



ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PITALITO

Desarrollo Plan de Educación Continuada Para la Junta Directiva

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - SOGCS-

Pitalito, 28 de Julio de 2025

MARITZA MURCIA MUÑOZ
Proceso Gestión de la Calidad



Componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGCS

SOGCS

SUH

1

**Sistema Único
de Habilitación**

2

**Auditoria para el
mejoramiento de la
Calidad**

SUA

3

**Sistema Único
de Acreditación**

4

**Sistema de
Información para
la Calidad**

PAMEC

SIC

Decreto 1011 de 2006

1. Componente Sistema Único de Habilitación - SUH. Resolución 3100 de 2019

- **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.



2. Componente PAMEC - Programa de Auditoría Para el Mejoramiento Continuo 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.

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**.



3. Componente SIC - Sistema de Información para la Calidad Resolución 256 de 2016.

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. Componente SUA - Sistema Único de Acreditación

Resolución 2082 de 2014

- **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
4. Neutralidad
5. Independencia
6. Autonomía

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.

Versión 3.1

(Resolución 5095 del 19 de noviembre de 2018).



E.S.E Hospital Departamental
San Antonio de Pitalito



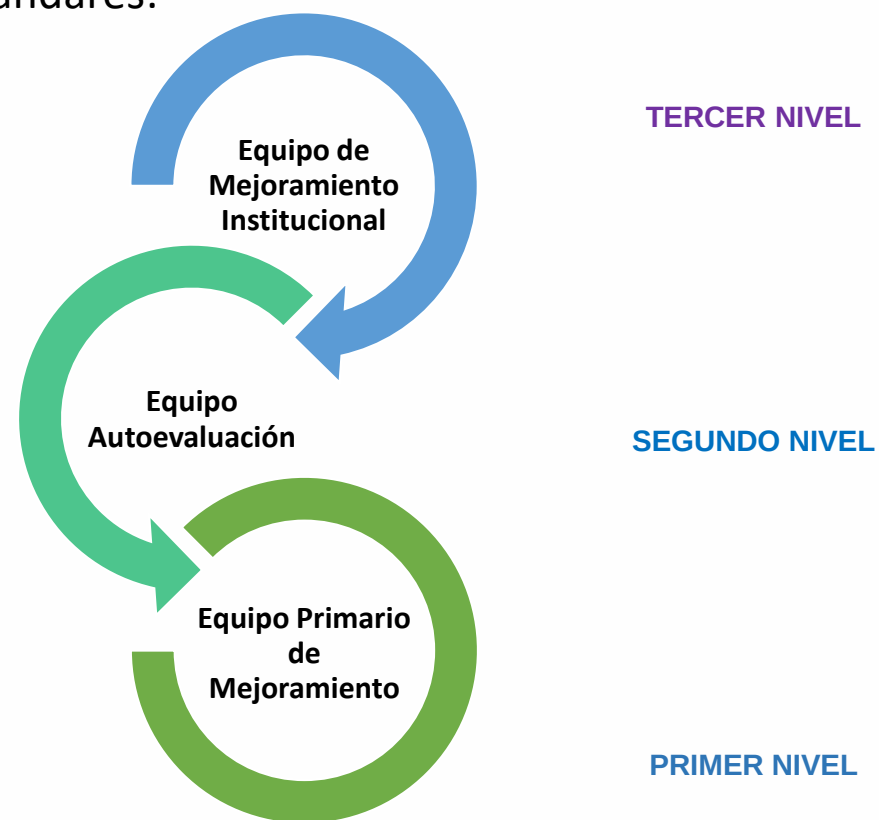
Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia



Grupos de Estándares del SUA

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:

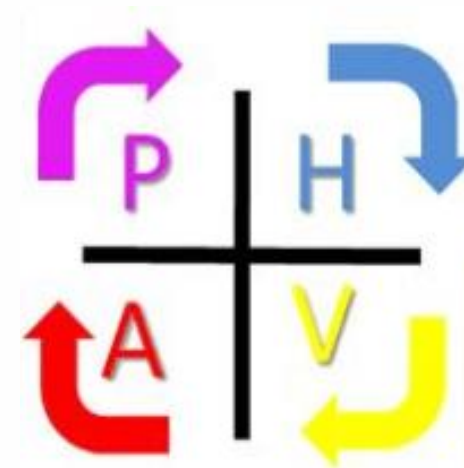
Grupo	Denominación	Rango	Cantidad
1	Estándares del proceso de Atención al Cliente Asistencial	Del 1 al 75	75
2	Estándares de Direccionamiento	Del 76 al 88	13
3	Estándares de Gerencia	Del 89 al 103	15
4	Estándares de Gerencia del Talento Humano	Del 104 al 120	17
5	Estándares de Gerencia del Ambiente Físico	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



Estándares Asistenciales PACAS



Lo que se espera:



Estándares Intencionalidad - Estructura

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.

