

Contexto del Proceso de Acreditación Institucional, Autoevaluación y Responsabilidades de La Junta Directiva.



29 de Agosto de 2024

Maritza Murcia Muñoz
Líder proceso de Gestión de la Calidad

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO PITALITO – HUILA

CONTENIDO

1. Componentes del SOGCS
 2. Sistema Único de Acreditación
 3. Manual de Acreditación
 4. Grupos de Estándares – MCC
 5. Ejes del SUA – Modelo Evaluativo
 6. Estándares de Direccionamiento – Intencionalidad- Estructura
 7. Autoevaluación SUA – Hoja Radar
 8. ¿Cómo hacer el Procedimiento de Autoevaluación Cuantitativa?
 9. Ciclo de Preparación para la Acreditación
 10. Ciclo de Aplicación- Solicitud de Visita de Otorgamiento de la Acreditación
 11. Equipo de EAE Direccionamiento
 12. Cronograma
- 

1. Componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud SOGCS – Contexto del SUA

**SISTEMA ÚNICO DE
HABILITACIÓN**

**SISTEMA ÚNICO DE
ACREDITACIÓN**



**AUDITORIA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA
CALIDAD DE LA ATENCIÓN
DE SALUD.**

**SISTEMA DE
INFORMACIÓN PARA
LA CALIDAD**

2. Sistema Único de Acreditación

- **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).



Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia.

Vr. 3.1

(Resolución 5095 del 19 de noviembre del 2018).



E.S.E Hospital Departamental
San Antonio de Pitalito



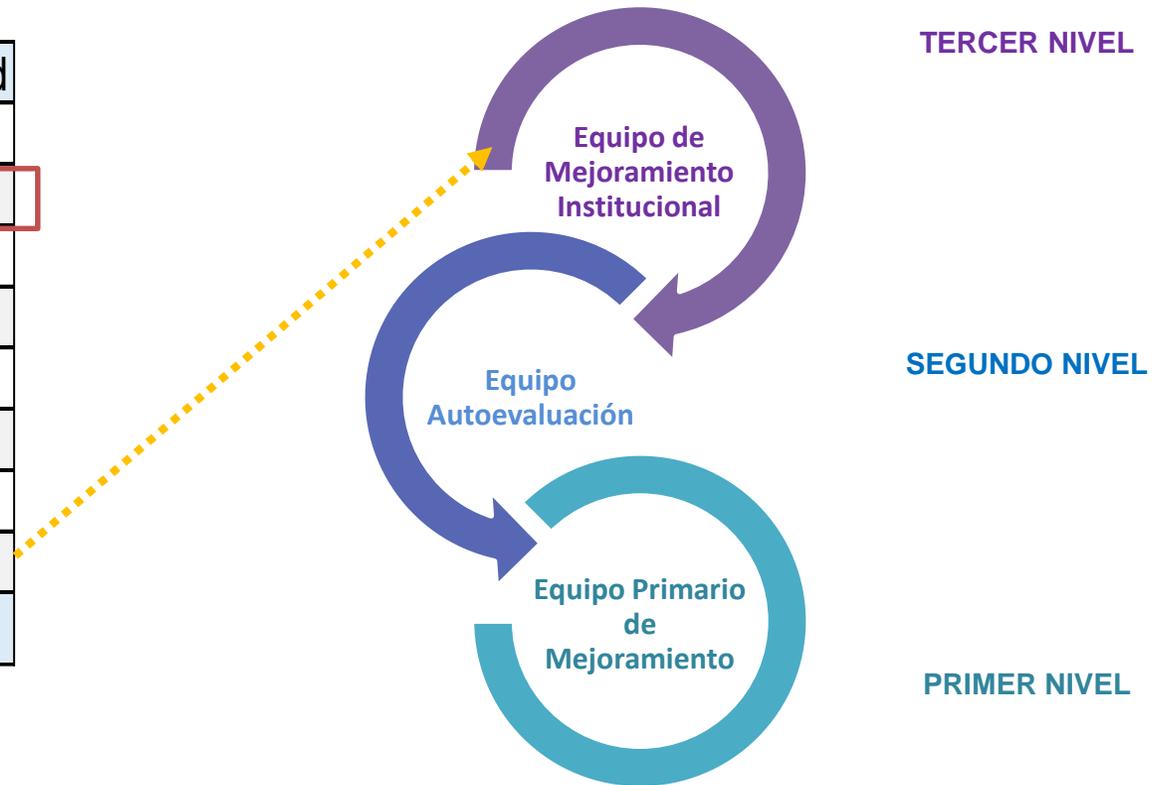
Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia



4. Grupos de Estándares – MCC

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



5. Ejes del SUA – Modelo Evaluativo



Modelo Evaluativo: **Paciente Trazador** en su ciclo de atención.



