

SOCIALIZACIÓN DEL AVANCE DEL CICLO DE PREPARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO



Pitalito, 31 de Diciembre de 2020

DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente



CONTENIDO

1. Marco Normativo.
2. Sistema Obligatorio de Garantía de La Calidad de la Atención en Salud – SOGCS.
3. Sistema Único de Acreditación.
 - Ejes de la Acreditación.
 - Etapas del Proceso de Acreditación en Salud.
4. Grupos de Estándares de Acreditación en Salud.
5. Proceso de Autoevaluación de Estándares de Acreditación.
6. Caso Práctico – Estándares Asistenciales.
7. Avances del Proceso de Acreditación en La E.S.E.



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. 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).

2. 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.

CARACTERÍSTICAS



Componentes del SOGCS



- **Regulado por:** Resolución 2003 de 2014.
- 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.



3. 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).



Ejes de la Acreditación en Salud



TRANSFORMACIÓN Y MEDICIÓN DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL

RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL

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.

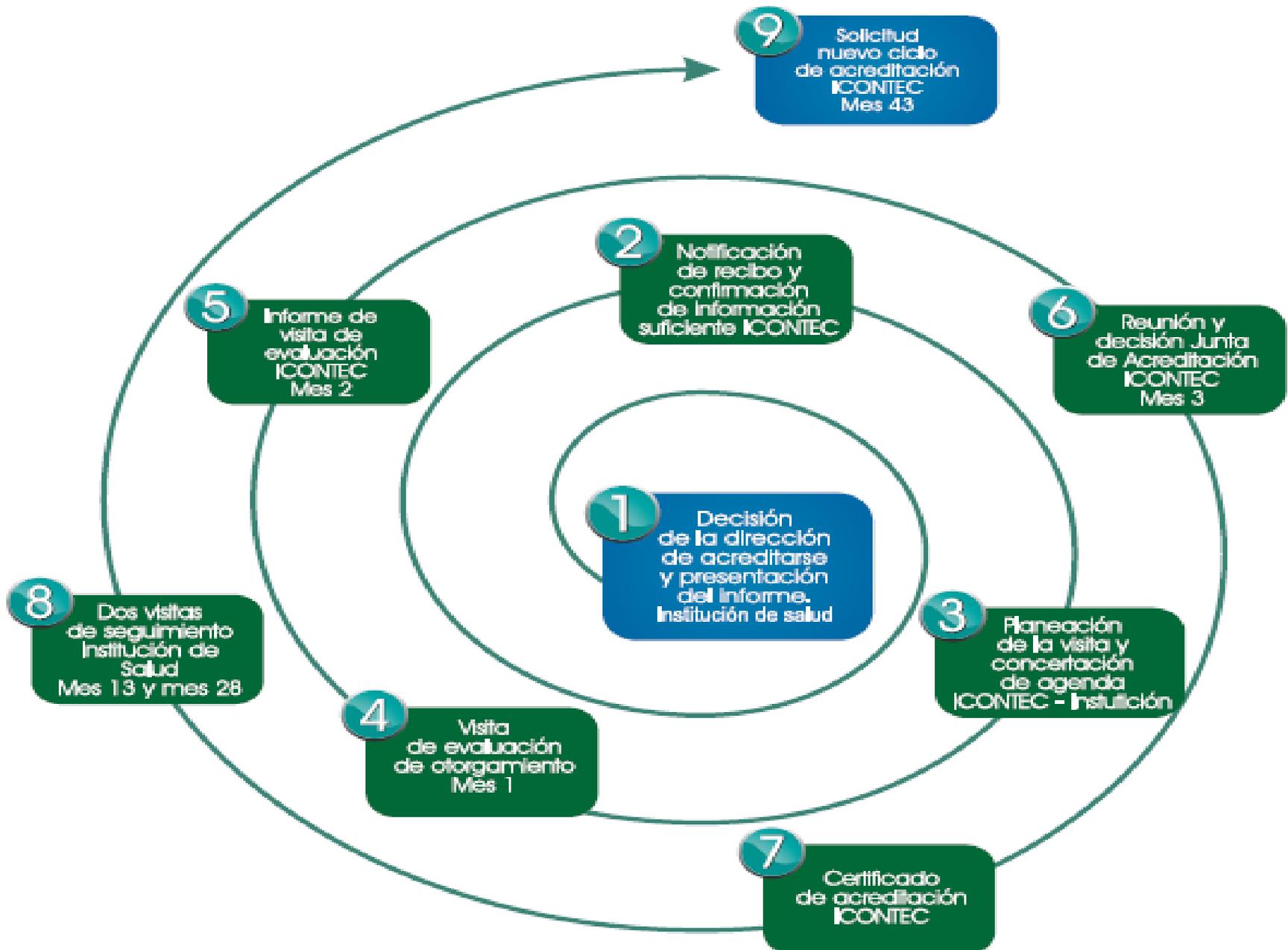
3. Evaluación.

