revisiones y/o mantenimiento de los equipos biomédicos con un profesional y/o contratista certificado	**SOCIALIZACION DEL MANUAL DE MANEJO DE ROPA HOSPTILARIA DE LA ESE**	**No DE SOCIALIZACIONES PROGRAMADAS /No DE No DE SOCIALIZACIONES REALIZADAS X 100**	**GESTION AMBIENTAL**
MEJORAMIENTO CONTINUO							
12	MCC1	17- Ejecutar anualmente el PAMEC	19-.Realizar la ejecucion del pamec según lo establecido en el plan de acción.	La ESE ejecuto en la vigencia 2023	**EJECUCION DEL PAMEC**	**No DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO A EJECUTAR/No DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO EJECUTADAS**	**GESTION DE CALIAD**

MEDICION INCIAL DE DESEMPEÑO 2025

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL														Libertad y Orden
			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC											
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO											
			PLAN DE ACCION										**FECHA**	**17/09/2025**	**VERSION: 2**
ASPECTOS CUALITATIVOS														**PROCESO RESPONSABLE**
ESTANDAR		**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**ACCION DE MEJORAMIENTO**	**CALIDAD OBSERVADA**	**CALIDAD ESPERADA**		**INDICADOR**	**FORMULA DEL INDICADOR**	**SOPORTE**	**SEPTIEMBRE**	**OCTUBRE**	**NOVIEMBRE**	**DICIEMBRE**	
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL														
SEGURIDAD DEL PACIENTE														
1	AsSP5	1- Elaborar los instrumentos de evaluación de adherencia de los protocolos de (Identificación del paciente, prevencion de caidas, correcta administración de medicamentos)	1- Elaborar los instrumentos de evaluacion de adherencia a los protocolos de seguridad del paciente (correcta identificación del paciente, Prevención de caidas, y correcta administracion de medicamentos)	0%	3 (TRES)	100%	**ELABORACION DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A LOS PROCOLOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	**No DE DOCUMENTOS PARA ACTUALIZAR /No DE DOCUMENTOS ACTUALIZADOS X 100**	Documento					**GESTION DE CALIDAD**
		2- Realizar monitoreo y seguimiento de los eventos adversos e incidentes a traves del comité de seguridad del paciente	2- Realizar y garantizar las reuniones del comité de seguridad del paciente con el proposito de monitorear los incidentes y/o eventos adversos que se presenten.	50%	10 (DIEZ)	100%	**REUNIONES DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	**No DE REUNIONES PROGRAMADAS /No DE No DE REUNIONES REALIZADAS X 100**	Acta y registro de asistencia					**GESTION DE CALIDAD**
		3- Actualizar el programa de seguridad del paciente y sus protocolos	3- Realizar la actualización del programa de seguridad del paciente	20%	1(UNO)	100%	**ACTUALIZACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	**No DE DOCUMENTOS PARA ACTUALIZAR /No DE DOCUMENTOS ACTUALIZADOS X 100**	Documento					**GESTION DE CALIDAD**
ACCESO														
2	AsAC9	4. Realizar analisis de la capacidad instalada con referencia a la demanda asistencial de los servicios y la frecuencia de uso de los servicios de salud que presta la ESE.	4. Documentar el analisis de capacidad instalada de la ESE que incluya el analsis y frecuencia de uso de los servicios de salud que presta la ESE.	20%	1(UNO)	100%	**ELABORACION DEL ANALISIS DE CAPACIDAD INSTALADA**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100**	Documento					**PRESTACION DE SERVICIOS RIAS**
3	AsAC10	5.Documentar los protocolos de atención RIAS (primera infancia, infancia, adolescencia, juvetud, adultez, vejez, control prenatal, IVE)	5.Elaborar los protocolos de atención RIAS (primera infancia, infancia, adolescencia, juvetud, adultez, vejez, control prenatal, IVE)	20%	1(UNO)	100%	**ELABORACION DE LAS GUIAS DE ATENCION DE LAS RIAS (PRIMERA INFANCIA/ INFANCIA, ADOLESCENCIA, JUVENTUD, ADULTEZ, VEJEZ, CONTROL PRENATAL, IVE)**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100**	Documento					**PRESTACION DE SERVICIOS RIAS**
		6- Socialización de los protocolos de atención RIAS	6-Realizar la socialización de los protocolos de atención RIAS al talento humano de la ESE.	0%	3 (TRES)	100%	**SOCIALIZACION DE LAS GUIAS DE ATENCION DE LAS RIAS (PRIMERA INFANCIA/ INFANCIA)**	**No DE SOCIALIZACIONES PROGRAMADAS /No DE No DE SOCIALIZACIONES REALIZADAS X 100**	Registro de asistencia					**PRESTACION DE SERVICIOS RIAS**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL							PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC						Libertad y Orden	
							ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO							
							PLAN DE ACCION						FECHA 17/09/2025	VERSION: 2
ASPECTOS CUALITATIVOS													PROCESO RESPONSABLE	
ESTANDAR		OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCION DE MEJORAMIENTO	CALIDAD OBSERVADA	CALIDAD ESPERADA		INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	SOPORTE	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO														
4	AsEV4	7- Documentar el perfil epidemiologico de la institución con el proposito de identificar las necesidades en salud de la población atender (ancianos, niños, adolescentes, gestantes, puérperas, inmunodeprimidos, pacientes con enfermedad mental, etc.) e implementar en la Historia Clinica.	7- Realizar la documentación del perfil epidemiologico de la ESE	20%	1(UNO)	100%	ELABORACION DEL PERFIL EPIDEMIOLOGICO	No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100	Documento					PLANEACION ESTRATEGICA
PLANEACION DE LA ATENCION														
5	AsPL21	8- Caracterizar la población con base en los registros individuales de prestación de servicios RIPS.	8- Realizar la Caracterización de la población con base en los registros individuales de prestación de servicios RIPS.	0%	4 (CUATRO)	100%	ELABORACION DE LA CARACTERIZACION POBLACIONAL	No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100	Documento					PLANEACION ESTRATEGICA (GERENCIA)
6	AsPL24	9-Evaluar el cumplimiento de las rutas de atencion de salud trimestralmente.	9- Realizar la evaluación del cumplimiento de las rutas de atencion de salud trimestralmente (metas cumplidas)	0%	1(UNO)	100%	EVALUACION DE CUMPLIMIENTO DE LAS RUTAS DE ATENCION	No DE EVALUACIONES PROGRAMADAS /No DE No DE EVALUACIONES REALIZADAS X 100	Documento					PRESTACION DE SERVICIOS RIAS
		10- Realizacion de jornadas extramurales de prestacion de servicios de salud para la implementacion de las acciones de promocion y mantenimiento de la salud	10- Realizar jornadas extramurales de prestacion de servicios de salud para la implementacion de las acciones de promocion y mantenimiento de la salud en la zona rural del municipio	0%	3 (TRES)	100%	JORNADAS DE SALUD EXTRAMURALES	No DE JORNADAS DE SALUD EXTRAMURAL PROGRAMADA/ No DE JORNADAS DE SALUD EXTRAMURAL REALIZADAS	Registro de asistencia					PRESTACION DE SERVICIOS RIAS
EJECUCION Y TRATAMIENTO														
7	AsEJ7	1-Documentar el procedimiento de consentimiento y disestimiento informado incluir formatos	11- Realizar la documentación del procedimieto de consentimiento y disentimiento informado	20%	1(UNO)	100%	ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100	Documento					GESTION DE CALIDAD
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO														
8	DIR13	12- Actualizar la plataforma estrategica de la ESE.	12- Realizar la actualización de la plataforma estrategica de la ESE	40%	1(UNO)	100%	ACTUALIZACION DE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA A LOS COORDINADORES Y/O LIDERES DE PROCESOS DE LA ESE	No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100	Documento					PLANEACION ESTRATEGICA
9	DIR14	13- Evaluar el Plan de Desarrollo Institucional de la ESE.	13- Realizar la evaluación al cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional de la ESE.	0%	1(UNO)	90%	EVALUACION DE LA ADHERENCIA DEL MANUAL DE PREOCESOS DE PLANEACION ESTRATEGICA	No DE EVALUACIONES PROGRAMADAS /No DE No DE EVALUACIONES REALIZADAS X 100	Documento					PLANEACION ESTRATEGICA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL							PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC						Libertad y Orden	
							ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO							
							PLAN DE ACCION						FECHA 17/09/2025	VERSION: 2
ASPECTOS CUALITATIVOS													PROCESO RESPONSABLE	
ESTANDAR		OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCION DE MEJORAMIENTO	CALIDAD OBSERVADA	CALIDAD ESPERADA		INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	SOPORTE	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
GERENCIA														
10	GER16	14. Operativizar el comité de gerencia	14- Realizar las reuniones del comité de gerencia periodicamente.	0%	4 (CUATRO)	100%	REUNIONES DEL COMITÉ DE GERENCIA	No DE REUNIONES PROGRAMADAS /No DE No DE REUNIONES REALIZADAS X 100	Acta y registro de asistencia					GERENCIA
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO														
11	GAF11	15-Actualizar y socializar el manual de limpieza y desinfección de la ESE.	15- Realizar la actualización del manual de limpieza y desinfección de la ESE	0%	1(UNO)	100%	ACTUALIZACION DEL MANUAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LA ESE	No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100	Documento					GESTION AMBIENTAL
			16- Realizar la socialización del manual de limpieza y desinfección de la ESE.	0%	1(UNO)	100%	SOCIALIZACION DEL MANUAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LA ESE	No DE SOCIALIZACIONES PROGRAMADAS /No DE No DE SOCIALIZACIONES REALIZADAS X 100	Registro de asistencia					GESTION AMBIENTAL
		16- Documentar y socializar el protocolo de manejo de ropa hospitalaria	17- Realizar la actualización del manual de ropa hospitalaria	0%	1(UNO)		ACTUALIZACION DEL MANUAL DE MANEJO DE ROPA HOSPITALARIA DE LA ESE	No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100	Documento					GESTION AMBIENTAL
			18- Realizar la socialización del manual de ropa hospitalaria	0%	1(UNO)		SOCIALIZACION DEL MANUAL DE MANEJO DE ROPA HOSPTILARIA DE LA ESE	No DE SOCIALIZACIONES PROGRAMADAS /No DE No DE SOCIALIZACIONES REALIZADAS X 100	Registro de asistencia					GESTION AMBIENTAL
MEJORAMIENTO CONTINUO														
12	MCC1	17- Ejecutar anualmente el PAMEC	19-.Realizar la ejecucion del pamec según lo establecido en el plan de acción.	90%	1 (UNO)	90%	CIERRE PAMEC	No DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO A EJECUTAR/No DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO EJECUTADAS	Acta de cierre PAMEC					GESTION DE CALIAD