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.

Gerencia del Talento Humano

se enfoca en la gestión del talento humano, desde su planeación hasta su retiro, y su proceso de mejoramiento continuo.

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.

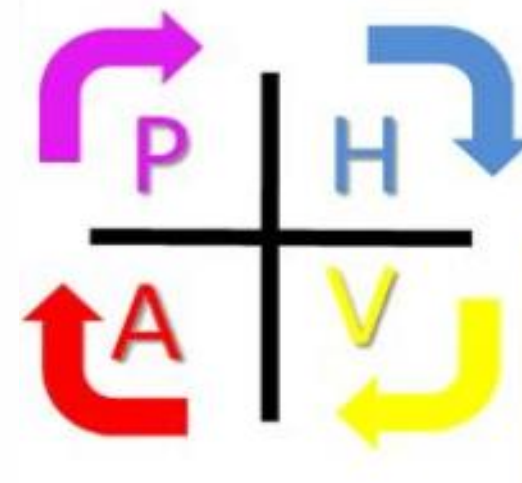
Ambiente Físico

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.

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.

Lo que se espera:



Estándares de Direccionamiento

Estándares 76 a 88

Intencionalidad del Grupo de Estándares de Direccionamiento (DIR)

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es:

ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO



- 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.

Estándares de Direccionamiento

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

54321

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:

Criterios:

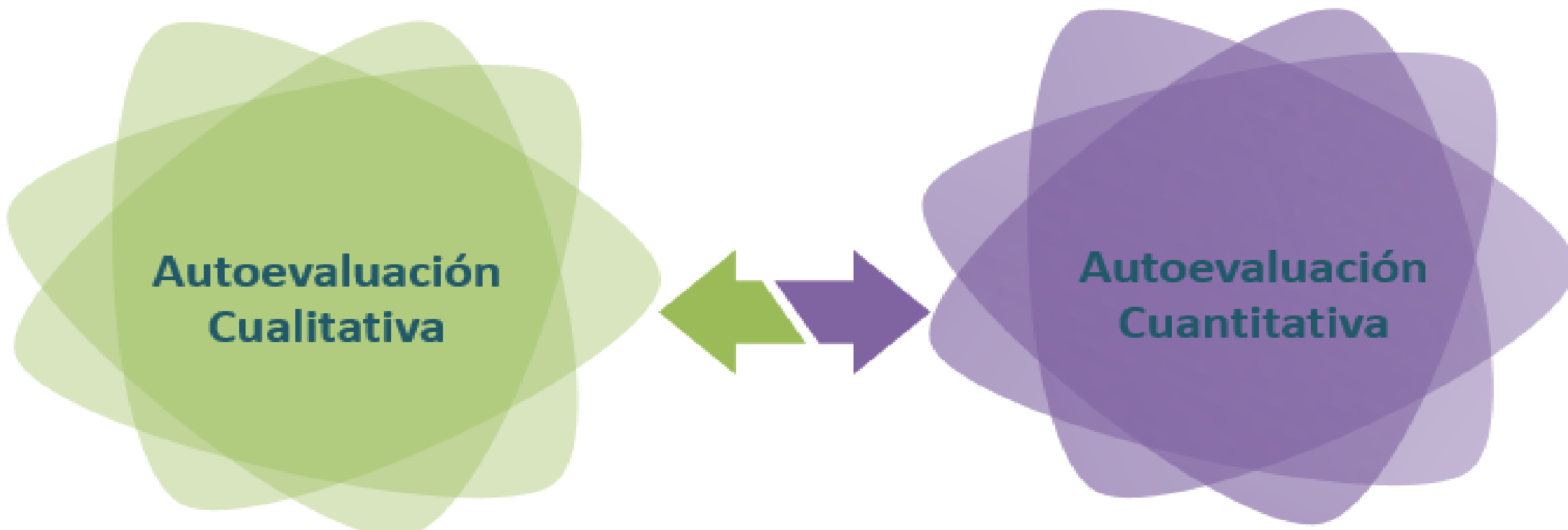
- La junta directiva, el equipo directivo y las personas claves de la organización participan en la definición, la revisión y la actualización del direccionamiento estratégico.
- Aspectos éticos y normativos.
- Los cambios del entorno.
- La seguridad del paciente y los colaboradores.
- El enfoque y la 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.