- 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



4. 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. 13 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.



Gestión de insumos y suministros



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.



• Gestión de la infraestructura física

• gestión ambiental



• Plan de emergencias y desastre internos e externos.



• Seguridad social y salud ocupacional



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



5. 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 EI 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 EI HSP.**

1 Nivel - Operativo

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

6. CASO PRÁCTICO – ESTÁNDARES ASISTENCIALES



1. ACCESO

NEUTRALIZAR LAS BARRERAS

Usaria llega por sus propios medios o remitida, Se cuenta con Unidad de GO con acceso exclusivo para maternas. Los municipios envian pacientes sin comentarlas, nunca nos declaramos en emergencia funcional. No hay discriminación.



2. REGISTRO E INGRESO

Admisiones recibe al usuario verifica sus datos, realiza identificación redundante, GO inmediatamente realiza TRIAGE, educa acerca del mismo.



3. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES AL INGRESO

Se establece identificación de patologías que requieren protocolos de manejo especiales (Medidas de aislamiento).



4. PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN

Solicitud de exámenes diagnósticos, autorizaciones, Interconsultas, definición de estancia del paciente, dieta, entrega o custodia de pertenencias del paciente, plan de manejo médico basado en GPC.

5. EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO

Se informa a la materna acerca de su estado de salud, cuál será el plan de cuidados, procedimientos a realizar, aclaración de dudas, cumplimiento de órdenes médicas de acuerdo con las GPC.

6. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN

Es muy importante la validación de la satisfacción del usuario, verificación mediante listas de chequeo, rondas de seguridad, Calidad, auditoría de la historia clínica y adherencia a GPC.

7. SALIDA Y SEGUIMIENTO

Se cuenta con un plan de egreso, el médico define la condición de egreso del paciente, indicando manejo extramural, se realizan los registros clínicos pertinentes, boleta de salida, se entrega al paciente recomendaciones y signos de alarma para tener en cuenta en casa, IAMII; reporta a primeros niveles para seguimiento y control del recién nacido, inicio de métodos de planificación familiar, control post parto en 6 días.

8. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

De acuerdo al estado de salud de la materna o del recién nacido, el especialista considera la remisión a IPS de mayor complejidad, Ej: los recién nacidos que por alguna condición deben ser hospitalizados en unidad básica neonatal o intensiva de acuerdo a la necesidad, el médico explica a los padres la necesidad de remisión y Referencia y Contrarreferencia realizan el trámite.

- La Seguridad del Paciente, el cumplimiento de sus deberes y el respeto por sus derechos deben estar presentes en cada paso de la ruta de atención desde el ingreso, su estancia, salida, seguimiento y cuando aplique la referencia y contrarreferencia.

7. AVANCES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN LA E.S.E.



- El Hospital viene trabajando en Calidad y en temas de Acreditación desde la vigencia 2008.
- Se ha articulado un trabajo mancomunado con La Junta Directiva, la Alta Gerencia y todos los equipos de trabajo conformados para implementar y desplegar las diferentes estrategias y actividades camino a la Acreditación en Salud.
- Se ha contratado a expertos en el tema y las Asesoras de La OES para avanzar de manera técnica en el logro de los estándares y sus autoevaluaciones periódicas.
- La Institución ha tenido una evolución en su **Transformación Cultural**, logrando brindar servicios con **altos estándares de calidad** para el beneficio de nuestras comunidades y evidenciando una **sostenibilidad financiera con rentabilidad social**.
- Se ha dado cumplimiento a las metas establecidas en El Plan de Gestión “**Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana**”, en especial las relacionadas con los **proyectos de infraestructura y dotación de equipos biomédicos y mobiliario**.
- Existe un **reconocimiento del Avance del Proceso de Acreditación en nuestra entidad**, por parte de los diferentes medios de comunicación a nivel local, regional, nacional; al igual que por parte de nuestros usuarios y comunidad en general.

