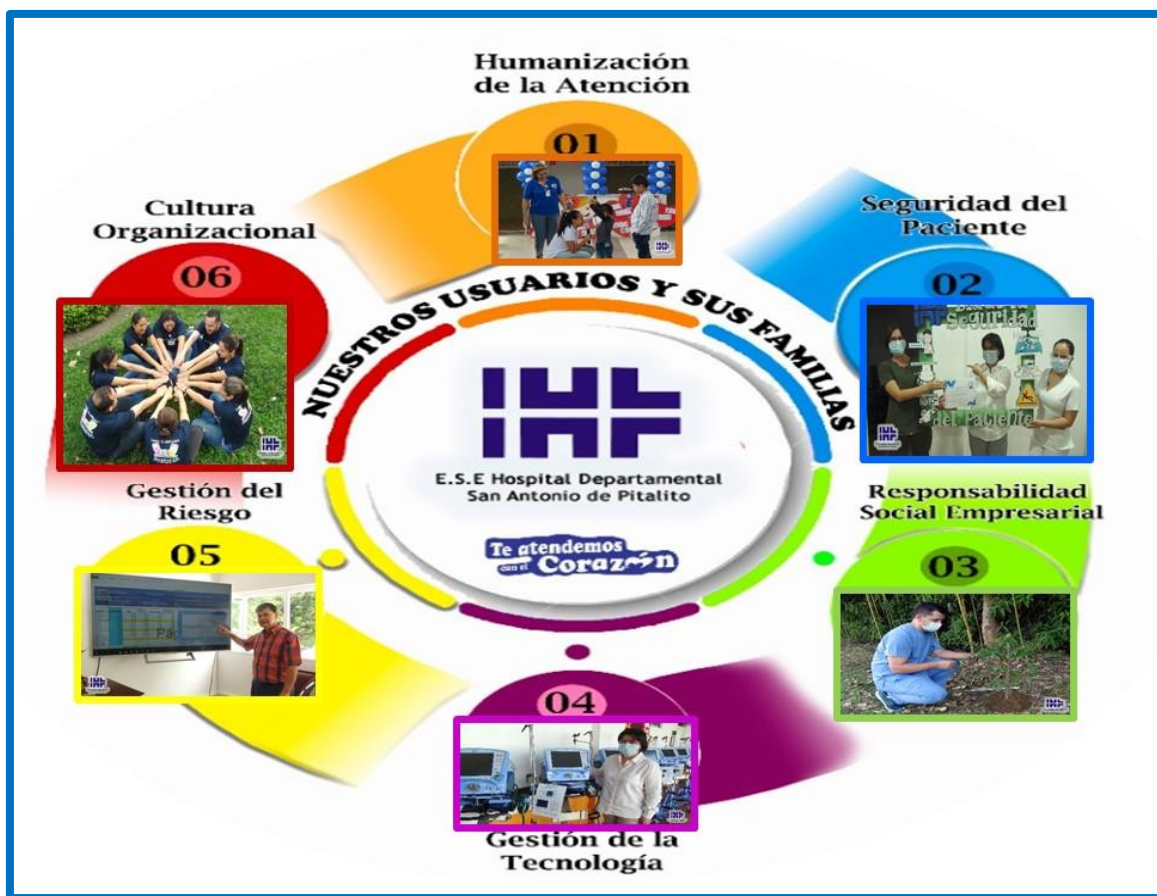


SOCIALIZACIÓN ACREDITACIÓN DENTRO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PITALITO – HUILA**

NIT. 891.180.134 – 2

Pitalito, 21 de Septiembre de 2020

DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente

CONTENIDO

JUSTIFICACIÓN	3
1. Marco Normativo	4
2. Contexto General de la Acreditación en Salud	5
3. Sistema Obligatorio de Garantía de La Calidad de la Atención en Salud - SOGCS	7
4. Sistema Único de Acreditación - SUA	10
4.1. Ejes Trazadores en el Sistema Único de Acreditación	11
4.2. Etapas del Proceso de Acreditación en Salud	13
5. Grupos de Estándares de Acreditación en Salud	15
6. Importancia del Rol de La Junta Directiva en los Estándares de Direccionamiento	18
7. Proceso de Autoevaluación de Estándares de Acreditación	20
8. Resultados de la Encuesta Aplicada a La Junta Directiva	22

JUSTIFICACIÓN

Con el fin de dar cumplimiento al Plan de Gestión Institucional para el período 2020-2024 **“Desarrollo y Transformación Hospitalaria Con Gestión Humana”** de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, al igual que al procedimiento de formación continua, se presenta ante los Honorables Miembros de la Junta Directiva de la Entidad el documento denominado “Socialización Acreditación Dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud”.

La presentación y análisis del presente documento le permitirá a los Honorables Miembros de la Junta Directiva, a la alta dirección, a los equipos de trabajo de las diferentes áreas, y nuestra comunidad en general, comprender un poco más el por qué nos encontramos en la ruta hacia la Acreditación en Salud.

En el presente documento, podrán contar con las herramientas y contexto general de la Acreditación en Salud en Colombia, el cual es uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de La Calidad de la Atención en Salud (SOGCS); así mismo, se detalla en cuanto al Sistema Único de Acreditación (SUA), sus Ejes Trazadores, las etapas del proceso de Acreditación en Salud, los grupos de estándares y la importancia del Rol de la Junta Directiva en los estándares de Direccionamiento, entre otros.

Por último, se hace extensiva la invitación a los Honorables Miembros de Junta Directiva de nuestro Hospital, para continuar con el acompañamiento y apoyo incondicional, en la búsqueda del logro de los objetivos Institucionales con éxito, en especial la meta macro de la Acreditación Institucional.

1. MARCO NORMATIVO

- **Decreto No. 1011 de 03 de abril de 2006**, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social).
- **Decreto No. 903 de 13 de mayo de 2014**, por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social).
- **Resolución No. 2082 de 29 de mayo de 2014**, por el cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social).
- **Resolución No. 6055 de 06 de diciembre de 2016**, por la cual se determina la integración y el funcionamiento del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social).
- **Resolución No. 5095 de 19 de noviembre de 2018**, por el cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1 (Ministerio de Salud y Protección Social).
- **Resolución No. 346 de 17 de febrero de 2017**, por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social).
- **Resolución No. 3100 de 25 de noviembre de 2019**, por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de los Servicios de Salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud (Ministerio de Salud y Protección Social).