Enunciado

Criterios

Autoevaluación del SUA



Autoevaluación Cualitativa

Se identifican y describen las fortalezas y oportunidades de mejora en cada estándar, conforme con el nivel de cumplimiento de las tres dimensiones (enfoque, implementación y resultado).

Autoevaluación Cuantitativa

Corresponde a la valoración numérica del grado de cumplimiento del estándar, según las dimensiones de enfoque, implementación y resultados, definidas en la Resolución 2082 de 2014.

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)

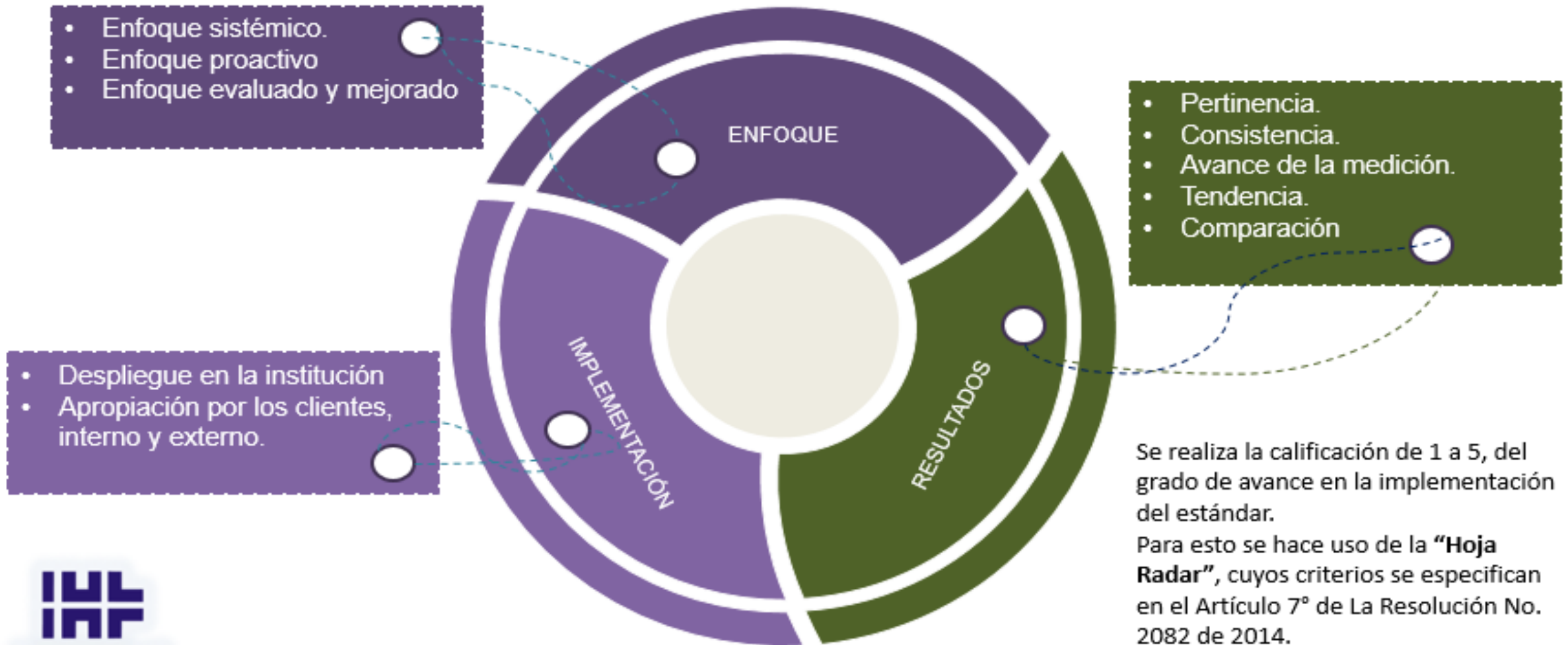
Son criterios o estándares que la institución NO cumple, de los que pide el manual de acreditación.

IMPLEMENTACIÓN



RESULTADOS

Autoevaluación cuantitativa



Se realiza la calificación de 1 a 5, del grado de avance en la implementación del estándar.