7. AVANCES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN LA E.S.E.



A continuación, se ilustran algunas comunicaciones de actividades y eventos realizados durante los dos (2) últimos años relacionados con procesos del **camino hacia la Acreditación**, las cuales todas se han difundido a través de nuestros canales de comunicación tanto internos como externos:

- Vigencia 2017

Fortalecimiento Institucional en los Procesos de Calidad, Humanización y Acreditación; basados en actividades, talleres y capacitaciones de Gestión del Cambio Organizacional (05 de enero de 2017).



7. AVANCES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN LA E.S.E.

El 22 de junio de 2017, se realizó el cierre con total éxito de **La Primera Semana de La Acreditación** en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito



7. AVANCES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN LA E.S.E.

Del 14 al 18 de agosto de 2017, en cumplimiento de la meta **A2** del Plan de Gestión “**Desarrollo y Transformación Hospitalaria Con Gestión Humana 2016-2020**”, adelantó otro paso en la ruta “**Camino a la Acreditación**”, en compañía de asesores externos, en los siguientes temas: Seguridad del paciente, Humanización de la atención, Gestión de la tecnología y Enfoque del riesgo.



Del 18 al 20 de septiembre de 2017, la E.S.E. implementó las acciones programadas de acuerdo al cronograma establecido en la ruta del Proceso “**Camino a la Acreditación**”; en cumplimiento de la meta **A2** del Plan de Gestión.



7. AVANCES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN LA E.S.E.



Socialización Gerencial del Ciclo de Preparación del Proceso de Acreditación Institucional con el Equipo de Talento Humano del Servicio de Urgencias (12 de octubre de 2017).



7. AVANCES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN LA E.S.E.



Del 27 al 29 de noviembre de 2017, 40 colaboradores de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, se capacitaron en varios aspectos relacionados con el Proceso de la Acreditación Institucional.



7. AVANCES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN LA E.S.E.



Del 24 de noviembre al 01 de diciembre de 2017, 20 colaboradores de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, se capacitaron en varios aspectos relacionados con el Proceso de la Acreditación Institucional, el evento estuvo a cargo del Dr. Oscar Salazar Duque, Consultor delegado por La Escuela Superior de Administración Pública – ESAP.



7. AVANCES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN LA E.S.E.



Vigencia 2018

Participación en el 27° Foro Internacional OES y 4° Foro Latinoamericano en Calidad y Seguridad en Salud (Cartagena del 3 al 5 de octubre de 2018).

La E.S.E. fue seleccionada por la experiencia exitosa denominada: **Alojamiento Conjunto “Un Modelo de Humanización para el Binomio Madre e Hijo”**



7. AVANCES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN LA E.S.E.



“Brindando Servicios de Salud Humanizados y Confiables con Enfoque en Acreditación”.

En la edición No. 5 de diciembre de 2018, la revista “Desde El Sur”, resalta el trabajo de algunas empresas y líderes de nuestra región, quienes trabajan arduamente por el desarrollo global desde el sector donde interactúan (público o privado). En la página 31 de la citada revista se hace un reconocimiento al trabajo en equipo, describiendo los principales pilares que han permitido la articulación desde lo local, Departamental, hasta el orden nacional

Pitalito, Diciembre 2018

LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO

LA GARANTÍA DE UN BUEN SERVICIO

“BRINDANDO SERVICIOS DE SALUD HUMANIZADOS Y CONFIABLES CON ENFOQUE EN ACREDITACIÓN”

Nuestro Hospital, es motivo de orgullo y reconocimiento por salir adelante y posicionarse como uno de los cinco (5) mejores del País, a pesar de la crisis que vive el sector salud a nivel regional y nacional, para obtener ese gran logro se viene trabajando en equipo de manera incansable bajo el liderazgo de La Dra. Diana Victoria Muñoz Muñoz, gerente de la entidad. Se ha articulado el trabajo con los planes de desarrollo a nivel municipal, departamental, y nacional, durante las diferentes vigencias.