a. Evaluación orientada a resultados centrados en el paciente/cliente:

b. Evidencia del comportamiento de elementos medibles:

d. Seguimiento a pacientes trazadores:

6. Estándares de Direccionamiento – Intencionalidad- Estructura

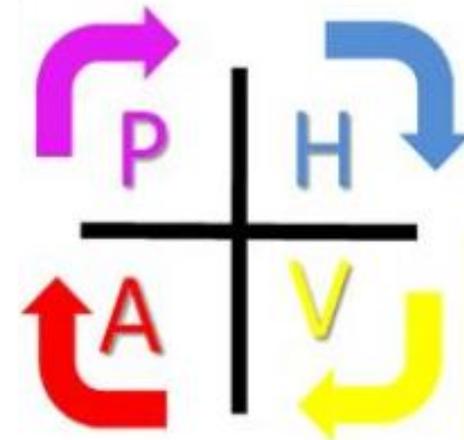
Intencionalidad del Grupo de Estándares de Direccionamiento (DIR)

Lo que se espera:

- 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 el 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.



6. Estándares de Direccionamiento – Intencionalidad- Estructura

Características de los estándares

Los estándares están compuestos por dos partes:

Enunciado: hace referencia a las condiciones generales que las organizaciones deben cumplir y serán tenidas en cuenta dentro del proceso de la evaluación del desempeño organizacional para el otorgamiento de la acreditación.

Criterios: hacen referencia a las condiciones particulares que deben ser tenidas en cuenta por las organizaciones para considerar que cumplen con lo requerido, de acuerdo con la intencionalidad de cada estándar. En otras palabras, podemos decir que cumple la función de «no se le olvide».



ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO

Enunciado

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:

5 4 3 2 1

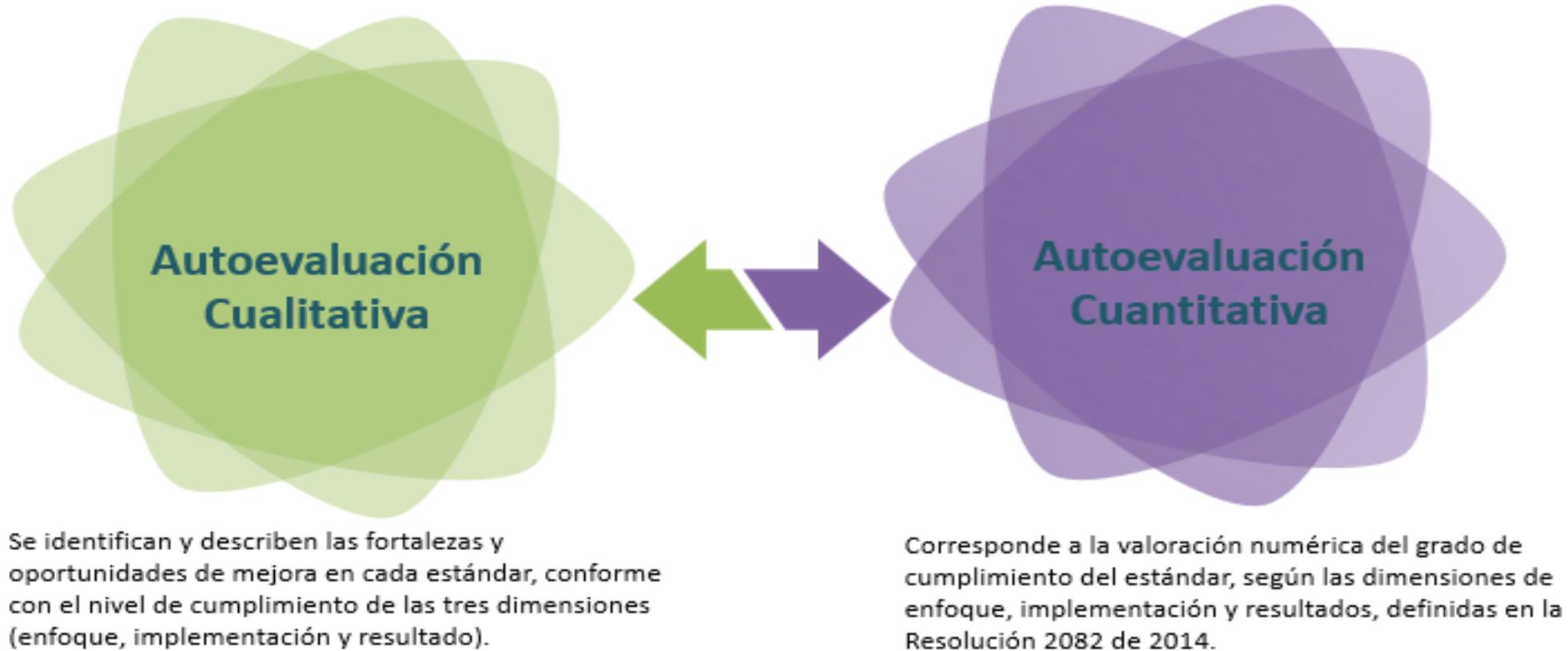
Criterios:

- 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.