PLAN DE AUDITORIA	
FECHA Y HORA:	15/09/2025
OBJETIVO DE LA AUDITORIA.	CONOCER LAS CONDICIONES DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION QUE FUERON PRIORIZADOS EN PAMEC 202 PARA EVALUAR LA CALIDAD OBSERVADA.
TECNICA DE AUDITORIA.	VERIFICACIÓN DE PROCESOS.
PROCESOS AUDITADOS.	TODOS LOS PROCESOS Y ESTANDARES PRIORIZADOS
SEDE DONDE SE REALIZA.	HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES
RESPONSABLE (S).	AUDITORA DE CALIDAD

CRONOGRAMA DE AUDITORIA

FECHA	PROCESO/ACTIVIDAD/REQUISITO POR AUDITAR	AUDITOR	AUDITADO
15/09/2025	Verificar el avance de: Elaborar los instrumentos de evaluación de adherencia a los protocolos de seguridad del paciente (correcta identificación del paciente, Prevención de caidas, y correcta administración de medicamentos)	JEFE DE CALIDAD	GESTION DE CALIDAD
15/09/2025	Verificar el avance de: Realizar y garantizar las reuniones del comité de seguridad del paciente con el propósito de monitorear los incidentes y/o eventos adversos que se presenten.	AUDITORA DE CALIDAD	GESTION DE CALIDAD
15/09/2025	Verificar el avance de: Realizar la actualización del programa de seguridad del paciente	AUDITORA DE CALIDAD	GESTION DE CALIDAD
15/09/2025	Verificar el avance de: Documentar el análisis de capacidad instalada de la ESE que incluya el análisis y frecuencia de uso de los servicios de salud que presta la ESE. .	AUDITORA DE CALIDAD	PRESTACION DE SERVICIOS-RIAS

15/09/2025	Verificar el avance de: Elaborar los protocolos de atención RIAS (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez, control prenatal, IVE)	AUDITORA DE CALIDAD	PRESTACION DE SERVICIOS-RIAS
15/09/2025	Verificar el avance de: Realizar la socialización de los protocolos de atención RIAS al talento humano de la ESE.	AUDITORA DE CALIDAD	PRESTACION DE SERVICIOS-RIAS
15/09/2025	Verificar el avance de: Realizar la documentación del perfil epidemiológico de la ESE	AUDITORA DE CALIDAD	PRESTACION DE SERVICIOS-RIAS
15/09/2025	Verificar el avance de: Realizar la Caracterización de la población con base en los registros individuales de prestación de servicios RIPS.	AUDITORA DE CALIDAD	PRESTACION DE SERVICIOS-RIAS
15/09/2025	Verificar el avance de: Realizar la evaluación del cumplimiento de las rutas de atención de salud trimestralmente (metas cumplidas)	AUDITORA DE CALIDAD	PRESTACION DE SERVICIOS-RIAS
15/09/2025	Verificar el avance de: Realizar jornadas extramurales de prestación de servicios de salud para la implementación de las acciones de promoción y mantenimiento de la salud en la zona rural del municipio	AUDITORA DE CALIDAD	PRESTACION DE SERVICIOS-RIAS
15/09/2025	Verificar el avance de: Realizar la documentación del procedimiento de consentimiento y disentimiento informado	AUDITORA DE CALIDAD	GESTION DE CALIDAD
15/09/2025	Verificar el avance de: Realizar la actualización de la plataforma estratégica de la ESE	AUDITORA DE CALIDAD	PLANEACION ESTRATEGICA (GERENCIA)
15/09/2025	Verificar el avance de: Realizar la evaluación al cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional de la ESE.	AUDITORA DE CALIDAD	PLANEACION ESTRATEGICA (GERENCIA)
15/09/2025	Verificar el avance de: Realizar las reuniones del comité de gerencia periódicamente.	AUDITORA DE CALIDAD	PLANEACION ESTRATEGICA (GERENCIA)
15/09/2025	Verificar el avance de: Realizar la actualización del manual de limpieza y desinfección de la ESE.	AUDITORA DE CALIDAD	GESTION AMBIENTAL

15/09/2025	Verificar el avance de: Realizar la socialización del manual de limpieza y desinfección de la ESE.	AUDITORA DE CALIDAD	GESTION AMBIENTAL
15/09/2025	Verificar el avance de: Realizar la actualización del manual de ropa hospitalaria	AUDITORA DE CALIDAD	GESTION AMBIENTAL
15/09/2025	Verificar el avance de: Realizar la socialización del manual de ropa hospitalaria	AUDITORA DE CALIDAD	GESTION AMBIENTAL
15/09/2025	Realizar cierre de la ruta crítica del pamec e Identificar barreras para la ejecución del plan de MCC	AUDITORA DE CALIDAD	GESTION DE CALIDAD

ACTA AUDITORIA (MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO)		
FECHA	16/09/2025	
OBJETIVO DE LA AUDITORIA.	REALIZAR LA MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO DE LOS ESTANDARES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA PRIORIZADOS	
TECNICA DE AUDITORIA.	VERIFICACIÓN DE PROCESOS.	
PROCESOS AUDITADOS.	TODOS LOS PROCESOS PRIORIZADOS	
SEDE DONDE SE REALIZA.	HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES	
RESPONSABLE (S).	AUDITORA DE CALIDAD	
PARTICIPANTES		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**FIRMA**
Yesenia Hernandez Hernandez	Gerente	Original firmado
Consuelo Escorcia Moreno	Coordinador Medico	Original firmado
Rosemary Rodríguez	Coordinador SIAU	Original firmado
Eli Arango	Coordinador RIAS	Original firmado
Katia Silva Alonso	Auditor de Calidad	Original firmado
Evelyn de Hoyo Cárdenas	Subdirector Científico	Original firmado
DESARROLLO Y HALAZGOS		

Se da inicio a la auditoria para evaluar la calidad observada según lo establecido en la ruta crítica del PAMEC y los estándares de acreditación y/o oportunidades de mejora priorizadas para la vigencia 2025:

Se verificaron todos los ítem y criterios con la auditora de calidad de la ESE.

Se verifico el ítem 1: Elaboración de los instrumentos de evaluación de adherencia a los protocolos de seguridad del paciente (correcta identificación del paciente, Prevención de caidas, y correcta administración de medicamentos).

La Coordinadora SIAU informa que a la fecha no se cuenta con los instrumentos evaluación de adherencia a los protocolos de seguridad del paciente (correcta identificación del paciente, Prevención de caidas, y correcta administración de medicamentos). por lo tanto esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 2: La realización de las reuniones del comité de seguridad del paciente con el propósito de monitorear los incidentes y/o eventos adversos que se presenten.

La coordinación medica, pero no con la periocidad que establece el comité de seguridad del paciente (análisis de eventos adversos); por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 50% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 3: La actualización del programa de seguridad del paciente

La coordinación medica que se tiene un avance frente a la actualización del programa de seguridad del paciente, pero no se ha finalizado; por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 20% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 4: La Elaboración del análisis de capacidad instalada de la ESE que incluya el análisis y frecuencia de uso de los servicios de salud que presta la ESE.

La coordinación medica informa que se tiene un avance frente a la actualización del estudio de capacidad instalada de la ESE, pero no se ha finalizado; por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 20% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 5: La Elaboración de los protocolos de atención RIAS (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez, control prenatal, IVE).

La Coordinadora de RIAS de la ESE informa que se tiene un avance frente a la elaboración de los protocolos de atención RIAS (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez, control prenatal, IVE)., pero no se ha finalizado; por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 20% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 6: La realización de la socialización de los protocolos de atención RIAS al talento humano de la ESE.

La Coordinadora de RIAS de la ESE informa que no se evidencia socialización alguna de los protocolos de atención RIAS al talento humano de la ESE. por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 7: Realizar la documentación del perfil epidemiológico de la ESE.