Para esto se hace uso de la “**Hoja Radar**”, cuyos criterios se especifican en el Artículo 7º de La Resolución No. 2082 de 2014.

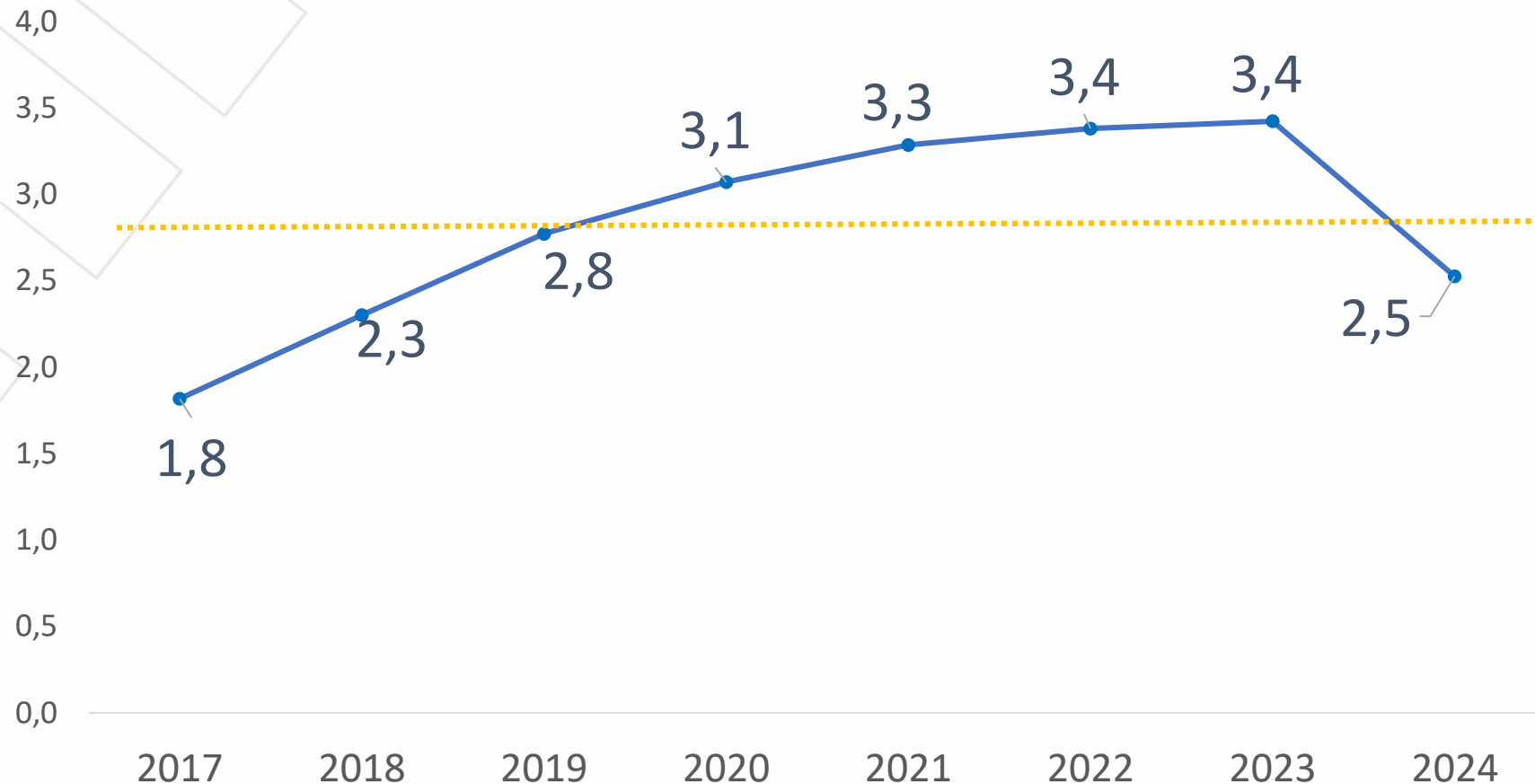
Autoevaluación Cuantitativa - Hoja Radar

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 mas 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.

Autoevaluación Cuantitativa

Comparativo Calificación Autoevaluación SUA



Fuente: Proceso Gestión de la Calidad

Un Hospital
al servicio de
la vida 



¡MUCHAS GRACIAS!



ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PITALITO