2. CONTEXTO GENERAL DE LA ACREDITACIÓN EN SALUD

Con la expedición del Decreto No. 903 de 2014, cuya finalidad es la modernización y actualización de uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud que es el Sistema Único de Acreditación, sistema que se reglamentó desde el año 2002 con la Resolución 1774; se modificó con la Resolución 1445 de 2006 y 123 de 2012 y que con el Decreto en mención se ajusta para fortalecer la implementación de estándares superiores de calidad en la atención en salud.

¿Quiénes pueden acreditar en salud en Colombia?

Las entidades que estén interesadas en ser Acreditadores en Salud en Colombia deben cumplir los siguientes requisitos:

- a). Estar acreditada por El **ISQua** (International Society for Quality in Health Care), para lo cual, aportarán fotocopia de la certificación que les haya expedido dicha entidad, en la que se verifique la vigencia del término de la acreditación.
- b). Contar con experiencia mínima de cinco (5) años en la acreditación de entidades del sector salud en Colombia, para lo cual, aportarán certificación expedida por las entidades del referido sector, en las que se evidencien los procesos desarrollados para el logro de la acreditación y el término de duración de los mismos.

¿Qué es el Registro Especial de Acreditadores en Salud?

Es la base de datos del Ministerio de Salud y Protección Social en la que, se registran las entidades que cumplen los requisitos definidos para operar el Sistema Único de Acreditación en Salud. A la fecha, en el siguiente link del Ministerio de Salud y Protección Social, <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-unico-acreditacion-sistemaobligatorio-garantia-calidad.aspx> se puede consultar información relevante del Sistema Único de Acreditación, y por ahora, la única entidad autorizada a nivel nacional para Acreditar en Salud a instituciones y entidades en Colombia es El ICONTEC (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación), con base en la Resolución 346 de 17 de febrero de 2017.

- **ISQua:** Sociedad Internacional para la Calidad en la Atención de la Salud (International Society for Quality in Health Care). Es una comunidad y organización sin fines de lucro, basada en miembros, dedicada a promover la mejora de la calidad en la atención médica. Entidad que lleva más de 30 años trabajando para mejorar la calidad y la seguridad de la atención médica en todo el mundo. El objetivo principal de la organización, es la educación, el intercambio de conocimientos, la evaluación externa, el apoyo a los sistemas de salud en todo el mundo y la conexión de personas de ideas a fines a través de sus redes de atención médica; la cual abarca más de 70 países y 6 continentes. Los Miembros de ISQua están trabajando continuamente para mejorar la calidad de la atención médica en todo el mundo.

- **ICONTEC:** El Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, es una organización privada, sin ánimo de lucro, con amplia cobertura internacional; creada en 1963 con el objetivo de responder a las necesidades de los diferentes sectores económicos, a través de servicios específicos al desarrollo y competitividad de las organizaciones, mediante la confianza que se genera en sus productos y servicios. En la actualidad presta servicios de:

- Normalización (en Colombia).
- Educación.
- Cooperación y Proyectos Especiales.
- Laboratorios.
- Consulta y Venta de Normas y Publicaciones.
- Evaluación de la Conformidad:
 - Certificación de Producto, Procesos y Servicios.
 - Certificación de Sistemas de Gestión.
 - Inspección.
 - Validación y Verificación.
 - [Acreditación en Salud.](#)

Como Organismo Nacional de Normalización de Colombia, es miembro activo de los más importantes organismos internacionales (como ISQua) y regionales de normalización, permitiéndole participar en la definición y el desarrollo de normas internacionales y regionales, para estar a la vanguardia en información y tecnología.

¿Cuáles son las Reglas y Categorías para el otorgamiento de la Acreditación?

Las reglas y categorías de acreditación se encuentran establecidas en el Artículo 8 de La Resolución No. 2082 de 29 de mayo de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, así:

REGLAS PARA LA TOMA DE DECISIONES DE OTORGAMIENTO DE ACREDITACIÓN

CATEGORÍA DE ACREDITACIÓN	REGLAS DE DECISIÓN
Acreditado con Excelencia (en una escala de 500 puntos, si obtiene 400 puntos en adelante).	Regla 1: Ninguna calificación en cualquiera de los grupos de estándares puede ser menor que tres.
	Regla 2: La totalidad de estándares de la selección de mejoramiento de la calidad debe tener calificación mínima de cuatro.
	Regla 3: La institución aporta evidencia de los resultados de calidad alcanzados en el control de riesgos y en el comportamiento de sus indicadores de calidad en niveles de excelencia.
Acreditado (en una escala de 500 puntos, si obtiene entre 280 y 399 puntos).	Regla 1: Ninguna calificación en cualquiera de los grupos de estándares puede ser menor que dos.
	Regla 2: La totalidad de estándares de la selección de mejoramiento de la calidad no deben tener calificación menor que dos en ninguno de los grupos.
	Regla 3: En ningún grupo de estándares debe existir un número mayor de tres o más estándares individuales por debajo de dos.
	Regla 4: Sumados los estándares individuales con calificación menor de dos, no podrán ser más de 5. De darse las condiciones de las reglas 3 o 4 la acreditación podrá ser condicionada independientemente del puntaje obtenido.
	NOTA: Cuando esto ocurriese la máxima instancia del ente acreditador analizará si ésta situación genera un riesgo para la calidad de la atención que brinda la institución y tendrá la discrecionalidad, de acuerdo con sus conclusiones de asignar una decisión de acreditación diferente.

CATEGORÍA DE ACREDITACIÓN	REGLAS DE DECISIÓN
Acreditación condicionada (en una escala de 500 puntos, si obtiene entre 200 y 279 puntos).	Regla 1: Más de 279 puntos por no cumplir con la totalidad de las exigencias de las categorías superiores. NOTA: La acreditación condicionada no le permite a la institución disfrutar de ninguno de los incentivos para las instituciones acreditadas y solamente implica que la institución dispondrá de un período adicional de diez (10) meses para mejorar su desempeño y alcanzar la categoría de acreditado. Si esto no ocurriera, se le asignará la categoría de "No Acreditado".
No Acreditado	Regla: Las instituciones que no hayan obtenido la acreditación luego de ser evaluadas por el ente acreditador, sólo podrán aplicar de nuevo al proceso de acreditación después de cumplido un año de haber sido evaluadas.

3. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - SOGCS

Para nuestro País, se estableció a través del Decreto No. 1011 de 03 de abril de 2006, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyo campo de aplicación son los Prestadores de Servicios de Salud, las EPS (contributivo y subsidiado), las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. El citado Decreto contiene unas definiciones claves para su operatividad, las características de dicho sistema, sus componentes, las entidades responsables para el funcionamiento del SOGCS, la explicación de cada uno de sus sistemas, los diferentes reportes, las medidas de control y seguimiento.

Dentro de las principales definiciones de la norma, tenemos:

El SOGCS, es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país¹.

CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS: Las acciones que desarrolle se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características²:

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

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

3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por

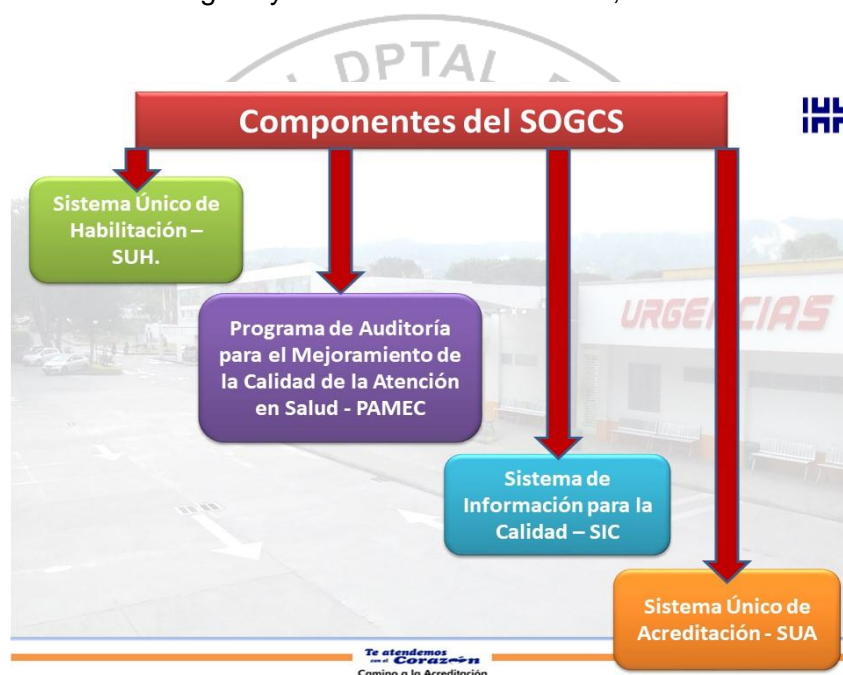
¹ (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006, pág. 2)

² (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006, pág. 3)

minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

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

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



1. Componente SUH - Sistema Único de Habilitación:

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB. Regulado por la Resolución 3100 de 2019, que a su vez define el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, que se convierte en el instrumento que contiene las condiciones para que los servicios de salud ofertados y prestados en el país, cumplan con los requisitos mínimos, en este sentido las condiciones tecnológicas y científicas tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar su cumplimiento, a partir de los estándares de habilitación. Los estándares aplicables son 7, descritos de la siguiente manera:



1. Talento Humano: Son las condiciones de recurso humano requeridas en un servicio de salud.

2. Infraestructura: Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.

3. Dotación: Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales.

4. Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos: Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, que condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

5. Procesos Prioritarios: (Manuales, guías procedimientos, protocolos etc.) Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.

6. Historia Clínica y Registros: Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos, propios de la prestación de servicios.

7. Interdependencia: Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados.

2. Componente PAMEC – Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Se constituye en una herramienta para contribuir al mejoramiento continuo de los servicios que presta la Institución y hace parte de la estrategia de mejoramiento de la eficiencia y la eficacia de los procesos de atención consagrada en la política de Calidad hacia la búsqueda de la satisfacción del usuario.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.

3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

3. Componente SIC - Sistema de Información para la Calidad

Es un método organizado para recolectar, almacenar y reportar la información sobre la calidad de la prestación de los servicios de salud, a través de la medición de indicadores que evalúan el desempeño y resultado de los procesos, con el fin de ayudar a los tomadores de decisiones en todos los niveles.

Son objetivos del SIC:

1. Monitorear: Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.

2. Orientar: Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.

3. Referenciar: Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.

4. SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN - SUA

El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el decreto 903 de 2014 y la Resolución 2082 de 2014, reglamentó el nuevo esquema de operación del Sistema Único de Acreditación en Salud.

¿Qué es la Acreditación en Salud?

Es un proceso voluntario y periódico de Autoevaluación interna y revisión externa de todos los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de la salud, a través del cumplimiento de una serie de estándares factibles de alcanzar³, independientemente de su estado de desarrollo, razón social o nivel de atención.

Sus principios: La Confidencialidad, la Gradualidad y la Eficiencia, así como el cumplimiento de los parámetros internacionales de ISQUA (Consejo Directivo de Sociedad Internacional para la Calidad de la Atención en Salud) para este tipo de evaluaciones.

³ (<http://www.acreditacionensalud.org.co>, 2016)

Logo símbolo Acreditación Salud:



El color del logotipo expresa el sentido de pertenencia del Sistema de Acreditación para los colombianos. La **S** se asocia con la salud, la seguridad, el servicio y la satisfacción del cliente; la **A** está relacionada con la acreditación y el proceso de evaluación. La **A** y la **S** entrelazadas reflejan la interrelación de los procesos de una institución, para garantizar la calidad, basada en principios éticos, mayores beneficios y menos riesgos para el paciente y la búsqueda constante de oportunidades de mejoramiento. El **punto verde** indica equilibrio, equidad y a la vez, representa al cliente como centro y razón del servicio.

4.1. Ejes trazadores en el Sistema Único de Acreditación:

La implementación del SUA gira en torno a unos ejes que deben ser abordados sistemática e integralmente cuya finalidad es convertirse en la gestión trazadora de los mejoramientos emprendidos por la Institución.



a). Seguridad del Paciente: Se trata del conjunto de elementos, metodologías y procesos basados en la evidencia científicamente probada que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud de mitigar sus consecuencias. La Política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los incidentes para identificar las causas y acciones para intervenirlos. A partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras.

b). Humanización: Humanizar es un asunto ético relacionado con los valores. Dentro de la Calidad de la atención, se deben practicar valores y principios encaminados en garantizar el respeto, la dignidad del ser humano, mejorar la relación con el usuario y con el personal de la Institución. Esto incluye una atención respetuosa, apoyo emocional y el desarrollo de habilidades comunicativas.