La coordinación medica informa que se tiene avance, pero aun no se ha finalizado la documentación del perfil epidemiológico de la ESE, por lo tanto, se traslada a plan de mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 20% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 8: Realizar la Caracterización de la población con base en los registros individuales de prestación de servicios RIPS.

La Coordinadora de RIAS de la ESE informa que no se ha realizado la Caracterización de la población con base en los registros individuales de prestación de servicios RIPS: por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 9 La evaluación del cumplimiento de las rutas de atención de salud trimestralmente (metas cumplidas).

La coordinación de RIAS comunica que no se evidencian documentos soporte que sustente la evaluación del cumplimiento de las rutas de atención de salud trimestralmente (metas cumplidas); por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 10: Realizar tres (3) jornadas de salud extramural en la zona rural del municipio para despliegue de las rutas integrales de atención en salud.

La Coordinadora RIAS comunica que la ESE actualmente realiza de manera periódica jornadas de salud extramural en la zona urbana pero no en la zona rural del municipio de la Paz; por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 11: La documentación del procedimiento de consentimiento informado.

La coordinación medica comunica que existe avance referente a la documentación del procedimiento de consentimiento informado, pero aún no ha finalizado; por lo tanto esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 20% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 12: Realizar la actualización de la plataforma estratégica de la ESE.

La subdirección científica comunica que existe avance referente a la actualización del de la plataforma estratégica, pero aún no ha finalizado; por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 40% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 13: Evaluación de adherencia del manual de procesos de planeación estratégica.

La gerencia comunica que no se evidencian documentos soporte o se evidencian documentos soporte que sustenten Evaluación de adherencia del manual de procesos de planeación estratégica. Por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 14: Realizar la evaluación al cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional de la ESE

La Regente de farmacia comunica que no se evidencian documentos soporte que sustente la la evaluación al cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional de la ESE. Por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 15: Realizar las reuniones del comité de gerencia periódicamente.

La gerencia comunica que no se evidencia que no se evidencian documentos soporte las reuniones de los comités de gerencia; Por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 16: Realizar la actualización del manual de limpieza y desinfección de la ESE.

La coordinadora Gestión Ambiental informa que no se evidencian documentos soporte de la actualización del manual de limpieza y desinfección. Por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 17: Realizar la socialización del manual de limpieza y desinfección de la ESE.

La coordinadora Gestión Ambiental informa que no se evidencian documentos soporte de la socialización del manual de limpieza y desinfección. Por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 18: Realizar la actualización del manual de manejo de ropa hospitalaria de la ESE.

La coordinadora Gestión Ambiental informa que no se evidencian documentos soporte de la actualización del manual de manejo de ropa hospitalaria. Por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 19: Realizar la socialización del manual de manejo de ropa hospitalaria de la ESE.

La coordinadora Gestión Ambiental informa que no se evidencian documentos soporte de la

socialización del manual de manejo de ropa hospitalaria de la ESE. Por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 0% y se espera llevarla al 100% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

Se evaluó el ítem 20: Realizar cierre de la ruta crítica del Pamec e Identificar barreras para la ejecución del plan de MCC.

La auditora de calidad informa que durante el primer trimestre la ESE se encuentra en la fase de formulación del PAMEC, que en la vigencia 2024 se realizó un cierre de la ruta crítica del pamec en donde logro un cumplimiento del 90% y una brecha de calidad del 10% Por lo tanto, esta actividad se traslada al Plan de Mejoramiento.

Se observa la medición inicial en un 90% y se espera mantenerla al 90% de cumplimiento en esta vigencia, de la oportunidad de mejora.

COMPROMISOS

1. Formular el plan de acción de los estándares y oportunidades de mejora priorizadas según proceso responsable.
2. Realizar la medición y monitoreo de las oportunidades de mejora priorizadas.

Se da por terminada la auditoria a las 04:00 pm, el día 16 de septiembre del 2025 en la sede principal y como constancia firman los participantes arriba.

PLAN DE ACCION 2025

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL														Libertad y Orden
			PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC											
			ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO											
			PLAN DE ACCION										**FECHA**	**17/09/2025**	**VERSION: 2**
ASPECTOS CUALITATIVOS														**PROCESO RESPONSABLE**
ESTANDAR		**OPORTUNIDADES DE MEJORA**	**ACCION DE MEJORAMIENTO**	**CALIDAD OBSERVADA**	**CALIDAD ESPERADA**		**INDICADOR**	**FORMULA DEL INDICADOR**	**SOPORTE**	**SEPTIEMBRE**	**OCTUBRE**	**NOVIEMBRE**	**DICIEMBRE**	
GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL														
SEGURIDAD DEL PACIENTE														
1	AsSP5	1- Elaborar los instrumentos de evaluación de adherencia de los protocolos de (Identificación del paciente, prevencion de caidas, correcta administración de medicamentos)	1- Elaborar los instrumentos de evaluacion de adherencia a los protocolos de seguridad del paciente (correcta identificación del paciente, Prevención de caidas, y correcta administracion de medicamentos)	0%	3 (TRES)	100%	**ELABORACION DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A LOS PROCOLOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	**No DE DOCUMENTOS PARA ACTUALIZAR /No DE DOCUMENTOS ACTUALIZADOS X 100**	Documento					**GESTION DE CALIDAD**
		2- Realizar monitoreo y seguimiento de los eventos adversos e incidentes a traves del comité de seguridad del paciente	2- Realizar y garantizar las reuniones del comité de seguridad del paciente con el proposito de monitorear los incidentes y/o eventos adversos que se presenten.	50%	10 (DIEZ)	100%	**REUNIONES DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	**No DE REUNIONES PROGRAMADAS /No DE No DE REUNIONES REALIZADAS X 100**	Acta y registro de asistencia					**GESTION DE CALIDAD**
		3- Actualizar el programa de seguridad del paciente y sus protocolos	3- Realizar la actualización del programa de seguridad del paciente	20%	1(UNO)	100%	**ACTUALIZACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	**No DE DOCUMENTOS PARA ACTUALIZAR /No DE DOCUMENTOS ACTUALIZADOS X 100**	Documento					**GESTION DE CALIDAD**
ACCESO														
2	AsAC9	4. Realizar analisis de la capacidad instalada con referencia a la demanda asistencial de los servicios y la frecuencia de uso de los servicios de salud que presta la ESE.	4. Documentar el analisis de capacidad instalada de la ESE que incluya el analsis y frecuencia de uso de los servicios de salud que presta la ESE.	20%	1(UNO)	100%	**ELABORACION DEL ANALISIS DE CAPACIDAD INSTALADA**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100**	Documento					**PRESTACION DE SERVICIOS RIAS**
3	AsAC10	5.Documentar los protocolos de atención RIAS (primera infancia, infancia, adolescencia, juvetud, adultez, vejez, control prenatal, IVE)	5.Elaborar los protocolos de atención RIAS (primera infancia, infancia, adolescencia, juvetud, adultez, vejez, control prenatal, IVE)	20%	1(UNO)	100%	**ELABORACION DE LAS GUIAS DE ATENCION DE LAS RIAS (PRIMERA INFANCIA/ INFANCIA, ADOLESCENCIA, JUVENTUD, ADULTEZ, VEJEZ, CONTROL PRENATAL, IVE)**	**No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100**	Documento					**PRESTACION DE SERVICIOS RIAS**
		6- Socialización de los protocolos de atención RIAS	6-Realizar la socialización de los protocolos de atención RIAS al talento humano de la ESE.	0%	3 (TRES)	100%	**SOCIALIZACION DE LAS GUIAS DE ATENCION DE LAS RIAS (PRIMERA INFANCIA/ INFANCIA)**	**No DE SOCIALIZACIONES PROGRAMADAS /No DE No DE SOCIALIZACIONES REALIZADAS X 100**	Registro de asistencia					**PRESTACION DE SERVICIOS RIAS**