Criterios

7. Autoevaluación SUA – Hoja Radar

Autoevaluación del Sistema Único de Acreditación



7. Autoevaluación SUA – Hoja Radar

Autoevaluación Cualitativa

Dimensiones a evaluar

FORTALEZAS

(Lo que sí se tiene)

Aspectos que tiene la institución que le dan cumplimiento al estándar o a sus criterios.

Debe estar soportado con evidencias documentales.



ENFOQUE

OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO

(Lo que no se tiene)

Son criterios o estándares que la institución NO cumple, de los que pide el manual de acreditación.

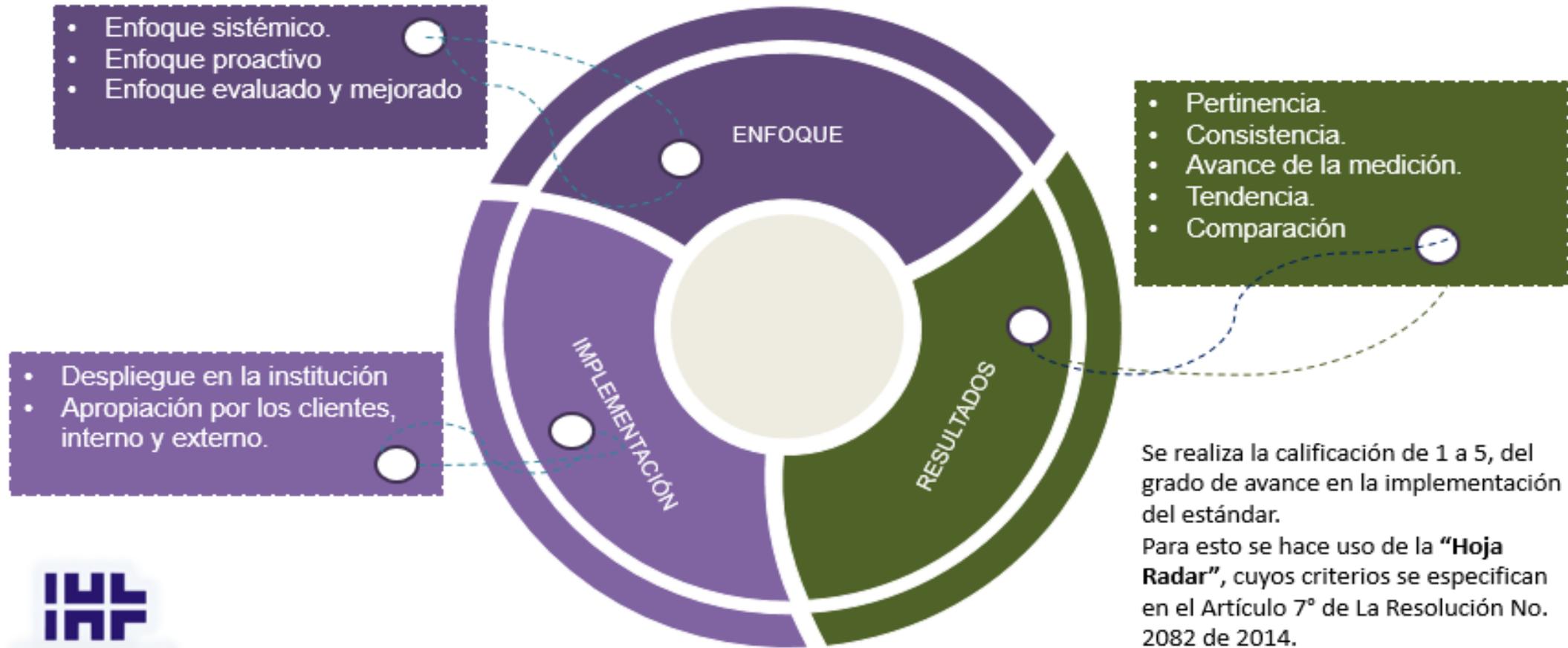
IMPLEMENTACIÓN



RESULTADOS

7. Autoevaluación SUA – Hoja Radar

Autoevaluación Cuantitativa



7. Autoevaluación SUA – Hoja Radar

Hoja Radar

HOJA RADAR CONFORME A LA RESOLUCIÓN 2082 DE 2014					
VARIABLE	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
Enfoque Sistémico: Ejercicio de aplicación disciplinado que abarca todos los procesos y el contenido del estándar; que hace una visión de conjunto de la Institución; que contempla un ciclo PHVA.	El enfoque es esporádico, no está presente en todos los servicios o procesos, no es sistémico y no se relaciona con el direccionamiento.	Comienzo de un enfoque sistémico para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunos servicios o procesos. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega, está documentado.	El enfoque es sistémico alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desean evaluar en los procesos clave.	El enfoque es sistémico tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de los procesos relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todos los procesos, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
IMPLEMENTACIÓN					
Despliegue en la institución: Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en los distintos servicios o procesos de la Institución.	El enfoque se ha implementado en algunos servicios o procesos pero refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunos servicios o procesos operativos principales y existen brechas muy significativas en procesos	La implementación está más avanzada en servicios o procesos claves y no existen grandes brechas con respecto a otros servicios o procesos.	Existe un enfoque bien desplegado en todos los servicios o procesos, con brechas no significativas en aquellos de soporte.	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevos servicios o procesos en forma integral y responde al enfoque definido en todos los servicios o procesos claves.
RESULTADOS					
Pertinencia: Grado en que los resultados referidos (hechos, datos e indicadores) se relacionan los criterios y requisitos del estándar evaluado.	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunos servicios o procesos claves, factores productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el servicio o proceso, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el servicio o proceso o el punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.

8. ¿Cómo hacer el Procedimiento de Autoevaluación Cuantitativa?

Lea muy bien el estándar entendiendo qué pide en enfoque, en implementación y en resultados