La Humanización contempla los siguientes elementos:

- Privacidad
- Apoyo emocional
- Respeto por las creencias
- Información a la familia
- Manejo del duelo
- Tecnología

c). Responsabilidad Social: Es la obligación de dirigir las actividades educativas, investigadoras y de servicio a atender las necesidades prioritarias de la comunidad, región y/o nación, tiene como meta la reducción de las inequidades en salud.

Áreas de la responsabilidad social:

- Derechos humanos
- Derechos laborales
- Medio ambiente
- Lucha contra la corrupción

d). Enfoque de Riesgo: En el enfoque del riesgo se establece la protección a los usuarios, de los principales riesgos en la prestación de servicios, por parte de los prestadores, haciendo énfasis en el cumplimiento de requisitos para evitar la presentación del riesgo. La calidad es uno de los tres ejes de la política de Prestación de Servicios y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad establece en sus componentes, un conjunto de normas que buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios.

Principales riesgos:

- **Gestión de riesgos Clínicos:** identificación de riesgos del paciente al ingreso, planeación del cuidado y tratamiento, integración e intervención de los riesgos clínicos del paciente identificados.
- **Gestión de riesgos Administrativos:** Prevención y control de recursos.

- **Gestión de riesgos del Ambiente Físico:** Identificación y respuesta a necesidades del ambiente físico.
- **Gestión del riesgo del Talento Humano:** Procesos de Salud Ocupacional y Seguridad Industrial.
- **Gestión de Riesgos Tecnológicos:** Identificación prevención de la posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten la totalidad o parte de la infraestructura tecnológica (hardware, software, redes, equipos biomédicos, etc).
- **Gestión de Riesgos Financieros:** Identificación y prevención de la posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los Estados Financieros y todas aquellas áreas involucradas con el proceso financiero como presupuesto, tesorería, contabilidad, cartera, costos, etc.

e). Transformación de la Cultura Organizacional

Se refiere a la “manera de vivir juntos” entendiendo que en las organizaciones se generan múltiples relaciones de poder y reglas no escritas, donde se presentan comportamientos que se configuran a partir de intereses, relaciones, actitudes y modos de ser, a partir de comportamientos individuales y colectivos.

La cultura de una organización es visible en el ambiente físico, mobiliario, confort, equipos, vestuario, patrón de comportamiento, documentos, etc. Igualmente se puede evidenciar en el nivel de los valores que rigen a la organización y en el comportamiento de sus miembros.

Cuya meta es lograr compromiso en la atención con calidad por parte de la Institución y del personal que labora, aportando al desarrollo sostenible con un comportamiento ético y transparente.

f). Gestión de la Tecnología

Consiste en la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y al sistema en general. Propone adoptar metodologías de adquisición, prevenir el desbordamiento de los costos que puede producir la compra indiscriminada de alta tecnología y realizar esfuerzos en este sentido.

4.2. Etapas del Proceso de Acreditación en Salud

1. Preparación de la Institución: Inicia con la decisión de la Institución de acreditarse, para lo cual realiza una autoevaluación interna periódica y sistemática, que documenta en el Informe de Autoevaluación con el que realiza la solicitud al Ente Acreditador. Para desarrollar esta etapa se requiere la conformación de equipos de Autoevaluación que verifiquen y promuevan el cumplimiento de los estándares, desarrollen trabajos de mejoramiento, documenten el proceso y lo difundan a toda la organización⁴.

La autoevaluación incluye procesos participativos en los que se analiza integralmente el recorrido de un usuario por toda institución. Durante el proceso las instituciones deben desarrollar mecanismos formales de auto calificación en la medida que avanzan, hasta que

⁴ (<https://www.icontec.org>, 2016)

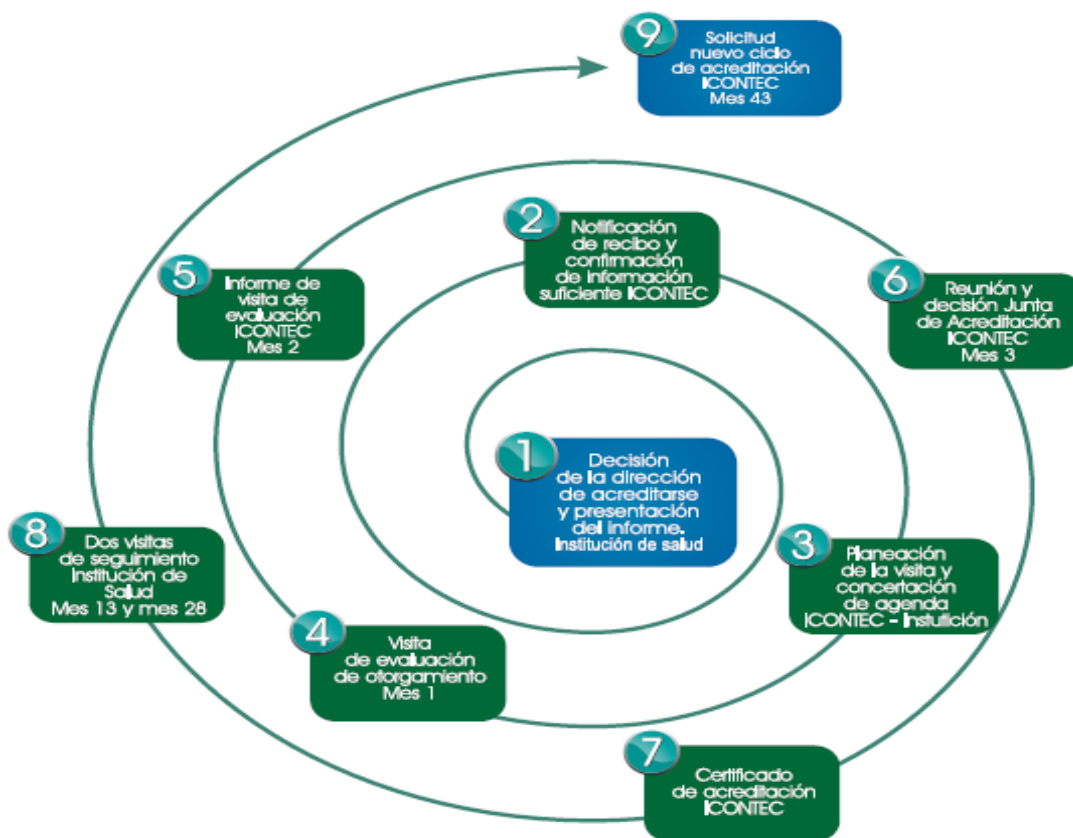
consideren que han obtenido el nivel de mejora necesario para presentarse y obtener un resultado positivo. Se trata de un proceso de generación y transformación cultural.

