

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

Humanización de la Atención

01



Cultura Organizacional

06



Gestión del Riesgo

05



Seguridad del Paciente

02



Responsabilidad Social Empresarial

03



04



Gestión de la Tecnología

NUESTROS USUARIOS Y SUS FAMILIAS



E.S.E Hospital Departamental
San Antonio de Pitalito

Te atendemos
con el Corazón

Pitalito, 25 de Septiembre de 2020

DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente



CONTENIDO

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



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. 2003 de 28 de mayo de 2014**, por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de 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).



1. MARCO NORMATIVO

- **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



¿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.

2. CONTEXTO GENERAL DE LA ACREDITACIÓN EN SALUD



¿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 **EI ICONTEC** (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación), con base en la Resolución 346 de 17 de febrero de 2017.

2. CONTEXTO GENERAL DE LA ACREDITACIÓN EN SALUD



- **ISQua:** Sociedad Internacional para la Calidad en la Atención de la Salud (International Society for Quality in Health Care).
- 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.
- **Objetivo principal:** 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.



2. CONTEXTO GENERAL DE LA ACREDITACIÓN EN SALUD



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.**
- Miembro activo del ISQua.



REGLAS PARA LA TOMA DE DECISIONES DE OTORGAMIENTO DE ACREDITACIÓN

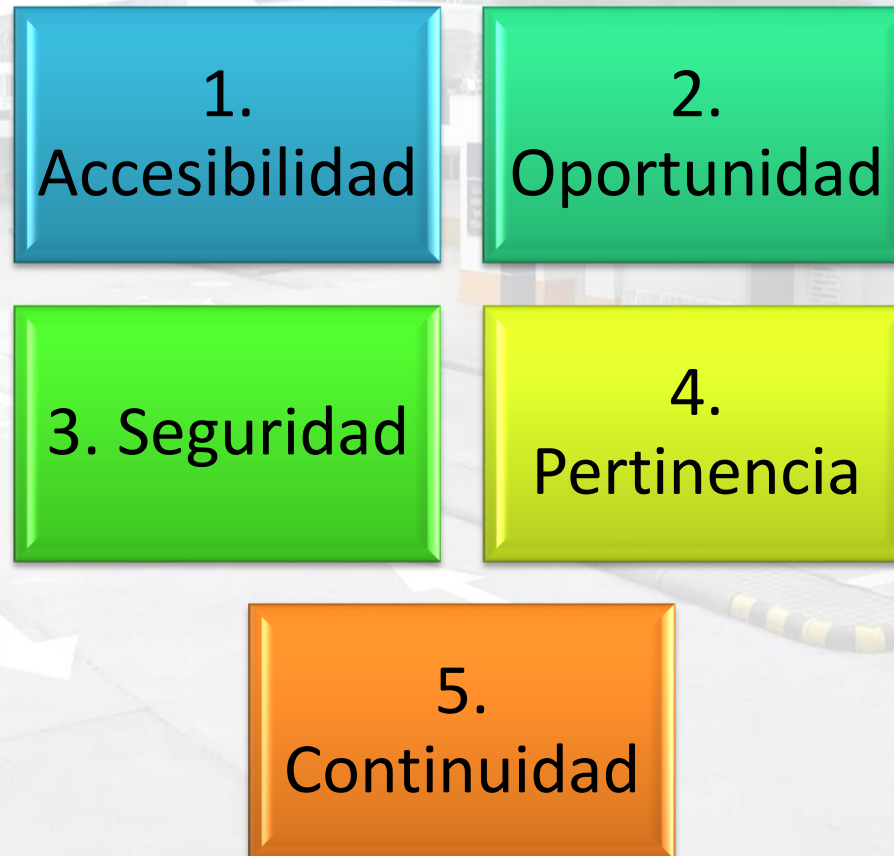
CATEGORÍA DE ACREDITACIÓN	REGLAS DE DECISIÓN
Acreditado con Excelencia (en una escala de 500 puntos, si obtiene 400 puntos en adelante).	<p>Regla 1: Ninguna calificación en cualquiera de los grupos de estándares puede ser menor que tres.</p> <p>Regla 2: La totalidad de estándares de la selección de mejoramiento de la calidad debe tener calificación mínima de cuatro.</p> <p>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.</p>
Acreditado (en una escala de 500 puntos, si obtiene entre 280 y 399 puntos).	<p>Regla 1: Ninguna calificación en cualquiera de los grupos de estándares puede ser menor que dos.</p> <p>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.</p> <p>Regla 3: En ningún grupo de estándares debe existir un número mayor de tres o más estándares individuales por debajo de dos.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
Acreditación condicionada (en una escala de 500 puntos, si obtiene entre 200 y 279 puntos).	<p>Regla 1: Más de 279 puntos por no cumplir con la totalidad de las exigencias de las categorías superiores.</p> <p>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 ocurriere, se le asignará la categoría de "No Acreditado".</p>
No Acreditado	<p>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.</p>

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



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 país (Decreto No.1011 de 2006)

CARACTERÍSTICAS



Componentes del SOGCS

Sistema Único de
Habilitación –
SUH.