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL							PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC						Libertad y Orden	
							ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO							
							PLAN DE ACCION						FECHA 17/09/2025	VERSION: 2
ASPECTOS CUALITATIVOS													PROCESO RESPONSABLE	
ESTANDAR		OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCION DE MEJORAMIENTO	CALIDAD OBSERVADA	CALIDAD ESPERADA		INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	SOPORTE	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO														
4	AsEV4	7- Documentar el perfil epidemiologico de la institución con el proposito de identificar las necesidades en salud de la población atender (ancianos, niños, adolescentes, gestantes, puérperas, inmunodeprimidos, pacientes con enfermedad mental, etc.) e implementar en la Historia Clinica.	7- Realizar la documentación del perfil epidemiologico de la ESE	20%	1(UNO)	100%	ELABORACION DEL PERFIL EPIDEMIOLOGICO	No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100	Documento					PLANEACION ESTRATEGICA
PLANEACION DE LA ATENCION														
5	AsPL21	8- Caracterizar la población con base en los registros individuales de prestación de servicios RIPS.	8- Realizar la Caracterización de la población con base en los registros individuales de prestación de servicios RIPS.	0%	4 (CUATRO)	100%	ELABORACION DE LA CARACTERIZACION POBLACIONAL	No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100	Documento					PLANEACION ESTRATEGICA (GERENCIA)
6	AsPL24	9-Evaluar el cumplimiento de las rutas de atencion de salud trimestralmente.	9- Realizar la evaluación del cumplimiento de las rutas de atencion de salud trimestralmente (metas cumplidas)	0%	1(UNO)	100%	EVALUACION DE CUMPLIMIENTO DE LAS RUTAS DE ATENCION	No DE EVALUACIONES PROGRAMADAS /No DE No DE EVALUACIONES REALIZADAS X 100	Documento					PRESTACION DE SERVICIOS RIAS
		10- Realizacion de jornadas extramurales de prestacion de servicios de salud para la implementacion de las acciones de promocion y mantenimiento de la salud	10- Realizar jornadas extramurales de prestacion de servicios de salud para la implementacion de las acciones de promocion y mantenimiento de la salud en la zona rural del municipio	0%	3 (TRES)	100%	JORNADAS DE SALUD EXTRAMURALES	No DE JORNADAS DE SALUD EXTRAMURAL PROGRAMADA/ No DE JORNADAS DE SALUD EXTRAMURAL REALIZADAS	Registro de asistencia					PRESTACION DE SERVICIOS RIAS
EJECUCION Y TRATAMIENTO														
7	AsEJ7	1-Documentar el procedimiento de consentimiento y disestimiento informado incluir formatos	11- Realizar la documentación del procedimieto de consentimiento y disentimiento informado	20%	1(UNO)	100%	ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100	Documento					GESTION DE CALIDAD
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO														
8	DIR13	12- Actualizar la plataforma estrategica de la ESE.	12- Realizar la actualización de la plataforma estrategica de la ESE	40%	1(UNO)	100%	ACTUALIZACION DE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA A LOS COORDINADORES Y/O LIDERES DE PROCESOS DE LA ESE	No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100	Documento					PLANEACION ESTRATEGICA
9	DIR14	13- Evaluar el Plan de Desarrollo Institucional de la ESE.	13- Realizar la evaluación al cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional de la ESE.	0%	1(UNO)	90%	EVALUACION DE LA ADHERENCIA DEL MANUAL DE PREOCESOS DE PLANEACION ESTRATEGICA	No DE EVALUACIONES PROGRAMADAS /No DE No DE EVALUACIONES REALIZADAS X 100	Documento					PLANEACION ESTRATEGICA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL							PRORAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD - PAMEC						Libertad y Orden	
							ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO							
							PLAN DE ACCION						FECHA 17/09/2025	VERSION: 2
ASPECTOS CUALITATIVOS													PROCESO RESPONSABLE	
ESTANDAR		OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCION DE MEJORAMIENTO	CALIDAD OBSERVADA	CALIDAD ESPERADA		INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	SOPORTE	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
GERENCIA														
10	GER16	14. Operativizar el comité de gerencia	14- Realizar las reuniones del comité de gerencia periodicamente.	0%	4 (CUATRO)	100%	REUNIONES DEL COMITÉ DE GERENCIA	No DE REUNIONES PROGRAMADAS /No DE No DE REUNIONES REALIZADAS X 100	Acta y registro de asistencia					GERENCIA
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO														
11	GAF11	15-Actualizar y socializar el manual de limpieza y desinfección de la ESE.	15- Realizar la actualización del manual de limpieza y desinfección de la ESE	0%	1(UNO)	100%	ACTUALIZACION DEL MANUAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LA ESE	No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100	Documento					GESTION AMBIENTAL
			16- Realizar la socialización del manual de limpieza y desinfección de la ESE.	0%	1(UNO)	100%	SOCIALIZACION DEL MANUAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LA ESE	No DE SOCIALIZACIONES PROGRAMADAS /No DE No DE SOCIALIZACIONES REALIZADAS X 100	Registro de asistencia					GESTION AMBIENTAL
		16- Documentar y socializar el protocolo de manejo de ropa hospitalaria	17- Realizar la actualización del manual de ropa hospitalaria	0%	1(UNO)		ACTUALIZACION DEL MANUAL DE MANEJO DE ROPA HOSPITALARIA DE LA ESE	No DE DOCUMENTOS PARA ELABORAR /No DE DOCUMENTOS ELABORADOSX 100	Documento					GESTION AMBIENTAL
			18- Realizar la socialización del manual de ropa hospitalaria	0%	1(UNO)		SOCIALIZACION DEL MANUAL DE MANEJO DE ROPA HOSPTILARIA DE LA ESE	No DE SOCIALIZACIONES PROGRAMADAS /No DE No DE SOCIALIZACIONES REALIZADAS X 100	Registro de asistencia					GESTION AMBIENTAL
MEJORAMIENTO CONTINUO														
12	MCC1	17- Ejecutar anualmente el PAMEC	19-.Realizar la ejecucion del pamec según lo establecido en el plan de acción.	90%	1 (UNO)	90%	CIERRE PAMEC	No DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO A EJECUTAR/No DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO EJECUTADAS	Acta de cierre PAMEC					GESTION DE CALIAD

Acta No 001

AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINÚO DE LA CALIDAD.

Reunión dirigida por: Auditor de Calidad Y Gerencia.		
Lugar: **Sala de Juntas ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres**	**Fecha:** **25 de agosto de 2025**	**Hora:** 8:00 a.m.,

Objetivo (s) de la reunión:
Realizar la concertación del cronograma y conformación equipos autoevaluación de los estándares de acreditación vigencia 2025

Desarrollo de la reunión:

1. **Realizar Concertación, Socialización y aprobación del cronograma de trabajo para cumplimiento de la Ruta Crítica del PAMEC 2025.**

La líder de Calidad realiza la socialización del cronograma de trabajo con los asistentes a la reunión con el objetivo de establecer la ruta a seguir para el desarrollo de la autoevaluación y la formulación del PAMEC.

GRUPO DE ESTANDAR			ESTANDAR	FECHAS	EQUIPO PAMEC
1. ETAPA: AUTOEVALUACION CON ENFOQUE EN ACREDITACION					
1.1	CLIENTE ASISTENCIAL	DERECHO DE LOS PACIENTES	1-5	25/08/2025	GERENTE AUDITOR DE CALIDAD, COORDINADOR DE PYP, COORDINADOR SIAU, REGENTE DE FARMACIA, COORDINADOR DE FACTURACION, ENFERMERA COORDINADOR DE URGENCIAS.
		SEGURIDAD DEL PACIENTE	6-10		
		ACCESO	11-21	26/08/2025	
		REGISTRO E INGRESO	22-25		
		EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO	26-30		
		PLANEACION DE LA ATENCION	31-54		
		EJECUCIO DEL TRATAMIENTO	55-62		
		EVALUACION DE LA ATENCION	63-67	27/08/2025	
		SALIDA Y SEGUIMIENTO	68-69		
		REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	70-75		
		SEDES INTEGRADAS EN RED	76-94		
1.2	DIRECCIONAMIENTO		95-112	01/09/2025	GERENTE, JEFE DE TALENTO HUMANO, AUDITOR DE CALIDAD
1.3	GERENCIA		113-133		
1.4	GERENCIA DEL TALENTO HUMANO		134-152		
1.5	GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO		153-166	03/9/2025	GERENTE, AUDITOR DE CALIDAD, INGENIERO DE SISTEMAS, INGENIERO BIOMEDICO.
1.6	GESTION DE LA TECNOLOGIA		167-178		

1.7	GERENCIA DE LA INFORMACION	179-196	05/09/2025	GERENTE, AUDITOR DE CALIDAD, INGENIERO DE SISTEMAS, COORDINADOR SIAU
1.8	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	197-201		GERENTE Y AUDITOR DE CALIDAD
2- ETAPA: SELECCIÓN DE PROCESOS				
2.1	GRUPO DE ESTANDARES CLIENTE ASISTENCIAL	1-94	08/09/2025	EQUIPO LIDER PAMEC
2.2	DIRECCIONAMIENTO, GERENCIA, GERENCIA DEL TALENTO HUMANO, GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO, GESTION DE LA TECNOLOGIA, GERENCIA DE LA INFORMACIO, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	95-201	08/09/2025	EQUIPO LIDER PAMEC
3 ETAPA: PRIORIZACION DE PROCESOS				
3.1	GRUPO DE ESTANDARES CLIENTE ASISTENCIAL	1-94	09/09/2025	EQUIPO LIDER PAMEC
3.2	DIRECCIONAMIENTO, GERENCIA, GERENCIA DEL TALENTO HUMANO, GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO, GESTION DE LA TECNOLOGIA, GERENCIA DE LA INFORMACIO, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	95-201	09/09/2025	EQUIPO LIDER PAMEC
4. ETAPA: DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA				

4.1	DEFINICION INDICADORES DE LA CALIDAD ESPERADA	PRIORIZADOS	10/09/2025	EQUIPO LIDER PAMEC
5. ETAPA: MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO				
5.1	AUDITORIA PARA DETERMINAR LA MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO (CALIDAD OBSERVADA)	PRIORIZADOS	15/09/2025	EQUIPO LIDER PAMEC
6. ETAPA: PLAN DE ACCION PARA PROCESOS SELECCIONADOS				
6.1	FORMULACION DEL PLAN DE ACCION	PRIORIZADOS	16/09/2025	EQUIPO LIDER PAMEC
7. ETAPA: EJECUCION DEL PLAN DE ACCION				
7.1	IMPLEMENTACION DE LA ACCIONES DE MEJORA DEL PLAN DE ACCION	PRIORIZADOS	17 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DE 2025.	EQUIPO LIDER PAMEC
8. ETAPA: EVALUACION Y MONITOREO DEL PLAN DE ACCION				
8.1	SEGUIMIENTO Y MONITOREO Y TRIMESTRAL AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCION	PRIORIZADOS	OCTUBRE-DICIEMRE DEL 2025	EQUIPO LIDER PAMEC
9. ETAPA: APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL				
9.1	CIERRE DE PAMEC Y DEFINICION DE BRECHAS DE CALIDAD-APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	PRIORIZADOS	DICIEMBRE DEL 2025	EQUIPO LIDER PAMEC

2. **Realizar la conformación de los equipos de trabajo PAMEC Y AUTOEVALUACION DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION 2025**

Para la escogencia de los grupos se realizó un análisis previo de las personas que los conformarían posterior a la capacitación de la ruta crítica de pamec, de tal forma que se seleccionaron funcionarios con conocimiento, competencias y liderazgo; con el objetivo de lograr la toma de decisiones en acompañamiento permanente del Líder de Calidad por cada grupo de evaluación.