2. Solicitud para la Evaluación de Acreditación: Consiste en la presentación formal ante el ente acreditador, en la cual se presenta el documento de auto evaluación y los requisitos de entrada exigidos, entre los que se encuentran: Política de Seguridad del Paciente, Política de Humanización, Código de Buen Gobierno, Código de ética o Conducta, Plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), Certificado de habilitación vigente, Indicadores de Gestión, desarrollo de los comités institucionales, Soportes del cumplimiento de normas legales y demás elementos que garantizan que la institución ya superó el nivel de exigencia legal básico, entre otros.

3. Evaluación: El modelo evaluativo aplicado por ICONTEC y Acreditado con base en estándares internacionales cumple con los parámetros establecidos por ISQUA. El equipo evaluador de ICONTEC realiza la visita para verificar el desarrollo y la implementación de los estándares de Acreditación mediante la metodología evaluativa del Paciente Trazador. Esta etapa finaliza con la emisión del Informe que describe los hallazgos, fortalezas, oportunidades de mejora y calificación, a partir del cual la Junta de Acreditación Nacional toma la decisión de otorgar o negar la acreditación.

4. Ciclo de Acreditación: Durante los cuatro años del ciclo que inicia a partir de la fecha de emisión del **Certificado de Otorgamiento**, se efectúan dos evaluaciones de seguimiento, con el fin de monitorizar y comprobar el mejoramiento continuo organizacional. En caso de evidenciar el no cumplimiento de los estándares en cualquiera de las anteriores visitas, la Junta de Acreditación tendrá la discrecionalidad de decidir la continuidad o no de la categoría otorgada a la Institución.

Ciclo de Acreditación



Fuente: <https://www.icontec.org/PublishingImages/proceso-acreditacion2.png>

5. GRUPOS DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD

A través de la Resolución No. 5095 de 19 de noviembre de 2018, expedida por El Ministerio de Salud y Protección Social, se adoptó el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1”; definiendo la siguiente estructura de los estándares:

GRUPOS DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD

Grupo	Denominación	Rango	Cantidad
1	Estándares del proceso de Atención al Cliente Asistencial	Del 1 al 75	75
2	Estándares de Direccionamiento	Del 76 al 88	13
3	Estándares de Gerencia	Del 89 al 103	15
4	Estándares de Gerencia del Talento Humano	Del 104 al 120	17
5	Estándares de Gerencia del Ambiente Físico	Del 121 al 131	11
6	Estándares de Gestión de Tecnología	Del 132 al 141	10
7	Estándares de Gerencia de la Información	Del 142 al 155	14
8	Estándares de Mejoramiento de la Calidad	Del 156 al 160	5
Total Estándares			160

Con base en la metodología para el desarrollo de los estándares anteriores, se debe tener en cuenta la intencionalidad, los criterios y el modelo evaluativo, que trae la norma citada. A continuación, se detalla una breve descripción de la **intencionalidad** de cada uno de los grupos de estándares que trae el citado Manual:

-G1- Estándares del proceso de Atención al Cliente Asistencial: Está enfocado en la humanización del servicio. El resultado que se espera del cumplimiento de este grupo de estándares es:

- * Respeto a los derechos de los pacientes durante la atención.
- * Conocimiento de los deberes por parte de los pacientes.
- * Que se cumpla con la oportunidad, pertinencia, continuidad y equidad durante la atención al paciente.
- * Que la atención del paciente y su familia se realice de manera congruente con sus características socio-culturales.
- * Que la atención se centre en el usuario.
- * Que cada paciente reciba atención, cuidado y tratamiento de acuerdo con sus condiciones específicas de salud.
- * Que todo lo que se le realice al paciente esté enmarcado dentro de la seguridad.
- * Educar al paciente respecto a su enfermedad.
- * Que se evalúe la implementación del plan de cuidado y tratamiento para que el paciente obtenga los resultados esperados en la atención.
- * Que el paciente reciba una adecuada finalización del tratamiento y un plan de cuidados posterior al egreso.
- * Que si el paciente necesita ser referido se le asegure la continuidad de su atención.

Estándares 1 a 75



Fuente: Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia – Pág. 24

-G2- Estándares de Direccionamiento: Es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobierno de la organización. Que la organización esté alineada con el direccionamiento estratégico, para el logro de los resultados institucionales esperados, en un enfoque de gestión centrado en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad.

-G3- Estándares de Gerencia: Es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobierno de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución. Que los procesos organizacionales lleven a la operación los lineamientos estratégicos orientados hacia el logro de los resultados institucionales esperados, con el enfoque de gestión centrada en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad.

-G4- Estándares de Gerencia del Talento Humano: Se enfoca en la gestión del talento humano, desde su planeación hasta su retiro, y su proceso de mejoramiento continuo. Que el talento humano mejore sus competencias y desempeño en relación con las metas y los objetivos institucionales, particularmente en la atención de usuarios.

-G5- Estándares de Gerencia del Ambiente Físico: Incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales. Que los procesos institucionales, y en particular los de atención del paciente, cuenten con los recursos físicos, tecnológicos y de infraestructura y con las características técnicas que respondan a las necesidades. En especial que las condiciones del ambiente físico garanticen la protección en un ambiente humanizado a los usuarios y los colaboradores.

-G6- Estándares de Gestión de Tecnología: Se enfoca en la gestión integral de todos los recursos tecnológicos, desde su planeación hasta su renovación, y el análisis de los efectos de su utilización. Que los procesos institucionales, y en particular los de atención del paciente, cuenten con el respaldo de una gestión tecnológica, orientada a la eficiencia, la efectividad y la seguridad, en un marco de aplicación sensible a las necesidades de los usuarios y los colaboradores.