Programa de Auditoría
para el Mejoramiento de
la Calidad de la Atención
en Salud - PAMEC

Sistema de
Información para la
Calidad – SIC

Sistema Único de
Acreditación - SUA

Sistema Único de Habilitación - SUH



- **Regulado por:** Resolución 3100 de 2019.
- 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.
- Son de Obligatorio Cumplimiento.

ESTÁNDARES:

1. Talento Humano.
2. Infraestructura.
3. Dotación y Mantenimiento.
4. Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos.
5. Procesos Prioritarios Asistenciales.
6. Historia Clínica y Registros Asistenciales.
7. Interdependencia de Servicios.



Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud - PAMEC



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.

IMPLICA:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como **PRIORITARIOS**.
2. Comparación entre la **Calidad Observada** y la **Calidad Esperada**.
3. Adopción de medidas tendientes a **corregir las desviaciones detectadas**.



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.

Objetivos del SIC:

1. **Monitorear:** Hacer seguimiento a la Calidad.
2. **Orientar:** Sobre el comportamiento de la población para la selección de las EAPB y las IPS.
3. **Referenciar:** La competitividad sobre la Calidad entre las EAPB y las IPS.



4. SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN - SUA



- **Regulado por:** Decreto 903 de 2014 y Resolución 2082 de 2014.

- **¿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 alcanzar**, independientemente de su estado de desarrollo, razón social o nivel de atención.

Principios:

1. Confidencialidad
2. Gradualidad
3. Eficiencia

Parámetros internacionales del ISQUA
(Consejo Directivo de Sociedad Internacional para la Calidad de la Atención en Salud).



6 EJES TRAZADORES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN (SUA)



Etapas del Proceso de Acreditación en Salud



1. Preparación de la Institución.

- Toma de la decisión para acreditarse.
- Autoevaluación interna periódica y sistémica.
- Proceso de generación y transformación cultural.

2. Solicitud para la Evaluación de Acreditación.

- Presentación formal ante el ente Acreditador.
- Documento de Autoevaluación y los requisitos de entrada exigidos.

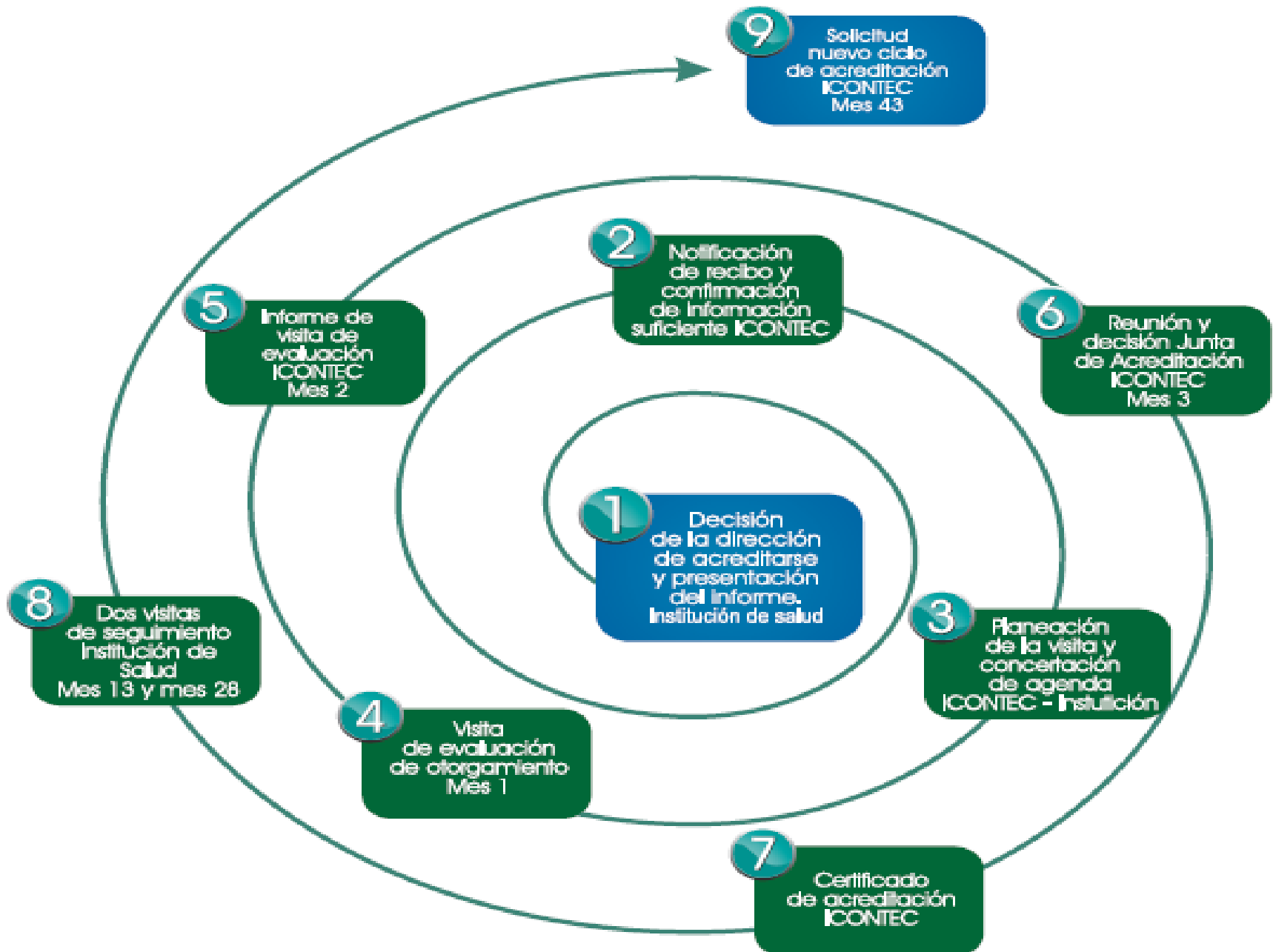
3. Evaluación.