Para garantizar el proceso de autoevaluación, implementación de acciones de mejora, ejecución de actividades, seguimiento e informe final. En la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres se tiene la imperiosa necesidad de trabajar mancomunadamente con cada uno de los integrantes de los grupos organizados.

Luego de la concertación con el talento humano se conformaron cinco (05) grupos, los cuales están organizados de acuerdos a su área de conocimiento y destrezas frente a los estándares de acreditación en salud, cada grupo estará conformado por cuatro integrantes.

Todos los integrantes de estos grupos deben asistir de acuerdo al cronograma a la reunión convocada por el líder de calidad para realizar la metodología de evaluación consistente en el análisis, observación y documentación que se puede medir y comparar frente al desempeño ideal planteado en los estándares de Acreditación en la Institución.

Por consecuente se puede así consolidar la autoevaluación cualitativa y cuantitativa, para sintetizar toda la información.

ESTANDARES DEL GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL

GRUPO N° 1 ESTANDARES DEL 1 AL 6			
DERECHOS DE LOS PACIENTES, SEGURIDAD DEL PACIENTE, ACCESO, REGISTRO E INGRESO			
Coordinador SIAU	Subdirector Científico	Coordinador medico	Auditor

GRUPO N° 2 ESTANDARES DEL 7 AL 17			
EVALUACION DE LAS NECESIDADES AL INGRESO Y PLANEACION DE LA ATENCION, EJECUCION DEL TRATAMIENTO, EVALUACION DE LA ATENCION.			
Coordinador de PYMS	Regente	Subdirector Científico	Coordinadora PYMS

GRUPO N° 3 ESTANDARES DEL 18 AL 27			
SALIDA Y SEGUIMIENTO-REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA-SEDES INTEGRADAS			
Coordinador de Facturación	Líder de calidad	Subdirector Científico	Coordinador de Urgencias.

ESTANDARES DEL GRUPO DE APOYO

GRUPO N° 4 ESTANDAR DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIA, Y GERENCIA DEL TALENTO HUMANO, Y GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO (DEL 28 AL 43)			
Jefe de Talento Humano	Gerencia	Líder de Gestión Ambiental	Líder de seguridad y salud en el trabajo

GRUPO N° 5 GESTION DE LA TECNOLOGIA, GERENCIA DE LA INFORMACION Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD ESTANDAR DEL 44 AL 52			
Ingeniero Biomédico	Ingeniero de Sistemas	Jefe de farmacia y/p Almacén	Auditor

Finalmente se da por terminada la reunión cumpliendo con el objeto de la misma, para su constancia firman quienes en ella intervinieron.

Papel que sus líderes responsables de estándares tienen en la implementación de la ruta crítica.

Preparar la logística de la reunión de autoevaluación que incluya, ayudas audiovisuales, ayudas didácticas, formatos, memorias. Organización de Los Papeles de Trabajo Para la autoevaluación.

Definir las funciones de los equipos de mejoramiento, para dar claridad del Papel que sus integrantes tienen en la implementación de la ruta crítica.

Acta No 002

AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINÚO DE LA CALIDAD.

Reunión dirigida por: Gerencia y Auditor de Calidad		
Lugar: **Sala de Juntas ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres**	**Fecha:** **26 de agosto de 2025**	**Hora:** 2:00 p.m.,

Objetivo (s) de la reunión:
Realizar la Apertura de la Ruta Critica del PAMEC- Socialización Resolución 1328 del 2021-Capactiacion Ruta Critica-PAMEC

DESARROLLO:

Se da inicio a la reunión con el objetivo de realizar la capacitación sobre la Ruta Crítica de Auditoria para el mejoramiento continuo de la Calidad, Resolución 1328 del 2021, siendo esta nuestra base para la calificación e instrumento a aplicar para realizar la autoevaluación.

La doctora Yesenia Hernandez Hernandez en su calidad de Gerente de la ESE interviene expresando que es de vital importancia darle apertura a este espacio de participación activa del talento humano de la ESE, el cual tiene como objetivo principal realizar una reinducción sobre todo lo relacionado al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, que el principal objetivo de la gerencia es generar una cultura de calidad centrada en la satisfacción del usuario, motivo por el cual solicita que para el desarrollo de la ruta crítica del PAMEC se haga de manera concertada con los equipos que serán concertados a partir de esta reunión.

Seguidamente la auditoria de calidad da inicio a la capacitación sobre la Ruta Critica Auditoria para el Mejoramiento continuo de la Calidad de la Atención en Salud, teniendo en cuenta lo anterior se desarrolló el siguiente contenido temático:

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

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.

Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

Metodologías aceptadas para realizar el PAMEC

Existen cuatro metodologías para realizar el PAMEC:

Metodologías que han demostrado tener mayor impacto: Estándares del Sistema Único de Acreditación y Política de Seguridad del Paciente.

Las otras metodologías son: Indicadores para el monitoreo del Sistema de Información de Calidad; Indicadores de seguimiento a riesgos.

¿Cuáles son las metodologías que más aportan al desarrollo de las organizaciones?

Sistema Único de Acreditación:

- Intencionalidad del sistema.
- Uno de los sistemas de calidad más usados en el mundo.
- Un sistema que utilizado de manera ordenada tiene mayor probabilidad que la organización alcance sus metas.

Política de Seguridad del Paciente:

- Es una de las características fundamentales del sistema.
- Estrategia mundialmente aceptada y que preocupa a la comunidad mundial

Que elementos debo tener en cuenta para seleccionar el enfoque a aplicar para el desarrollo de PAMEC.

- Tipo de servicio que presta
- Tamaño y complejidad institucional
- Número de usuarios que atiende la institución
- Estrategia Corporativa adoptada (Plan de gestión gerencial en IPS Públicas).
- Decisión de Mejoramiento Organizacional
- Recursos que tiene la institución para la mejora.

Que enfoque debo seleccionar en estos criterios:

- IPS de baja o mediana complejidad
- Con servicios ambulatorios
- Con menos de 50 trabajadores
- Con recursos limitado para la mejora
- Apoyo Gerencial Limitado.

El Enfoque debe ser: SEGURIDAD DEL PACIENTE; para lo cual debe contar con un programa de seguridad del paciente y debe haber implementado las prácticas de seguridad del paciente incluidas en habilitación.

- Permite enfocar el mejoramiento en una de las prioridades definidas a nivel mundial.
- Impacta rápidamente la calidad de la prestación del servicio.

Que enfoque debo seleccionar en estos criterios:

- IPS de baja o mediana complejidad o alta complejidad
- Con gran variedad de servicios
- Con más de 50 trabajadores.
- Con recursos definidos para la mejora
- Decisión real de la alta dirección
- Equipo definido para el mejoramiento

El Enfoque debe ser: ACREDITACION; para lo cual debe cumplir con los estándares de Habilitación.

Lo anterior permite el desarrollo integral y armónico de la organización.
Evalúa la organización desde el enfoque, la implementación y el resultado de los procesos convirtiéndolo en una herramienta fundamental para trabajar de una manera ordenada y avanzando siempre a los estándares más altos de calidad.
Para la Elaboración y formulación del PAMEC se debe cumplir con cada uno de las etapas de la ruta crítica enunciadas anteriormente.

Quién puede revisar el PAMEC de la IPS:

- **Entidad Territorial Departamental:** En su función de inspección, vigilancia y control.
- **Entidad Territorial Municipal**: En su función de inspección y vigilancia.
- **Superintendencia Nacional de Salud:** En su función de inspección vigilancia y control del SOGC.
- **EAPB:** En la evaluación de los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores.

Ruta Crítica del PAMEC Utilizando el Sistema Único de Acreditación

Para implementar el componente de auditoría, el Ministerio de Salud y Protección Social ha definido una ruta crítica compuesta por nueve pasos, que me permiten de una manera ordenada avanzar hacia estándares superiores de calidad.



ACTIVIDADES A REALIZAR

- **Identificar y seleccionar las personas** que harán parte del equipo de autoevaluación y mejoramiento.

Algunas funciones de los equipos de mejoramiento.

- Fomentar el desarrollo de una cultura de calidad y mejoramiento continuo al interior de la organización.
- Identificar las fortalezas y oportunidades de mejoramiento para cada uno de los estándares evaluados.
- Definir la escala numérica que muestre el grado de desarrollo institucional, como parte de la evaluación cuantitativa.
- Desarrollar conjuntamente con los facilitadores el proceso de priorización de estándares y oportunidades de mejoramiento encontrado.
- Plantear soluciones viables para la implementación de planes de mejoramiento que permitan cerrar las brechas en el desempeño.
- Apoyar en la definición de indicadores que permitan medir la calidad deseada.
- Desarrollar las acciones de mejoramiento que estén a su cargo.
- Desplegar las acciones mejoramiento implementadas entre su equipo de trabajo y demás compañeros.