-G7- Estándares de Gerencia de la Información: Se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas en relación con la información clínica y administrativa y su uso para la toma de decisiones en cualquier nivel de la organización. Que los procesos institucionales cuenten con la información necesaria para la toma de decisiones basada en hechos y datos. La implementación de estrategias y mecanismos para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.

-G8- Estándares de Mejoramiento de la Calidad: Al final de cada grupo de estándares, se presenta un estándar de mejoramiento que tiene como finalidad evaluar en qué medida los requisitos establecidos por los estándares del grupo de mejoramiento se operativizan en los procesos evaluados por el grupo específico. Que la institución tenga un proceso de

calidad que genere resultados centrados en el paciente, tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal de la atención, superando la simple documentación de procesos e integrando de manera sistémica las diferentes áreas de la organización para sus procesos de calidad se desarrollen de manera efectiva y eficiente.

6. IMPORTANCIA DEL ROL DE LA JUNTA DIRECTIVA EN LOS ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO

Como se indicó anteriormente, la importancia del rol de los Honorables Miembros de La Junta Directiva de la institución en nuestro proceso de Acreditación, radica en la planeación estratégica y la forma de gobierno al interior de la institución. La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, debe contar con una alineación del direccionamiento estratégico para conseguir los resultados óptimos esperados, que exista un enfoque de gestión de todas sus actuaciones centradas en nuestros usuarios y sus familiares, implementando el mejoramiento continuo de la calidad.

El grupo de estándares de Direccionamiento abarca desde el número 76 a 88 del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia - Versión 3.1 (Resolución No. 5095 de 19 de noviembre de 2018, del Ministerio de Salud y Protección Social); El resultado que se espera de éste grupo de estándares es:

- Que la organización esté alineada con el direccionamiento estratégico, para el logro de los resultados institucionales esperados, en un enfoque de gestión centrado en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad. Para tal efecto, la organización cuenta con procesos para:

- La lectura del entorno.
- La formulación y revisión periódica del direccionamiento estratégico.
- La construcción de un plan de direccionamiento estratégico.
- La comunicación, difusión y orientación del personal.
- La sustentación de la gestión del personal ante la junta.
- El seguimiento y evaluación del direccionamiento estratégico y del plan estratégico.
- La evaluación integral de la gestión en salud.

Esto incluye:

- El énfasis en los siguientes ejes: Gestión centrada en el cliente y de mejoramiento continuo, la seguridad del paciente, la humanización de la atención, la gestión de la tecnología, el enfoque de riesgos orientados a la transformación cultural de largo plazo y la responsabilidad social.

- La incorporación de la normatividad relevante, los aspectos éticos, las necesidades del usuario y su familia, las necesidades de los trabajadores, la relación con la comunidad a la que sirve y la interacción con otras organizaciones en el desarrollo de un medio ambiente saludable.
- La política para promover, proteger y mejorar la salud de la población en el ámbito de los servicios que brinda y en colaboración con las organizaciones y comunidades relevantes.
- La articulación del direccionamiento estratégico con los procesos de las unidades funcionales.
- La educación continua de la junta directiva.
- La viabilidad financiera para la ejecución de los planes.
- El direccionamiento estratégico central cuando existen sedes organizadas en red.
- La conformación interdisciplinaria de los equipos de autoevaluación de estándares de acreditación.
- La sostenibilidad de la cultura de calidad, del mejoramiento continuo y el mantenimiento de los requisitos de entrada a la acreditación definidos por el organismo de acreditación.

Entre los principales estándares de direccionamiento de cara al rol de La Junta Directiva, tenemos:

- Estándar 76. (Código DIR1): Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización, el cual debe incluir entre otros los siguientes criterios:

- La junta directiva, el equipo directivo y las personas claves de la organización participan en la definición, la revisión y la actualización del direccionamiento estratégico.
- Aspectos éticos y normativos.
- Los cambios del entorno.
- La seguridad del paciente y los colaboradores.
- El enfoque y la gestión de riesgo.
- La humanización durante la atención del usuario y su familia.
- La planeación, el desarrollo y la gestión de la tecnología en salud.
- Análisis de los aspectos de la comunidad (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales) que orienten la prestación de los servicios.
- La sinergia y la coordinación entre los diferentes prestadores para la atención de los usuarios.
- Responsabilidad social con el usuario, los colaboradores, la comunidad y el medio ambiente.
- La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve.

- La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios.
- La voz del cliente interno y su responsabilidad frente a sus colaboradores.
- Las necesidades del usuario y su familia.
- La organización identifica e interactúa con las principales organizaciones dentro y fuera del sector para la cooperación en el desarrollo de un medio ambiente saludable
- Ejercicios sistemáticos de referenciación comparativa y competitiva que fortalezcan el mejoramiento.

- **Estándar 85. (Código DIR10):** Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva.

- **Criterios:**

- Todos los integrantes de la junta directiva reciben a su ingreso orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, así como sobre cómo realizar reuniones exitosas. Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo.
- La educación continuada debe estar en el contexto de la filosofía, las políticas y los procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias.
- Está definido cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

7. PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN

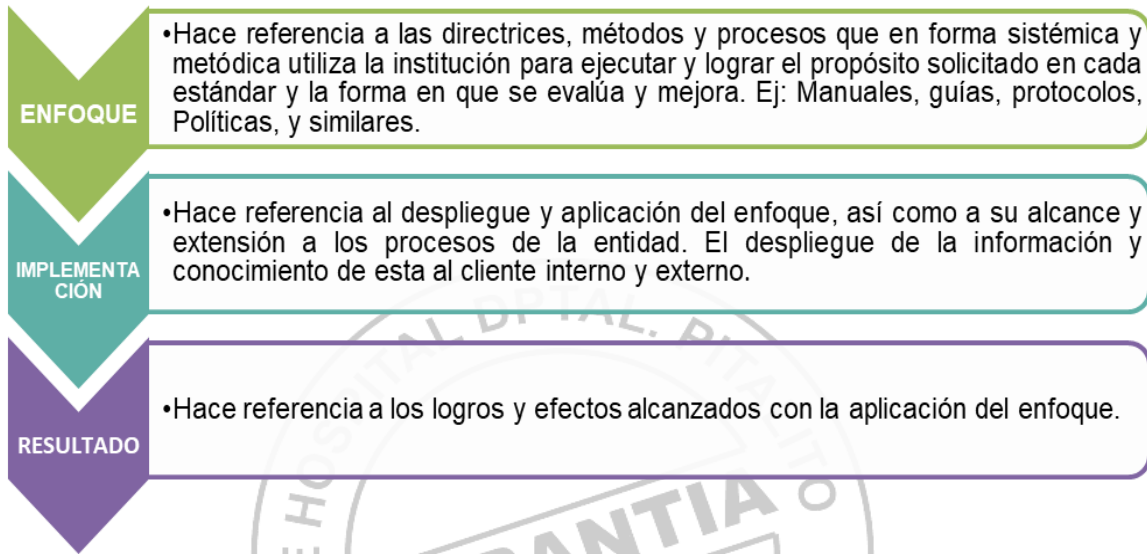
Autoevaluación es el paso fundamental dentro del proceso de Acreditación, implica un trabajo interno que conlleva a un conocimiento colectivo de lo que se hace, a la generación del mejoramiento continuo de los procesos y finalmente al aprendizaje organizacional requerido en la consecución de estándares superiores.