Revise en la HOJA RADAR, cómo evalúa cada variable, iniciando por el enfoque en cada uno de sus 3 variables

Nos sirve para:

Si no cumple con todo lo que allí piden o no tiene las evidencias, pase a la calificación de 2 y haga de nuevo el ejercicio, verificando que sí soporta con evidencias lo que si cumple

Inicie por la calificación de 3 y verifique en la institución donde hace la autoevaluación, si responde a lo que le pide la hoja radar para esa calificación de 3

Establecer el grado de avance que ha tenido la mejora.

Para saber en que DIMENSIONES y VARIABLES, esta débil el proceso y donde necesito fortalecerlo.

Tener un mapeo de toda la acreditación, estándar por estándar, para saber como va su grado de avance, para motivar a los diferentes grupos de estándares.

Establecer comparaciones en diferentes momentos de esta mejora continua.

Registre en la hoja de calificación obtenida por esa institución para el estándar que esta evaluando y registre SOLO CON NUMEROS ENTEROS, de 1 a 5(según hoja radar)

Registre en la hoja de calificación cada calificación dada en ENFOQUE(3 variables), IMPLEMENTACIÓN(2 Variables) y RESULTADOS(5 variables), sume las 10 calificaciones y coloque el total y divida esto por 10 y coloque el promedio.

Tener en cuenta que es mejor tener una calificación baja bien soportada y no una calificación alta sin evidencias documentadas.

9. Ciclo de Preparación para la Acreditación

RUTA CRITICA – CICLO DE PREPARACIÓN



10. Ciclo de Aplicación- Solicitud de Visita de Otorgamiento de la Acreditación



1. Solicitud de la evaluación externa de acreditación a ICONTEC, quien realiza la visita de campo y envía el informe de la evaluación externa a la Junta de Acreditación, para su decisión o no del otorgamiento del certificado de acreditación.

11. Equipo de EAE Direccionamiento

Equipo de EAE Direccionamiento y Gerencia

EQUIPO ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA		
Nombre líder del equipo: Dra. Diana Marcela Conde Martín		
Nombre	Rol	Proceso
1. Jorge Eliecer Tovar		Subgerente Administrativo y Financiero
2. Daniela Jiménez Díaz		Subgerente Técnico-Científica
3. Martha Lucía Torres Restrepo		Coordinadora de Laboratorio Clínico y Miembro JD
4. César Augusto Salamanca	FACILITADOR	Planeación Operativa
5. Adriana Patricia Castrillón		Coordinadora de Contratación y Facturación
6. Jenifer Paola Giraldo Tovar		Profesional de Apoyo – Planeación Operativa
7. Miembro Junta Directiva		
8. Miembro de Junta Directiva		
9. Maritza Murcia Muñoz		Líder de Gestión de la Calidad
10. María Edith Collazos		Miembro de Junta Directiva
11. Jaqueline Rivera	SECRETARIA	Gerencia - Secretaria Ejecutiva

12. Cronograma

Equipo de EAE Direccionamiento y Gerencia

Septiembre 2024

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

Michel Zbinden / Calendrier n° 503

Octubre 2024

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Michel Zbinden / Calendrier n° 481

- EAE PACAS
- EAE Talento Humano
- EAEGAF

- EAE GI
- EAE GT
- EAE Direccionamiento y Gerencia
- EAE MCC

13. Estructura del Proceso de Gestión de la Calidad





¡Gracias!



@hsapitalito