



NIT: 892115010-5
COD: 4465000286

RESOLUCION

GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA

Código: GDE-F-RES-04

Versión: 3.0

Vigencia: 11/11/2020

Página 1 de 7 de la Resolución
N° 234 del 23 de abril del 2021

RESOLUCION N° 234 DE 2021.

Del 23 de abril del 2021

“POR LA CUAL SE ACTUALIZA Y ADOPTA LA POLÍTICA DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO Y EL MANUAL DE CALIDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II”

LA GERENTE DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II DE SAN JUAN DEL CESAR – LA GUAJIRA, en uso de sus facultades legales (ley 100 de 1993, art. 194 y 195, decreto 1876 de 1994) y estatutarias (Acuerdo 016 de 2006) y,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 49 de la Constitución Nacional, establece que la salud es un derecho fundamental, un servicio público y en desarrollo del mismo, el Congreso de la República expidió la Ley 100 de 1993, a través de la cual creó el Sistema de Seguridad Social Integral, en la cual, en el libro segundo establece a partir del artículo 152 y siguientes, el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que así mismo, la Ley 100 de 1993, en el numeral 9º del artículo 153, indica que el Sistema establecerá mecanismos de control a los servicios, para garantizar a los usuarios la Calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

Que la exigencia normativa dada por en el artículo 7 de la Ley 1438 de 2011, en relación a la definición e implementación de un Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad, impone condiciones al Ministerio de Salud y Protección Social, frente al mejoramiento de la calidad en la atención y la obtención de resultados evaluables, reconocidos y direccionados para lograr el compromiso de todos los agentes del sistema.

Que dando cumplimiento a este mandato legal, la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, ha construido el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS).

Que mediante el decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en su parte 5, título 1, capítulo 1, se establece El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud, para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país.

Que la resolución 0256 de 2016, proferida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.



NIT: 892115010-5
COD: 4465000286

RESOLUCION

GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA

Código: GDE-F-RES-04

Versión:3.0

Vigencia:11/11/2020

Página 2 de 7 de la Resolución
N° 234 del 23 de abril del 2021

Que el Ministerio de Salud y de Protección Social, mediante la Resolución 3100 de 2019, definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Que tanto en los estándares de acreditación (Resolución 5095 de 2018, proferida por el Ministerio de Salud y de Protección Social) como en el modelo estándar de control interno (Decreto 943 de 2014), se hace necesaria la adopción de las políticas institucionales para el desarrollo y compromisos éticos de la Alta Dirección.

Que la ESE Hospital San Rafael Nivel II de San Juan Del Cesar – La Guajira, mediante Resolución N° 005 de 2017, en su artículo tercero, adoptó la política, los objetivos y manual de calidad de la entidad.

Que en comité de Gestión y Desempeño realizado el día 16 de abril de 2021, mediante Acta No.03, se puso en consideración la Política de Calidad y Mejoramiento Continuo, objetivos, evaluación de la misma y manual de calidad, lo cual fue aprobada por todos los miembros

Que en mérito de lo anterior,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: ACTUALIZAR Y ADOPTAR LA POLÍTICA DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO de la ESE Hospital San Rafael Nivel II, con el fin de re-direccionarla, teniendo en cuenta el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS), los ejes de la acreditación en salud y la articulación con otros sistemas de gestión, quedando institucionalizada así:

“En la ESE Hospital San Rafael Nivel II de San Juan del Cesar, estamos comprometidos a prestar servicios de atención en salud a los usuarios y su familia, bajo el cumplimiento estricto de los requisitos obligatorios, velando por el mejoramiento continuo, monitoreando indicadores de calidad y avanzando en la obtención de estándares superiores, con personal humanizado y competente que permita la transformación cultural con responsabilidad social.”

ARTICULO SEGUNDO: ALCANCE: La Política de Calidad y Mejoramiento Continuo abarca los procesos estratégicos, misionales, de apoyo, Control y evaluación, necesarios para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios en salud y brindar bienestar a la población del Municipio de San Juan del Cesar y su área de influencia, usuarios, particulares y de otros municipios que demandan nuestros servicios y partes interesadas.