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.

La autoevaluación de los estándares de acreditación involucra la identificación de las siguientes dimensiones en el cumplimiento de los estándares.

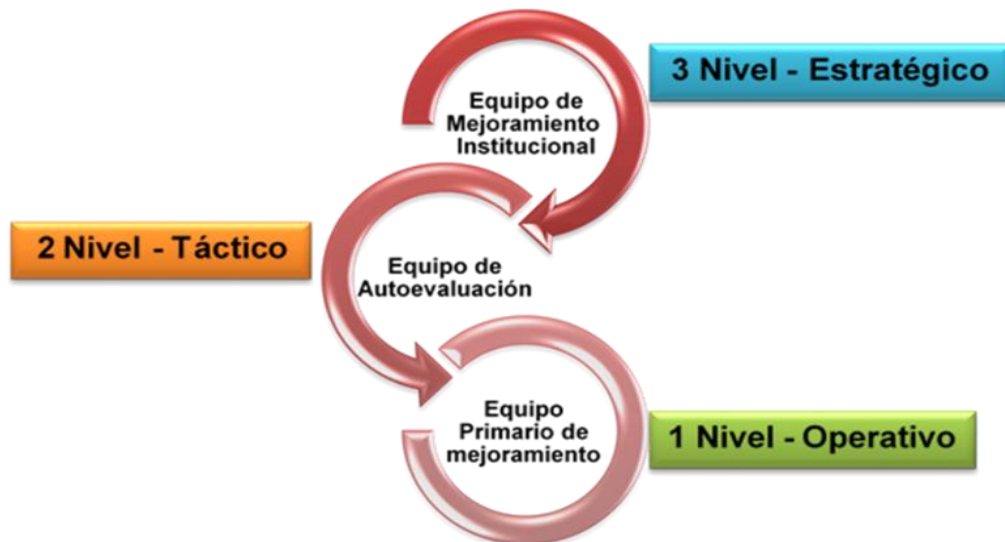
Dimensiones para el Cumplimiento de los Estándares (HOJA RADAR)



La calificación de los estándares de acreditación en el proceso de autoevaluación se realiza de dos formas: **1. 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. **2. Evaluación Cuantitativa:** Incluye la asignación numérica del grado de avance en la implementación del estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados, de acuerdo a la escala de calificación entre 1 a 5, siendo 5 la mayor calificación y la denominada “**Hoja Radar**”, cuyos criterios se especifican en el Artículo 7° de La Resolución No. 2082 de 2014.

Pasos para desarrollar la Autoevaluación:

Paso 1. Conformación de los Equipos de Trabajo.



- **Equipo Primario de Mejoramiento (1er nivel operativo):** Está conformado por Médicos, Auxiliares, Especialistas, Jefes de Enfermería, y demás personal asistencial para cada uno de los procesos asistenciales del hospital; los cuales se encargan de la implementación y despliegue de las mejoras formuladas para el óptimo cumplimiento de los estándares.

- **Equipo de Autoevaluación (2° Nivel Táctico):** Conformado por cada uno de los ocho (8) grupos de estándares, los cuales tienen como objetivo hacer la medición de estos a través de la Hoja Radar, identificando las brechas de desempeño institucional y los estándares; así como promover la cultura organizacional y el trabajo en equipo.

- **Equipo de Mejoramiento Institucional (3er Nivel Estratégico):** Conformado por los Líderes y Secretarios de cada grupo de estándares, sus tareas están encaminadas hacia la planeación, monitorización y comunicación del mejoramiento en forma sistémica para toda la organización.

Nuestro Hospital, a través de la Resolución No. 292 de 02 de noviembre de 2017, conformó los equipos de mejoramiento, definiendo roles, funciones para cada uno y las frecuencias de sus reuniones. De otra parte, a través de la Circular DE-G-028 de 01 de diciembre de 2017, se designaron los equipos de trabajo para Acreditación, dando a conocer la Resolución 292 de 2017.

Paso 2. Reunión con los Equipos de Trabajo: Anualmente se realiza el trabajo de socialización de conceptos, herramientas e instrumentos a utilizar con el Equipo de Autoevaluación, para calificar el desempeño de cada uno de los estándares e identificar fortalezas y debilidades, las cuales quedan consignadas en un Plan de Acción de Oportunidades de Mejoramiento para la siguiente vigencia.

Paso 3. Análisis y Divulgación de los Resultados: Una vez agotado el punto anterior (calificación), se realiza la consolidación, análisis y divulgación de los resultados obtenidos por cada grupo de estándares, logrando de ésta manera la calificación definitiva del proceso de Acreditación Institucional, la cual hace parte del proceso de Evaluación Gerencial anual que realiza la Junta Directiva.