- **Sensibilización** de los miembros de la organización en el proceso que se va iniciar

- Realizar la **conceptualización teórica** a todos los miembros de la institución en donde se profundice sobre los elementos estructurales de la metodología PAMEC.

- **Diseñar los instrumentos** necesarios que se utilizarán para la implementación de la ruta crítica, como son: formato de autoevaluación, formato de selección de procesos, de priorización, definición de la calidad esperada, de medición inicial del desempeño de procesos, formato de desarrollo de planes de mejoramiento entre otros.

- **Preparar la logística** de las reuniones que incluya, ayudas audiovisuales, ayudas didácticas, formatos y memorias.
- Realizar un **cronograma de implementación de la ruta crítica** que permita determinar tiempos, actividades y objetivos a lograr en la autoevaluación.

¿Qué aspectos debo considerar para realizar el cronograma?

El cronograma me ayuda a definir la duración y alcance del proceso de mejoramiento a emprender.

Debe estar diseñado de tal manera que permita mostrar la forma cómo va implementar cada uno de los pasos de la ruta crítica del PAMEC.

Debe tener claramente definido los responsables de cada uno de los pasos de la ruta crítica.

¿Cuál es el tiempo para realizar una ruta crítica?

El tiempo debe ser el suficiente para realizar un proceso juicioso y serio de mejoramiento que impacte la prestación del servicio de 3 A 6 meses.

La Supersalud determinó que se debe entregar un reporte anual, en donde debemos reportar las acciones de mejora planeadas/ejecutadas.

Sin embargo, eso no significa que debe ser el tiempo definido para la Ruta Crítica.

¿Qué debe contener el diseño y formulación del documento PAMEC?

- Introducción
- Marco Teórico.
- Marco Normativo
- Metodología
- Anexos

Su propósito principal es contextualizar, describir el alcance del documento, una breve explicación o resumen del mismo, además puede incluir la evolución o algunos antecedentes del Sistema de Gestión de Calidad, etc.

Aplicación de la ruta crítica

Describe de manera específica cómo la Institución efectuó el desarrollo de cada uno de los pasos de la Ruta Crítica.
Evidencia del desarrollo de cada uno de los pasos: Actas, listas de asistencia, presentaciones, registros, planes, indicadores, etc.

¿Qué aspectos serán evaluados en el documento PAMEC?

- ✓ El enfoque con el cual se va a realizar la ruta crítica.
- ✓ El tiempo en que se va desarrollar el ciclo de mejoramiento.
- ✓ Los formatos que se van a utilizar durante toda la ruta crítica del PAMEC.
- ✓ El tiempo en que se va desarrollar el ciclo de mejoramiento
- ✓ Como están conformados y cómo van a operar los diferentes equipos de autoevaluación y mejoramiento.
- ✓ Como se va a desarrollar cada uno de los pasos de la ruta crítica de manera específica.
- ✓ Como se va a desarrollar la metodología en caso de que se tengan varias sedes
- ✓ Como se va a realizar el seguimiento y evaluación a la mejora y quién es el responsable.
- ✓ Cuáles son las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales que va a implementar la organización.

PASO 1 AUTOEVALUACIÓN

La autoevaluación se debe realizar con enfoque a acreditación con base a los estándares establecido en la resolución 1328 del 2021, lo que nos permite realizar un diagnóstico real de la Institución, este diagnóstico nos permitirá establecer las fortalezas con las que cuenta la institución, y las oportunidades de mejora que se pueden proyectar.

La autoevaluación incluida en los Pasos de la Ruta Crítica del PAMEC, corresponde a un proceso diferente al de Autoevaluación para Habilitación.

Propósitos de la Fase de Autoevaluación:

- ✓ Identificar las brechas entre el desempeño institucional y los estándares.

- ✓ Promover la transformación de la cultura de la organización hacia una cultura de calidad y de trabajo en equipo.
- ✓ Definir una línea base que sirva como referente para identificar los avances institucionales posteriores.

Para realizar la autoevaluación es importante realizarnos estas preguntas que facilitarán la identificación de las brechas en el desempeño.

¿Cuáles son las características que deben tener las fortalezas?

Para que una organización cuente con una fortaleza implica:		
Tener un enfoque, una implementación y unos resultados.	Ser un factor consolidado en la organización.	Tener desarrolladas mejoras ante los resultados obtenidos. Cierres periódicos y sistemáticos de evaluación y mejoramiento.

¿Qué hacer si no encuentro fortalezas?

Cuando una organización inicia su proceso de mejoramiento posiblemente no encontrará fortalezas que cumplan con estas características, por lo que se sugiere que se trabaje sobre logros frente al enfoque, implementación y resultados, para que no se desconozcan los avances que ha tenido la institución y para que estos logros se conviertan en el punto de partida para continuar avanzando en la consolidación del estándar o criterio a evaluar.

¿Cómo redactar una fortaleza?

La Redacción debe ser:				
Clara	Concisa	No se deben emplear calificativos como bueno, malo, insuficiente	No utilizar siglas o abreviaturas	Debe describir las razones por lo que se considera una fortaleza desde el punto de vista del ENFOQUE, IIMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS

Descripción incorrecta de una fortaleza:

- ✓ Se cuenta con un proceso de inducción.
- ✓ Se tiene definida la planta de cargos.
- ✓ Se cuenta con un formato de consentimiento informado.

Descripción correcta de una fortaleza:

Se cuenta con una política de seguridad del paciente la cual ha sido emanada por la gerencia y validada por el equipo asistencial, se ha implementado de manera sistemática en todas las áreas con logros importantes, muestra de ello es la reducción de las infecciones asociadas al cuidado en los últimos 6 meses.

¿Cómo identificar que existe una oportunidad de mejora?

Existen oportunidades de mejora cuando:		
Se evidencia una debilidad en las directrices o procesos de la organización	No se ha desplegado e implementado el enfoque a sus clientes tanto internos como externos	No se evidencia seguimiento o monitoreo del enfoque y de implementación

¿Cómo redactar las oportunidades de mejora?

- ✓ Inician con verbo en infinitivo.
- ✓ Se redactan con un lenguaje propositivo, por lo tanto, hay que definirlas en positivo.
- ✓ Deben describir las estrategias implementará la institución para cerrar las brechas frente al enfoque, la implementación y/o los resultados.
- ✓ No deben emplearse expresiones que representen carencias (falta, no existen, no cuenta con, etc.).

Descripción incorrecta de una oportunidad de mejora:

- ✓ No tienen estrategias que midan el grado de implementación de la práctica.
- ✓ No existen procesos relacionados con la práctica evaluada.
- ✓ No cuentan con lineamientos definidos para la elaboración del consentimiento informado.

Descripción correcta de una oportunidad de mejoramiento:

Establecer indicadores que permitan monitorear las directrices impartidas por la organización frente a la privacidad y la confidencialidad de la información. - OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO RELACIONADA CON LOS RESULTADOS

Desarrollar mecanismos sistemáticos de divulgación y medición de la adherencia a las guías de práctica clínica. - OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO RELACIONADA CON LA IMPLEMENTACIÓN.

Ejemplo: Actualizar el manual del usuario para el paciente hospitalizado, que incluya la información sobre horarios y restricciones de visitas, ubicación en la habitación y en el entorno, así como los lineamientos para la seguridad de sus pertenencias.

- ✓ Clara, concisa.
- ✓ Inician con verbo en infinitivo.
- ✓ Se redactan con un lenguaje propositivo, no emplea expresiones de carencia.
- ✓ Describe la estrategia que debe implementar para cerrar las brechas frente al enfoque.

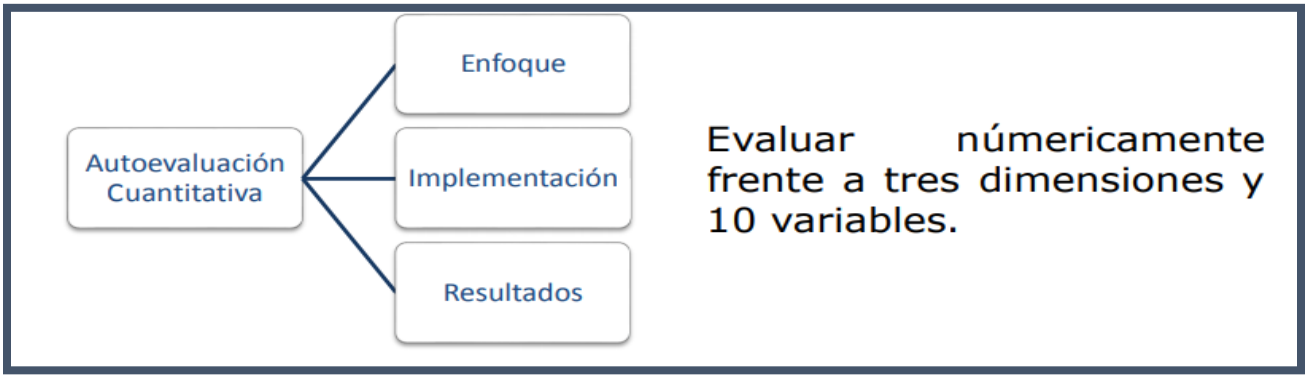
La adecuada identificación y redacción de las oportunidades de mejoramiento, se convierten en un factor crítico de éxito para el PAMEC y de la preparación para la Acreditación.