ARTÍCULO TERCERO: ESTRUCTURA Y LINEAS ESTRATEGICAS: La Política de Calidad y Mejoramiento Continuo se integra por medio del Sistema de Gestión de Calidad y Mejoramiento Continuo de la entidad, que está estructurado por medio de 7 ejes estratégicos según el



NIT: 892115010-5
COD: 4465000286

RESOLUCION

Código: GDE-F-RES-04

Versión: 3.0

Vigencia: 11/11/2020

GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA

Página 3 de 7 de la Resolución
Nº 234 del 23 de abril del 2021

diagrama, del cual se desprenderán los objetivos, las acciones y se otorgarán las responsabilidades a cada uno de los actores dentro de la entidad, así:



ARTÍCULO CUARTO.- OBJETIVOS: Para dar cumplimiento a la Política de Calidad y Mejoramiento Continuo de la ESE Hospital San Rafael Nivel II, se han proyectado los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

Gestionar el cumplimiento de los requisitos legales con enfoque al mejoramiento continuo avanzando a niveles superiores de calidad en salud, mediante auditorías y seguimiento de indicadores que fortalezcan una atención segura, humanizada al usuario y familia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Monitorear el cumplimiento de los requisitos del sistema único de habilitación a través de la implementación de listas de autoevaluación de acuerdo a los requisitos exigidos por la normatividad vigente y su actualización en REPS.
2. Optimizar la gestión de la auditoria para el mejoramiento de calidad de la entidad.
3. Realizar **seguimiento permanente a los indicadores de proceso y de calidad de la ESE**, con el fin de fortalecer la implementación de acciones de mejoramiento basada en sus resultados.
4. Determinar metodologías eficientes para incrementar el cumplimiento de los estándares superiores de calidad en salud.
5. Fomentar la cultura de revisión, análisis y actualización del sistema documental **de calidad por parte de los líderes de proceso y equipo de trabajo.**
6. Implementar estrategias que permitan a la ESE la disminución de eventos adversos e incidentes en la prestación de los servicios que garanticen una atención cada vez más segura al usuario y su familia.
7. Fortalecer la comunicación, respeto y buen trato brindado por cada uno de los colaboradores de la ESE a nuestros usuarios y su familia.



NIT: 892115010-5
COD: 4465000286

RESOLUCION

Código: GDE-F-RES-04

Versión: 3.0

Vigencia: 11/11/2020

Página 4 de 7 de la Resolución
Nº 234 del 23 de abril del 2021

GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA

ARTÍCULO QUINTO: ROLES Y RESPONSABILIDADES: Los roles y responsabilidades en la política de calidad y mejoramiento continuo, son de carácter participativo con los líderes de procesos, el cual se determinaron de acuerdo a los ejes estratégicos:

EJES ESTRATEGICOS	RESPONSABLES	ACCIONES Y RESPONSABILIDADES
HABILITACIÓN	Alta Dirección	➤ Garantizar los recursos de infraestructura, dotación, talento humano y demás necesarios para el cumplimiento de los requisitos obligatorios para permanecer en el sistema de salud.
	Asesor de Calidad	➤ Monitorear el cumplimiento de los requisitos obligatorios para la prestación de servicios de salud. ➤ Mantener actualizado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)
	Líderes de proceso	➤ Conocer y realizar seguimiento al cumplimiento estricto de los requerimientos de habitación en el proceso que lidera.
	Colaboradores	➤ Conocer los requerimientos de habitación en el proceso que se encuentra y notificar falencias identificadas.
AUDITORIAS DE CALIDAD	Alta Dirección	➤ Aprobar y verificar cumplimiento del plan de auditorías internas para cada vigencia.
	Asesor de Calidad	➤ Ejecutar el plan de auditoría interna, informando a la alta dirección los resultados y verificar las acciones de mejora.
	Asesor de Control Interno	➤ Realizar seguimiento al cumplimiento de las auditorías internas para cada vigencia.
	Líderes de proceso	➤ Apoyar la ejecución de las auditorías internas en los procesos asignados. ➤ Implementar acciones de mejora orientadas a dar cumplimiento a las no conformidades detectadas en auditoría.
Colaboradores	➤ Participar activamente en las auditorías internas que se ejecutan en los procesos de la ESE.	
INDICADORES DE CALIDAD	Alta Dirección	➤ Establecer las directrices para la medición, seguimiento y monitorización de los indicadores de calidad normativos e institucionales.
	Asesor de Calidad	➤ Gestionar la información de los indicadores que permitan comprender las condiciones de calidad en la atención en salud y su contexto al interior de la Entidad.
	Líderes de proceso	➤ Presentar el resultado y análisis de los indicadores aplicables a sus responsabilidades en el periodo establecido. ➤ Realizar el monitoreo permanente de los cambios en las condiciones de calidad en la atención en salud y su normatividad vigente.
	Colaboradores	➤ Realizar los registros necesarios durante la ejecución del proceso asignado que permita la recolección de la información para la medición de los indicadores.
ESTÁNDARES SUPERIORES DE CALIDAD.	Alta Dirección:	➤ Establecer las directrices para avanzar en la consecución de estándares superiores de calidad en la Prestación de los servicios de la ESE. ➤ Disponer de los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades definidas en la preparación para la Acreditación
	Asesor de Calidad	➤ Liderar el proceso de autoevaluación de los procesos de la entidad frente a los estándares de acreditación. ➤ Recopilar las acciones de mejora formuladas por los líderes de proceso de acuerdo a la ➤ Liderar acciones periódicas para demostrar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores



NIT: 892115010-6
COD: 4465000286

RESOLUCION

Código: GDE-F-RES-04

Versión:3.0

Vigencia:11/11/2020

Página 5 de 7 de la Resolución
Nº 234 del 23 de abril del 2021

GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Liderar la planeación proponiendo a la alta dirección los cambios y actualizaciones a las que haya lugar en el proceso de preparación para la Acreditación de acuerdo a las circunstancias y normatividad vigente.
	Líderes de proceso	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar autoevaluación frente a los estándares de acreditación del proceso que lidera. ➤ Formular acciones de mejora de acuerdo a la autoevaluación de los estándares de acreditación. ➤ Liderar la gestión de las acciones formuladas en el PAMEC para avanzar en el cumplimiento del grupo de estándares de acreditación a los cuales hace parte su proceso
	Colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aportar las acciones necesarias al cumplimiento del PAMEC de la ESE.
SISTEMA DOCUMENTAL	Alta Dirección	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer las directrices del sistema documental de la entidad.
	Asesor de Calidad y profesional de apoyo en Calidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estandarizar la operación y funcionamiento del ESE a través de los procesos y procedimientos eficientes encaminado al logro de los objetivos institucionales. ➤ Unificar la metodología para la documentación de los procesos. ➤ Elaboración, diseño y control de los documentos del sistema de gestión de calidad.
	Líderes de proceso	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proyectar junto a sus colaboradores la documentación necesaria en la ejecución de los procesos que lidera. ➤ Panificar los cambios documentales de su proceso, socializando y supervisando la utilización de los documentos vigentes.
	Colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar la ejecución de los procesos de acuerdo a la documentación realizada.
SEGURIDAD DEL PACIENTE	Alta Dirección:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Garantizar los recursos de infraestructura, dotación, talento humano y demás necesarios para el cumplimiento de los requisitos obligatorios y necesarios para brindar una atención segura y de calidad
	Asesor de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estructurar los procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud
	Referente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar de forma permanente los riesgos asociados a la atención en salud e implementando estrategias y fomentando cultura de seguridad para minimizarlos.
	Líderes de proceso	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Supervisar el cumplimiento de las actividades realizadas durante el proceso de atención conforme a las estrategias planificadas en seguridad del paciente y ejecutar acciones de mejoras según riesgos identificados.
	Colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ejecutar los procesos de prestación de servicio atendiendo el plan de seguridad del paciente, minimizando eventos adversos e incidentes.
HUMANIZACION DEL SERVICIO	Alta Dirección:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Adoptar, promover y evaluar en todos los colaboradores de la entidad, la política de humanización y buen trato ➤ Garantizar los recursos necesarios para el desarrollo del programa de humanización institucional
	Asesor de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apoyar en la gestión de los recursos necesarios para el desarrollo del programa de humanización de la institución ➤ Supervisar las acciones a realizar dentro del programa de humanización y buen trato con la Referente
	Referente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proyectar el programa de humanización y buen trato de acuerdo a cada uno de los ejes estratégicos adoptados
	Líderes de proceso	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Supervisar que se ejecute en su proceso el programa de humanización e implementar acciones de mejoras por incumplimiento.
	Colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prestar servicios se acuerdo a los lineamientos de humanización y buen trato que estipula la ESE.