- Modelo Evaluativo aplicado por **ICONTEC** y Acreditado con base en los estándares internacionales
- Parámetros establecidos por **ISQUA**.
- **Metodología del Paciente Trazador.**

4. Ciclo de Acreditación

- Certificado de Otorgamiento.
- Ciclo de 4 años.
- Evaluaciones y seguimientos para comprobar el mejoramiento continuo organizacional.

Ciclo de Acreditación en Salud



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 estándares:

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

G1 - Estándares del proceso de Atención al Cliente Asistencial:



Estándares 1 a 75



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

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.
- * Otros, pág. 16 del informe.

G2- Estándares de Direccionamiento (13):



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 (15):

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.



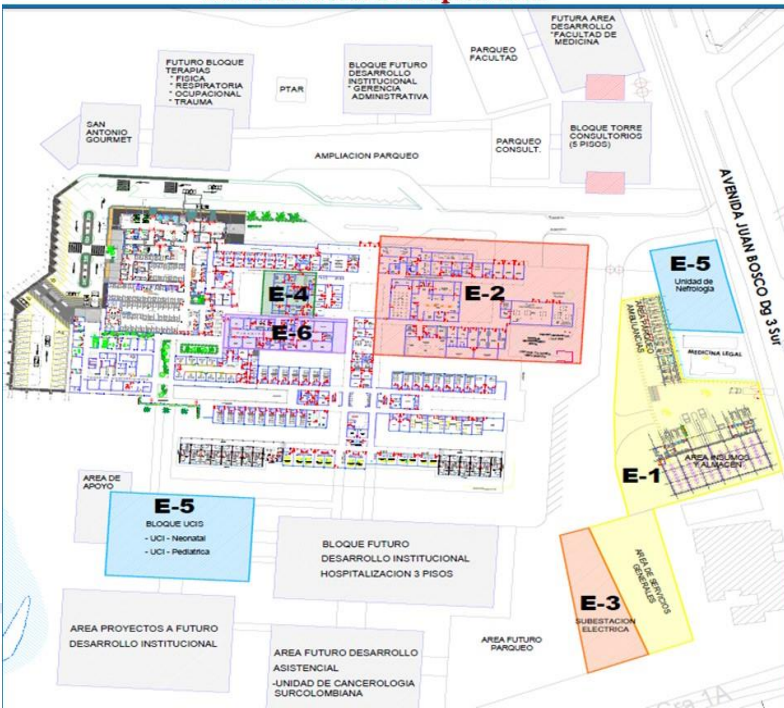
G4- Estándares de Gerencia del Talento Humano (17):



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.



Plan Maestro de Reordenamiento Físico de Servicios e Infraestructura Hospitalaria



G5- Estándares de Gerencia del Ambiente Físico (11):

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 (10):

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 (14):

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 (5) :

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.