¿Cómo se realiza la evaluación cuantitativa cuando utilizo como referente los estándares de acreditación?

Si la organización utiliza los estándares del Sistema Único de Acreditación, además, de la autoevaluación cualitativa donde se identificaron fortalezas y oportunidades de mejoramiento, se debe realizar autoevaluación de tipo cuantitativo que implica:

Evaluación Cualitativa: Incluye la definición de fortalezas y oportunidades de mejora para cada estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados

Evaluación Cuantitativa: Calificación de 1 a 5, del grado de avance en la implementación del estándar. "Hoja Radar", cuyos criterios se especifican en el Artículo 7° de La Resolución No. 2082 de 2014.



¿Cuáles son las dimensiones y variables que utilizo para realizar la autoevaluación cuantitativa?

Dimensiones a evaluar

Enfoque: Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.

Implementación: Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución.

Resultados: Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.

¿cuáles son las dimensiones y variables a evaluar?

Enfoque: Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.

- Enfoque sistemático
- Enfoque proactivo
- Enfoque Evaluado y mejorado

Implementación: Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución.

- Despliegue en la institución
- Apropiación del cliente interno y externo

Resultados: Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.

- Pertinencia
- Consistencia
- Avance en la medición
- Tendencia
- Comparación

VARIABLES	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
Enfoque Sistémico: 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 sistémico y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistémico para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunos servicios o procesos. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado	El enfoque es sistémico, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en procesos claves.	El enfoque es sistémico tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de los procesos. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todos los procesos, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
Enfoque Proactivo: Grado en que el enfoque es preventivo y	Los enfoques son mayoritariamente reactivos, la información presentada es	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo en todos los procesos y se	El enfoque es proactivo y preventivo en todos los procesos. Hay

se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad, a partir de la gestión del riesgo.	anecdótica y desarticulada, sin evidencia de la gestión del riesgo.	problemas. Etapas iniciales de la gestión del riesgo	procesos aun cuando existen algunos procesos en donde se actúa reactivamente. Se identifican herramientas de gestión del riesgo.	evidencian resultados parciales de la gestión del riesgo.	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. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre procesos claves que abarcan la mayoría de productos y servicios.	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.

VARIABLES	**Escala de Calificación**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
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	El enfoque no lo apropian los clientes.	Hay evidencias de apropiación a unos pocos	Hay evidencias de apropiación parcial del	El enfoque lo apropian la mayoría de los	El enfoque está apropiado en la totalidad de los

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.		clientes internos o externos, pero éste no es consistente.	enfoque en los principales clientes con un grado mínimo de consistencia.	usuarios y es medianamente consistente	usuarios y es totalmente consistente.

VARIABLES	**Escala de Calificación**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
RESULTADOS					
Pertinencia: Grado en que los resultados referidos (hechos, datos e indicadores) se relacionan con los criterios y requisitos del estándar.	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.	Solo existen 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 incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de 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	No existen indicadores que muestren tendencias en la	Existen algunos indicadores que muestran	Existen indicadores que monitorean los procesos y	Existen procesos de medición sistemáticos para la mayoría de los	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de

responde a una práctica sistémica de la organización en un periodo de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos.	calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunos servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunos servicios o procesos reportados pueden estar en etapas recientes de medición.	servicios o procesos y factores claves de éxito solicitados en el estándar.	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 mejoría general a lo largo del tiempo	El estadio 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 las mejores prácticas y se encuentra en etapa temprana de comparación de algunos procesos, productos críticos	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de servicios o procesos, productos, factores y/o servicios	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de

			y servicios solicitados en el estándar.	claves solicitados en el estándar.	evaluación y mejora de los sistemas de comparación.

¿Qué aspectos serán evaluados en la autoevaluación de la Ruta Crítica?

- ✓ Debe tener claramente definido con que estándares va a realizar su proceso de autoevaluación.
- ✓ Debe haber desarrollado un proceso de autoevaluación donde se definan fortalezas y oportunidades de mejora
- ✓ En caso de utilizar el enfoque de acreditación debe autoevaluarse frente a todos los grupos de estándares
- ✓ Las fortalezas y oportunidades de mejora deben ser consistentes y claras.
- ✓ En caso de utilizar el enfoque de acreditación la autoevaluación debe realizarse desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo
- ✓ Las fortalezas y oportunidades de mejora deben estar definidas desde las dimensiones de enfoque, implementación y resultados

PASO 2. SELECCIÓN DE PROCESOS CON OPORTUNIDADES DE MEJORA

Aquí se identifica cuales prácticas tienen oportunidades de mejora, adicionalmente se puede identificar a que procesos institucionales pertenecen.

¿Qué aspectos serán evaluados en la etapa de selección de procesos?

- ✓ La IPS debe contar con un mapa de procesos y unos procesos y procedimientos documentados.

- ✓ Debe confrontar las oportunidades de mejora, las prácticas de seguridad frente a los procesos institucionales.

PASO 3. PRIORIZACIÓN DE ESTÁNDARES A MEJORAR

Consiste en identificar los puntos críticos a intervenir, en los cuales la organización va concentrar sus esfuerzos para el mejoramiento.

- ✓ Priorización de estándares con todas sus oportunidades de mejora.
- ✓ Priorización de oportunidades de mejora.

Para realizar la priorización existen diferentes metodologías sin embargo la más aceptada es la matriz de priorización.

¿Qué es y cómo se utiliza la matriz de priorización?

La matriz de priorización, es una herramienta para evaluar opciones basándose en una determinada serie de criterios explícitos los cuales son determinados por cada institución. La matriz más comúnmente utilizada es la de riesgo, costo, volumen.

Criterio matriz de priorización

Priorización de estándares a mejorar La matriz de priorización, se basa en una determinada serie de criterios explícitos los cuales son determinados por cada institución.

Volumen. Se refiere a que tantas veces se ejecuta el procedimiento descrito en el estándar.

Riesgo. Se refiere a que si falla el estándar que riesgo tiene el usuario y la institución.

Costo. Se refiere a si se falla en la ejecución del estándar que tan costoso es para la organización por demandas, costos de no calidad e imagen.

RIESGO	CRITERIO	VOLUMEN	CRITERIO	COSTO	CRITERIO
Si falla la aplicación del estándar no representa ningún riesgo para los usuarios, trabajadores o la institución.	1	El estándar desarrolla procedimientos que se ejecutan sólo algunas veces al año.	1	Si falla el procedimiento es poco costoso para la institución (imagen, no calidad, demandas).	1

Si falla la aplicación del estándar representa un riesgo mínimo para los usuarios, trabajadores o la institución.	3	El estándar desarrolla procedimientos que se ejecutan varias veces al mes.	3	Si falla el procedimiento trae costos importantes para la institución (imagen, no calidad, demandas).	3
Si falla la aplicación del estándar representa un alto para los usuarios, trabajadores o la institución.	5	El estándar desarrolla procedimientos que se ejecutan muchas veces al día.	5	Si falla el procedimiento es muy costoso para la institución (imagen, no calidad, demandas).	5

¿Cuántos estándares priorizar?

- ✓ La máxima calificación que se puede obtener es de 125
- ✓ Se considera que los estándares que obtengan una calificación mayor de 80 son los que pueden entrar a intervenirse, sin embargo, este número no debe considerarse como un número mágico.
- ✓ Otra guía que se puede utilizar es que la organización escoja el 30% de los estándares, el cual estará determinado entre aquellos estándares que obtuvieron mayor criticidad en su priorización.

¿Qué aspectos serán evaluados en la priorización de la Ruta Crítica?

- ✓ Debe tener claramente definido la metodología para la priorización
- ✓ Debe haber definido los criterios para la priorización
- ✓ Debe haber aplicado la priorización a las oportunidades de mejora, estándares o prácticas
- ✓ Debe haber priorizado un grupo considerable de estándares o prácticas
- ✓ En caso de acreditación deben quedar priorizados estándares de todos los grupos de estándares.

PASO 4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA DE LOS ESTÁNDARES PRIORIZADOS

Significa establecer cómo se desea que se realicen los procesos y cuáles son los resultados que se quieren lograr.

Metas de los indicadores que evalúan el comportamiento del estándar

Se deben establecer metas e indicadores que evaluarán el desempeño del estándar priorizado de una manera pertinente.

Resultado de la autoevaluación cuantitativa

Se tomará que la calidad esperada deberá ser la obtención de una calificación de 3 en la escala de valoración cuantitativa.

Es importante aclarar que se preferirá utilizar indicadores ya definidos por la organización, que el desarrollo de nuevos indicadores de gestión.

Se debe garantizar que los indicadores seleccionados si busquen evaluar el objetivo del estándar.

Se deben definir las fichas técnicas de los indicadores.

¿Qué aspectos serán evaluados en la definición de la calidad deseada de la Ruta Crítica?

- ✓ Debe tener claramente definida la metodología para la definición de la calidad deseada.
- ✓ Debe haber definido la calidad deseada para cada estándar o práctica priorizada.
- ✓ La calidad deseada debe ser pertinente frente al estándar o práctica priorizada.
- ✓ Se han desarrollado indicadores a partir de la calidad deseada.
- ✓ Se cuentan con las fichas técnicas de los indicadores que evalúan la calidad deseada.
- ✓ Se tienen diseñados los instrumentos que operativizan la medición de los indicadores.