NIT: 892115010-5
COD: 4465000286

RESOLUCION

GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA

Código: GDE-F-RES-04

Versión:3.0

Vigencia:11/11/2020

Página 6 de 7 de la Resolución
Nº 234 del 23 de abril del 2021

ARTICULO SEXTO: MONITOREO Y EVALUACIÓN: Para poder realizar un mejor seguimiento al cumplimiento de la política, se determinaron indicadores de medición de acuerdo a los objetivos y ejes estratégicos formulados en la política, los cuales se encuentran descritos en la siguiente tabla, donde se describe el objetivo al que evalúa, nombre, fórmula y periodicidad en la que se realizará su medición:

OBJETIVO Número	Nombre	FORMA DE MEDICIÓN	
		Formula	Periodicidad
1	Proporción de servicios con autoevaluación en la vigencia.	Número total de servicios con autoevaluación en REPS en la vigencia / Número de servicios habilitados *100	Anual
2	Eficacia de la auditoría de calidad	Número de auditorías interna realizadas / Total auditorías internas programadas.*100%	Trimestral
3	Seguimiento del cumplimiento del reporte de indicadores.	Reporte de indicadores a entes de control: (Informe de indicadores reportados en los términos establecidos/Informes de indicadores solicitados por entes de control y partes interesadas) *100	Trimestral
		Reporte de indicadores por procesos: (No. Indicadores reportados por cada proceso/No de indicadores definidos de la ESE) *100	Mensual
4	Verificar el Cumplimiento del programa de auditoría de mejoramiento de la calidad	Número de acciones de mejoramiento realizadas/Numero de acciones de mejoramiento programadas*100	Trimestral
5	Realizar seguimiento a la actualización y control de cambios de los procesos de la ESE	Numero de documentos sin actualización y/o control identificados en el periodo	Mensual
6	Realizar seguimiento a los indicadores de cumplimiento del programa de seguridad del paciente.	Numero de Indicadores reportados y analizados /No de indicadores definidos por el programa de seguridad del paciente en el periodo *100	Mensual
7	Realizar seguimiento a los indicadores de cumplimiento del programa de Humanización.	Numero de Indicadores reportados y analizados /No de indicadores definidos por el programa humanización en el periodo *100	Mensual

ARTICULO SEPTIMO: ADOPCION DEL MANUAL DE CALIDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II: Adoptar el Manual de Calidad de la ESE Hospital San Rafael Nivel II, donde se describe el Sistema de Gestión de Calidad Institucional, cuyo documento formará parte integral de la presente resolución, de acuerdo a lo expuesto a la parte emotiva de este acto.

ARTÍCULO OCTAVO: DIVULGACIÓN: La Política de Calidad y mejoramiento Continuo y el Manual de Calidad, se divulgarán a todos los funcionarios de la ESE a través de los medios masivos de comunicación (correos electrónicos, página web, Redes sociales, Folletos de inducción y reinducción) charlas informativas, así como la socialización al interior cada proceso por parte de su líder.



NIT: 892115010-5
COD: 4465000286

RESOLUCION

GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA

Código: GDE-F-RES-04

Versión: 3.0

Vigencia: 11/11/2020

Página 7 de 7 de la Resolución
Nº 234 del 23 de abril del 2021

ARTÍCULO NOVENO: VIGENCIA: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga el Artículo 1 y 3 de la Resolución 345 del 3 de mayo del 2017 y las demás que versen sobre la misma materia y/o le sea contrarias.

NOTIFIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE:

Dada en San Juan del Cesar- La Guajira, a los 23 días del mes de abril de 2021.

MARIA ISABEL CRISTINA GONZALEZ SUAREZ
GERENTE.

Proyectó: **Gloria Núñez Orozco** - Asesora de Calidad. *G. Orozco*

Revisó Aspectos Técnicos: **Aura Isabel Orozco Vega** - Asesora Externa de la ESE *A. Orozco*

Revisó Aspectos Jurídicos: **Rossana Mejía** - Prof. Universitario área jurídica *R. Mejía*