CICLO DE MEJORAMIENTO CONTINUO



6. Importancia del Rol de La Junta Directiva



- 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.
- Debe existir un enfoque de gestión de todas sus actuaciones centradas en nuestros usuarios y sus familiares, implementando el mejoramiento continuo de la calidad.

El resultado que se espera del grupo de **Estándares de Direccionamiento (del 76 al 88)** 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.

Lo anterior incluye:



- 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.

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.
- La sinergia y la coordinación entre los diferentes prestadores para la atención de los usuarios.
- Análisis de los aspectos de la comunidad (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales) que orienten la prestación de los servicios.

- 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



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.

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:

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.

Dimensiones para el Cumplimiento de los Estándares (HOJA RADAR)

ENFOQUE

• Hace referencia a las directrices, métodos y procesos que en forma sistémica y metódica utiliza la institución para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada estándar y la forma en que se evalúa y mejora. Ej: Manuales, guías, protocolos, Políticas, y similares.

IMPLEMENTACIÓN

• Hace referencia al despliegue y aplicación del enfoque, así como a su alcance y extensión a los procesos de la entidad. El despliegue de la información y conocimiento de esta al cliente interno y externo.

RESULTADO

• Hace referencia a los logros y efectos alcanzados con la aplicación del enfoque.

Equipos de Trabajo Conformados para el Desarrollo de la Autoevaluación



- Resolución No. 292 de 02 de noviembre de 2017.
- Circular DE-G-028 de 01 de diciembre de 2017.

2 Nivel - Táctico

- Conformado por cada uno de los 8 grupos de estándares.
- Realizan la medición de estos y el análisis de los resultados de la Hoja Radar.
- **70 integrantes en El HSP.**

Equipo de Autoevaluación

Equipo de Mejoramiento Institucional

3 Nivel - Estratégico

- Conformado por los Líderes y Secretarios de cada grupo de estándares.
- Tareas encaminadas hacia la planeación, monitorización y comunicación del mejoramiento en forma sistémica a toda la organización.
- **12 integrantes en El HSP.**

1 Nivel - Operativo

- Médicos, Auxiliares, Especialistas, Jefes de Enfermería y demás personal.
- Implementan y despliegan las mejoras formuladas.
- **61 integrantes en El HSP.**

8. Resultados de la Encuesta Aplicada a La Junta Directiva



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

8. Resultados de la Encuesta Aplicada a La Junta Directiva



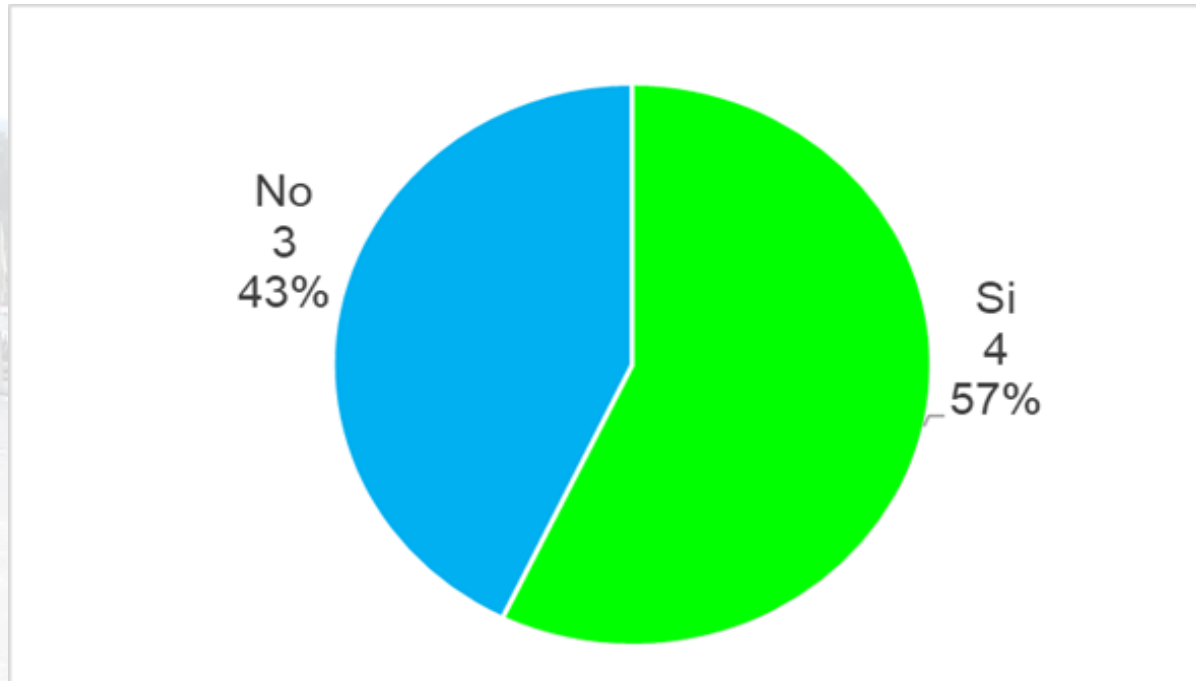
Pregunta No. 1. Temáticas para Capacitación.