Uno de los planes de trabajo claves del Dr. Juan Pablo Uribe Restrepo, Ministro de Salud y Protección Social, está orientado a los siguientes pilares que harán parte del Plan de Desarrollo Nacional de Salud: Talento Humano, Flujo de Recursos y Sostenibilidad Financiera, Visión a largo plazo y Tecnología de punta, contar con Hospitales Públicos con Calidad e incrementar el número de Hospitales Públicos Acreditados.

Gracias a las gestiones realizadas hoy podemos compartir con la comunidad, que nos encontramos trabajando desde el 2012 coincidentalmente en los planes mencionados anteriormente, cuyas metas y estrategias se han registrado en los Planes de Gestión de la entidad, especialmente en el denominado “Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana 2016-2020”.

El Talento Humano, es considerado nuestro tesoro más preciado, implementando la estrategia del Semillero de Talento Humano (Oportunidad para todos, pero seleccionando perfiles y competencias), la motivación permanente a nuestro personal, logrando una formación permanente en sus diferentes procesos, un alto sentido de pertenencia y definiendo claramente una cultura organizacional ejemplarizante.

Se ha gestionado eficientemente los recursos públicos, en forma transversal desde la prestación de servicios de salud con calidad, la mejora continua en la facturación, la disminución de la glosa (por debajo de la media nacional), logrando buen recaudo de cartera, y siendo diligentes en los gastos e inversiones, para permanecer “Sin Riesgo Financiero” desde la vigencia 2014 hasta la fecha.

Es la única IPS del Huila que cuenta con un Plan Maestro de Reordenamiento Fisco de Servicios E Infraestructura Hospitalaria, proyectado para el corto, mediano y largo plazo. Esto ha permitido que los proyectos de infraestructura de nuevos servicios con su respectiva dotación de equipos médicos (con tecnología de punta) y mobiliario, se vaya desarrollando en forma ordenada y con enfoque sistémico integral. En todas las compras de equipos biomédicos, sistemas de información y de cómputo; teniendo por regla para estos que la tecnología sea de punta. Contamos desde el 2017 con nuestra APP INDIGO VIE para que nuestros profesionales de la salud puedan hacer uso adecuado de la Historia Clínica Electrónica.

Venimos avanzando hacia la ruta de la Acreditación Institucional, brindando servicios de salud humanizados, con un modelo de atención centrada en el paciente y su familia, con altos estándares de calidad, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de nuestra población Surcolombiana.



Dr. Juan Pablo Uribe Restrepo, Ministro de Salud y Protección Social, y Dra. Diana Victoria Muñoz Muñoz, Gerente de LA E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

Te atendemos con el Corazón

7. AVANCES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN LA E.S.E.



Vigencia 2019

Se le dio mas fuerza a los ejes de Humanización y Seguridad del paciente y Responsabilidad Social.



7. AVANCES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN LA E.S.E.



Vigencia 2019

La Institución celebró la segunda semana de la Acreditación con la temática “Sampedro Acreditado”.



7. AVANCES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN LA E.S.E.



Vigencia 2019

Comparativo de la autoevaluación de la Acreditación de las vigencias 2018 y 2019.



AUTOEVALUACIÓN	2018	2019
GRUPO DE ESTÁNDARES	CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN
Asistenciales	2,6	2,7
Direccionamiento	2,8	3,1
Gerencia	2,6	2,9
Talento Humano	2,7	2,9
Ambiente Físico	2,7	2,8
Gestión de la Tecnología	2,8	2,9
Gerencia De la Información	2,7	2,8
Mejoramiento de la Calidad	2,7	2,9
TOTAL	2,7	2,9

¡Gracias por su Atención!



**E.S.E. Hospital Departamental San Antonio
Pitalito - Huila**



E.S.E Hospital Departamental
San Antonio de Pitalito

Te atendemos
con el **Corazón**
Camino a la Acreditación