PASO 5. MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS ESTÁNDARES PRIORIZADOS

Consiste en establecer la línea de base del desempeño institucional, que permitirá medir el impacto de las acciones de mejoramiento.

- ✓ Para realizar la medición se deberán construir los instrumentos de medición que permitan generar los indicadores establecidos.
- ✓ Realizar la validación de los instrumentos y ajuste de ser necesario, previo a la aplicación.
- ✓ Se recomienda también en esta fase construir el cronograma de medición de los indicadores seleccionados.

¿Por qué se realiza la medición inicial del desempeño, sin haber definido, ni implementado el plan de mejora?

- ✓ Para poder evaluar el impacto de las acciones de mejoramiento que implementemos.
- ✓ Antes de iniciar las acciones de mejora (1 y segundo trimestre).
- ✓ Impacto de las acciones de mejora (3 y cuarto trimestre)

¿Qué aspectos serán evaluados en la medición inicial del desempeño?

- ✓ Debe tener claramente definidos los mecanismos para la evaluación inicial del desempeño.
- ✓ Se debe contar con un cronograma de medición de indicadores.
- ✓ Se debe tener la línea de base que mide la brecha entre la calidad deseada y el estado actual.
- ✓ Se debe tener trazabilidad en los resultados obtenidos

PASO 6. PLAN DE ACCIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS PRÁCTICAS PRIORIZADAS.

En esta fase se desarrollan **estrategias específicas para el cierre de las brechas,** encontradas en la autoevaluación, por lo tanto, cada práctica priorizada tendrá una calidad esperada y unas acciones de mejoramiento para el cierre de brechas.

La calidad del plan de mejoramiento depende de que tan claras y bien definidas se encuentren las oportunidades de mejora generadas en el PASO 1. Autoevaluación.

¿Qué aspectos serán evaluados en el plan de mejoramiento inicial de la Ruta Crítica?

- ✓ Debe tener claramente definido un plan de mejoramiento para el cierre de las brechas.
- ✓ Debe tener definidos los responsables y las fechas para el cierre de las brechas
- ✓ Se debe incluir acciones de mejora la totalidad de estándares, prácticas y oportunidades de mejora priorizadas.
- ✓ El personal de la institución debe conocer el plan de mejoramiento.
- ✓ En caso de varias sedes cada una de ellas deberá contar con plan de mejoramiento
- ✓ En caso de tener el enfoque de acreditación debe existir un plan de mejora para cada grupo de estándares.

PASO 7. EJECUCIÓN AL PLAN DE ACCIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS PRÁCTICAS PRIORIZADAS

Las acciones de mejoramiento son ejecutadas por los responsables, según el cronograma preestablecido.

¿Qué aspectos serán evaluados en la ejecución del plan de acción de la Ruta Crítica?

Se debe verificar que las acciones de mejora se estén ejecutando por los responsables.

PASO 8. EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO

Consiste en el seguimiento al impacto de las acciones establecidas por la organización.

Debe existir una instancia (Líder responsable de PAMEC, Comité de Calidad o la alta dirección), que **realice el seguimiento al plan de mejora, lo cual implica:**

- ✓ Identificar y garantizar los recursos necesarios para la correcta implantación de las acciones planteadas.

- ✓ Realizar seguimiento a la implementación.
- ✓ Evaluar si las estrategias planteadas están siendo efectivas o requieren algún ajuste. (Por medio de indicadores y auditorías).

¿Cómo relacionar las auditorías de procesos con el PAMEC?

- ✓ Se establece el programa de auditoría que contiene objetivo, alcance, periodicidad y fechas de auditoría (cronograma).
- ✓ Listas de chequeo para evaluar la práctica y el impacto de las acciones emprendidas en el plan de mejora
- ✓ Desarrollar las auditorías de acuerdo al cronograma.
- ✓ Con los resultados realice seguimiento a la implementación de las prácticas priorizadas.
- ✓ Realice análisis e identifique nuevas oportunidades de mejora.

¿Qué aspectos serán evaluados en la evaluación del mejoramiento de la Ruta Crítica?

- ✓ Debe realizar acciones de seguimiento a la implementación y eficacia de los planes de mejoramiento
- ✓ Debe tener definidas las personas responsables del seguimiento a los planes de mejora.
- ✓ Debe quedar constancia de los seguimientos realizados.
- ✓ Deben definirse planes de choque cuando se presentan desviaciones en la implementación de los planes de mejora.

- ✓ Se deben implementar las acciones de seguimiento del PAMEC (auditorías, indicadores, etc., orientadas a evaluar el cumplimiento de las metas establecidas).

PASO 9. APRENDIZAJE DE LA ORGANIZACIÓN PARA MANTENER O CONTINUAR MEJORANDO LA CALIDAD ALCANZADA

Una vez las oportunidades de mejoramiento han sido solucionadas se realiza:

- ✓ Un **resumen del mejoramiento** logrado para evidenciar cuál era el problema, cómo se analizó, cuáles eran las causas del problema, cómo se trató y cuáles fueron los resultados.
- ✓ **Comunicación de los resultados** a todos los clientes internos involucrados en el proceso.
- ✓ **Ajuste de los procesos mejorados** con las actividades que demostraron cambio con el fin de estandarizarlos.
- ✓ **Capacitación y reentrenamiento** al personal responsable del proceso mejorado para que se continúe la implementación del proceso con los cambios que ya se probaron.
- ✓ **Medición continúa de los indicadores** del proceso mejorado, con el fin de evaluar si la calidad alcanzada se mantiene o aún sigue mejorando

¿Qué hacer si un plan de mejoramiento no tiene impacto?

Cuando un plan de mejoramiento no tiene impacto y los indicadores continúan mostrando brechas, aplique el modelo de mejoramiento y que incluye la aplicación de las herramientas de análisis de solución de problemas.

¿Qué aspectos serán evaluados en el aprendizaje organizacional de la Ruta Crítica?

- ✓ Que la institución realice capacitación y reentrenamiento al personal con los cambios que fueron efectivos.
- ✓ Debe tener evidencia de las reuniones donde se realizó esta capacitación y reentrenamiento.
- ✓ Debe continuar midiendo los indicadores y realizar seguimiento las tendencias.

- ✓ Debe tener documentos resumen donde se compile todo el proceso de mejora.
- ✓ Se deben implementar mecanismos de comunicación para la divulgación de los resultados de mejoramiento.
- ✓ Se deben haber ajustado los procesos y por lo tanto deben existir documentos que evidencien este aprendizaje.

¿Cuáles son los tipos de acciones que incluye el PAMEC?

Actuar: Acciones Coyunturales

Planear: Acciones preventivas

Verificar y hacer: Acciones de Seguimiento

Acciones preventivas: Conjunto de procedimientos, actividades, o mecanismos de auditoría sobre los procesos definidos como prioritarios, que debe realizar la organización en forma PREVIA a la atención para garantizar la calidad de la misma.

Ejemplo:

- ✓ Ajuste y estandarización de procesos y procedimientos antes de que ocurra un evento no deseado en la atención en salud.
- ✓ Adopción de estándares de calidad.
- ✓ Concertación entre EPS-IPS sobre los parámetros de la auditoría externa.

Acciones Coyunturales: Conjunto de procedimientos, actividades. Mecanismos de auditoría que debe realizar la organización RETROSPECTIVAMENTE, para detectar, informar y analizar la ocurrencia de resultados no esperados.
Ejemplo:

- ✓ Análisis de eventos adversos graves.
- ✓ Análisis de reclamaciones, sugerencias y felicitaciones.

Acciones de Seguimiento: Conjunto de procedimientos, actividades, mecanismos de auditoría, que debe realizar la organización DURANTE la prestación de sus servicios, sobre los procesos para garantizar la calidad. Permite conocer el desempeño de los mismos.

Ejemplo:

- ✓ Indicadores de Calidad.
- ✓ Encuestas de satisfacción.
- ✓ Auditoría a procesos.

¿Cuándo se cierra un ciclo de mejoramiento?

- ✓ Cuando las acciones de mejoramiento fueron efectivas y se demuestra que hay cierre en la brecha del desempeño.
- ✓ Cuando los indicadores y auditorías demuestran que se ha alcanzado la calidad deseada

Esto permite concluir que la organización aprendió y se cierra este ciclo de mejoramiento para dar inicio a otros y seguir el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

INSTRUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN APLICAR

		ASPECTOS CUALITATIVOS				CALIFICACIÓN										
						ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
	ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA		Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	TOTAL
	GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL															
	DEBERES DE LOS PACIENTES															
1	AsDP1															#¡DIV/0!

Para el diligenciamiento se tiene en cuenta la descripción de las principales fortalezas que demuestren el cumplimiento del estándar, se registran las evidencias que constaten el cumplimiento para cada estándar, los resultados específicos y las tendencias. Se relaciona documentos, políticas institucionales, informes consolidados de procesos y resultados, informes de indicadores, gráficos de tendencias, informes de auditoría, actas de comités, modelos y programas, manuales, reglamentos, códigos, guías, aplicativos, formatos, instructivos y en general todos aquellos registros que la institución utiliza.

Luego de haber tratado cada uno de los puntos de la reunión, esta se da por terminada.