Orden de Impotancia	Temáticas para Capacitación	Muy Importante	Importante	Poco Importante	Nada Importante	Irrelevante	Totales
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.						

8. Resultados de la Encuesta Aplicada a La Junta Directiva



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



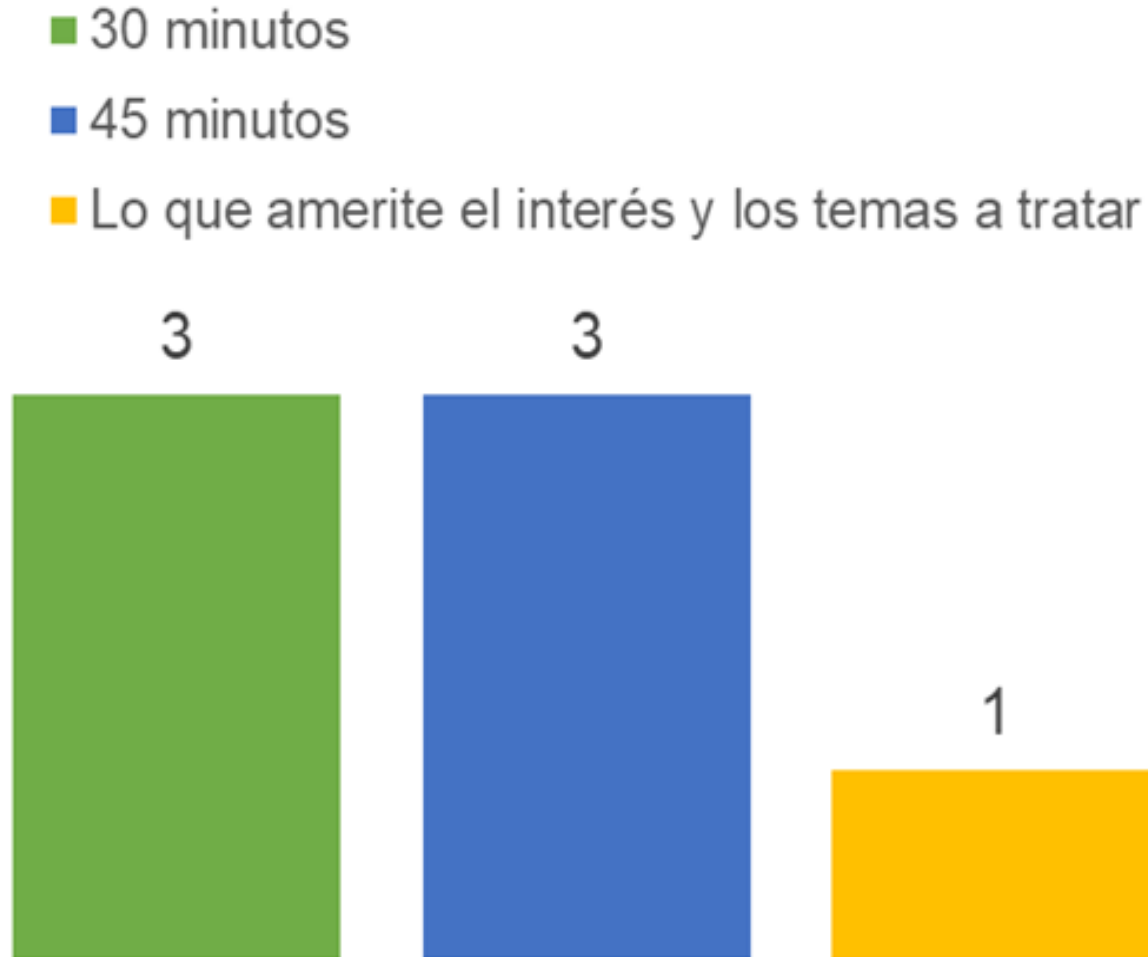
Entre las respuestas dadas por la opción “**NO**”, tenemos:

- 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.

8. Resultados de la Encuesta Aplicada a La Junta Directiva



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



¡Gracias por su Atención!