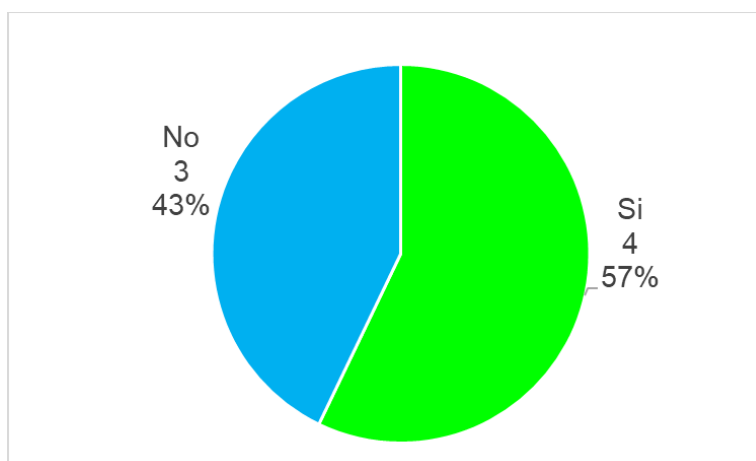
8. Resultados de la Encuesta Aplicada a La Junta Directiva

En cumplimiento del Plan de Gestión “**Desarrollo y Transformación Hospitalaria Con Gestión Humana**” 2020-2024 y en coherencia con el Estándar 85 (Estándares de Direccionamiento) en lo relacionado con los procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la Junta Directiva de la institución; se solicitó respetuosamente el diligenciamiento de una encuesta con el fin de fortalecer las competencias de los Honorables Miembros de la Junta Directiva de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, para el desempeño de sus funciones y el desarrollo de sus actividades en las cuales participan; la cual fue dada a conocer el pasado 27 de agosto de 2020 y socializada por la Gerente, en la reunión ordinaria de Junta Directiva del 28 de agosto de 2020, arrojando los siguientes resultados:

Pregunta No. 1. Temáticas para Capacitación.

Orden de Impotancia	Temáticas para Capacitación	Muy Importante	Importante	Poco Importante	Nada Importante	Irrelevante	Totales
1	2. Eje de Acreditación: Seguridad del Paciente.	6	1				7
2	9.Planeación Estratégica.	6	1				7
3	1. Eje de Acreditación: Humanización de la Atención.	5	2				7
4	6. Eje de Acreditación: Cultura Organizacional.	5	2				7
5	7. Modelo de Atención.	5	2				7
6	5. Eje de Acreditación: Gestión del Riesgo.	4	3				7
7	8. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.	4	3				7
8	3. Eje de Acreditación: Responsabilidad Social Empresarial.	4	2	1			7
9	11. Participación Ciudadana y Control Social a la Gestión Pública.	3	4				7
10	13. Actualización de Normas Antitrámites Decreto Ley 19 de 2012 aplicadas al Hospital.	3	3	1			7
11	15. Actualización de Normas Anticorrupción Ley 1474 de 2011.	3	3	1			7
12	17. Gestión de Costos Hospitalarios.	3	3	1			7
13	12. Sistema Integrado de Gestión.	3	2	2			7
14	14. Actualización de Normas Ley de Transparencia y de Acceso a la Información	3	2	2			7
15	10. Régimen Disciplinario del Servidor Público.	2	5				7
16	4. Eje de Acreditación: Gestión de la Tecnología.	2	4	1			7
17	16. Actualización de Normas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	2	3	2			7
18	18. Otras temáticas de interés para el proceso de capacitación:						
	Estatutos y normatividad específica a Juntas Directivas.						
	Estándares de Direccionamiento del Sistema Único de Acreditación y su Intencionalidad.						
	Estatutos, reglamentación en materia de juntas directivas.						
	Falta Talleres entre todos los integrantes de Junta Directiva de las ESE del Departamento del Huila, donde se puedan unificar criterios que redunde con el buen funcionamiento Social, Económico y Presupuestal de nuestros Hospitales.						

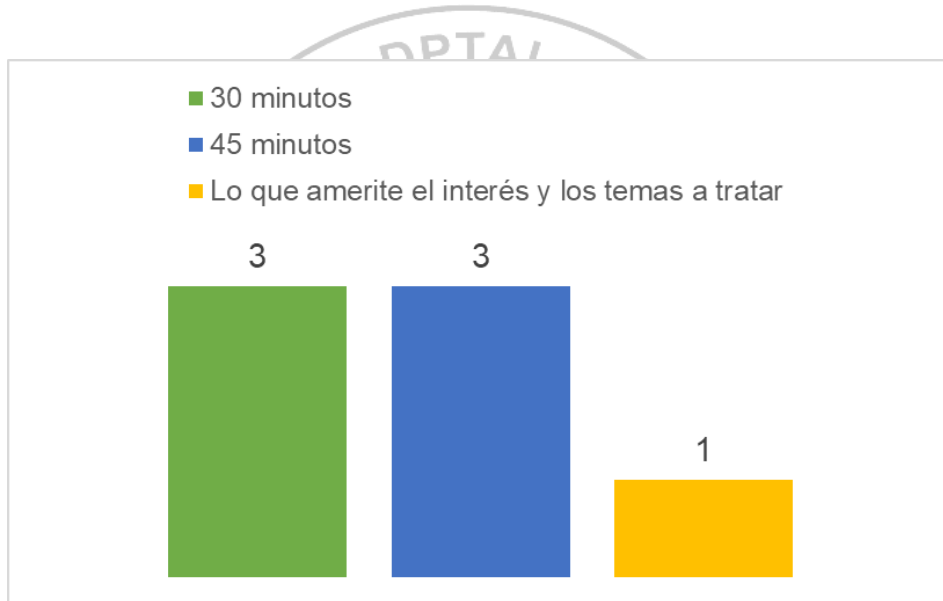
Pregunta No. 2. ¿Usted considera que las temáticas de capacitación deben ser tratadas dentro de las Sesiones de Junta Directiva?



Entre las respuestas dadas por la opción “NO”, tenemos:

- En horario adicional, virtual, en un tiempo determinado, propongo máximo 45 minutos y en el horario que más se ajuste al ente político administrativo.
- Capacitaciones auto asistidas - Libre manejo del tiempo.
- Espacio o talleres donde solamente se traten estos temas.

Pregunta No. 3. ¿Qué tiempo considera el apropiado para la capacitación de Junta Directiva?



Es de vital importancia contar con el apoyo y participación como siempre lo han hecho por parte de los Honorables Miembros de nuestra Junta Directiva, al igual que las entidades que nos apoyan en sus diferentes roles, a los proveedores, contratistas, a todos nuestros servidores, a nuestros usuarios y familiares, y demás grupos de valor para realizar el trabajo mancomunado que se requiere en nuestro proceso de la Acreditación Institucional.

DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente