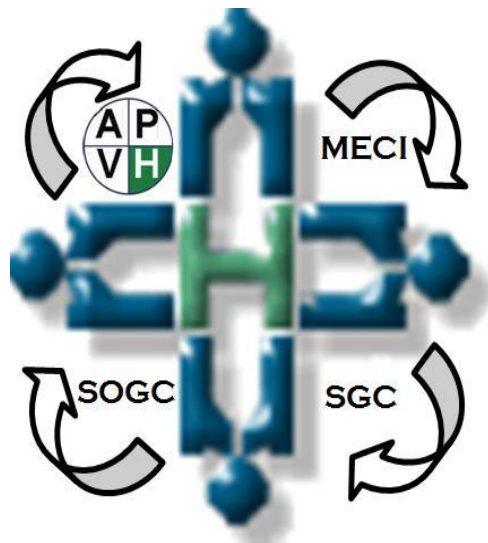


CARTILLA PEDAGÓGICA No. 3
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA
DE LA CALIDAD CON ÉNFASIS EN
ACREDITACION



Nuestro Compromiso:
Salud con Calidad para Todas y Todos

Septiembre de 2008

CONTENIDO

Pág.

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad- Marco Legal	4
Características O Atributos De Calidad Del SOGC: (Copas)	4
Componentes Del Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad	5
Reglamentación y concepto habilitación	6
Reglamentación y concepto Auditoria para el mejoramiento continuo	7
Reglamentación y concepto Acreditación	9
Reglamentación y concepto Sistemas de información	10
Principios de la Acreditación	11
Cuál es la entidad acreditadora seleccionada por el ministerio de protección social?	12
¿Cuál fue la decisión de acreditación después de realizada la visita en el mes de febrero?	12
¿Que significa acreditación condicionada?	13

¿Cuales son los grupos de estándares?	13
Estándar cliente asistencial	14
Estándar de direccionamiento	16
Estándar de gerencia	17
Estándar de recursos humanos	18
Estándar gerencia de información	20
Estándar gerencia de ambiente físico	21

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD

El Ministerio de Protección Social a través del Decreto 1011 de 2006 estableció el SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD con el cual se pretende generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

CARACTERISTICAS O ATRIBUTOS DE CALIDAD DEL SOGC: (COPAS)

CONTINUIDAD: Grado en que los usuarios las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

OPORTUNIDAD: Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que ponen en riesgo su vida o su estado de salud.

PERTINENCIA: Grado en que los usuarios reciben 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.

ACCESIBILIDAD: Posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud, que le garantiza el Sistema de Seguridad Social en Salud

SEGURIDAD: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD

Los **4 componentes** del SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD o **SOGCS** son:



CONCEPTOS DE CADA UNO Y SU REGLAMENTACIÓN

- **Habilitación:** Reglamentado en la Resolución 1043/06.

Puerta de entrada al sistema, consistente en el cumplimiento de requisitos obligatorios para el funcionamiento.

Es decir, las entidades deben cumplir con unos requerimientos básicos para minimizar el riesgo y proteger al usuario durante el proceso de atención describiendo igualmente estándares para cumplir con parámetros de suficiencia patrimonial y financiera.

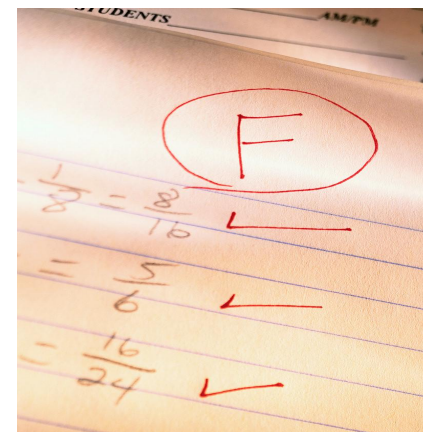
Es todos los requisitos que como infraestructura, dotación, mantenimiento, recurso humano, dispositivos, medicamentos, guías de atención, sistema de referencia y contrareferencia debe tener el hospital de manera obligatoria para poder operar



- **Auditoria para el mejoramiento continuo:** Reglamentado en la Resolución 1043/06.

Cuya estrategia para el desarrollo es el **PAMEC (PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO)** dispuesta para orientar la institución a la evaluación interna de la calidad de sus procesos de manera continua, previniendo y corrigiendo fallas de manera oportuna.

Comparando y evaluando la calidad observada con la calidad esperada. Por esto el Hospital realiza **auditorias** como por ejemplo auditoria de historia clínica, lavado de manos o de casos que generaron una queja por el inadecuado desenlace final de la atención



- **Acreditación:** Reglamentado en la Resolución 1445/06

Que busca desarrollar en las instituciones una cultura de calidad en la atención orientando todas sus acciones a que el resultado final sea la satisfacción del **usuario y su familia**. Se dirige a la **excelencia** del desempeño de su organización en la prestación del servicio en todas sus áreas tanto asistenciales como administrativas. Para alcanzar la acreditación debe estar implementado los dos anteriores componentes.

No significa que las instituciones son perfectas e infalibles, **significa que hay un proceso de transformación cultural y una voluntad permanente de cambio, orientado al mejoramiento continuo y a la satisfacción**



- **Sistemas de Información:** Reglamentado en Resolución 1446/06

Cuyo objetivo es el conocimiento de indicadores que se conviertan en una herramienta fundamental para la comparación entre instituciones que permita orientar a los usuarios a decidir quien los debe atender, sobre el criterio de calidad. Por eso el hospital debe reportar indicadores, como oportunidad de citas en consulta externa, oportunidad en el servicio de

urgencia, infecciones intrahospitalarias, eventos adversos, etc.

HABLEMOS SOBRE ACREDITACION

Principios de la Acreditación

El Sistema Único de Acreditación en Salud se orienta por los siguientes principios:

- **Confidencialidad.** La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales. No obstante, la calificación final de las instituciones a las cuales se les otorgue la acreditación podrá hacerse pública, previa autorización de las instituciones acreditadas.
- **Eficiencia.** Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos

disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

- **Gradualidad.** El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

¿CUÁL ES LA ENTIDAD ACREDITADORA SELECCIONADA POR EL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL?

El ICONTEC,

¿CUÁL FUE LA DECISIÓN DE ACREDITACIÓN DESPUES DE REALIZADA LA VISITA EN EL MES DE FEBRERO?

El concepto dado fue el de **ACREDITACIÓN**
CONDICIONADA.

¿QUE SIGNIFICA ACREDITACIÓN CONDICIONADA?

Significa que el Hospital Rafael Uribe Uribe, después de la evaluación por el ICONTEC **obtuvo una calificación menor de dos (2) en una de las agrupaciones de estándares**, pues para obtener la acreditación todas las agrupaciones de los seis (6) estándares evaluados deben tener una calificación mínima de tres (3)

¿CUALES SON LOS GRUPOS DE ESTANDARES?

Esos estándares son los siguientes:

Estándar Cliente asistencial: que incluye los estándares:

- Hospitalarios
- Ambulatorios
- Laboratorio Clínico
- Rehabilitación
- Imagenología

Estándar de direccionamiento

Estándar de gerencia

Estándar de gerencia del recurso humano

Estándar de gerencia del ambiente físico

Estándares de gerencia de la Tecnología
Estándar gerencia de información
Estándares de red

1. ESTÁNDAR CLIENTE ASISTENCIAL:

En estos estándares se pretende señalar el camino lógico de la relación paciente - organización dentro de un proceso discreto de atención. Este camino está desarrollado mediante una serie de pasos subsecuentes y complementarios que integran, de manera coordinada, los diferentes servicios, personas y elementos clave de la atención frente al paciente y su familia.

El Hospital debe entonces garantizar que se ofrezcan servicios de calidad dentro de un ambiente de trabajo seguro.

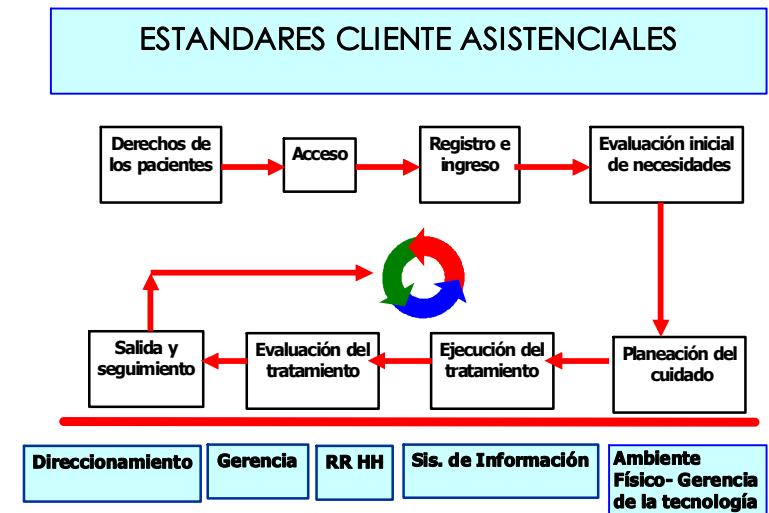
Sobre los estándares Cliente asistenciales recordemos que se evalúa desde el ingreso del paciente a la institución hasta su salida y seguimiento en casa. Pero es importante tener en cuenta que el primer paso en esta ruta es que todos los funcionarios del Hospital

deben conocer y dar a conocer los **deberes y los derechos** de nuestros usuarios, por ello lo divulgamos no solamente mediante los **retablos con la mariposa** que los contienen, sino con los actos que desarrollamos en el día a día como por ejemplo en nuestro **protocolo de bienvenida**, cuando informamos los procedimientos que le vamos a realizar, cuando le garantizamos la atención a pesar de no contar con documentación completa, con el guía de atención en las salas de espera informando permanentemente sobre los copagos, cubrimiento de servicios, horario de visitas y sobre el **derecho de presentar quejas, reclamos y felicitaciones**. Cuando los **educamos** acerca de la enfermedad que presenta y el tratamiento que se le va a realizar.

Cuando los **encuestamos** en cada servicio para saber el grado de satisfacción después de la atención.

La siguiente es la ruta lógica de la atención, es decir, la secuencia de eventos que sigue un paciente en nuestro Hospital a partir de requerir nuestros servicios. En la partir inferior se señalan los estándares de apoyo que como su nombre lo indica son aquellos estándares que apoyan los procesos

misionales para que se cumplan de manera adecuada:



2. ESTÁNDAR DE DIRECCIONAMIENTO: Con 14 requisitos.

PROPOSITO

- Busca que los órganos de direccionamiento del Hospital deben estar en permanente

capacidad de desarrollar, implementar y desplegar una serie de competencias organizacionales que orienten a la institución hacia la calidad y contribuir en el despliegue de esa orientación hacia los diferentes niveles de decisión.

El direccionamiento estratégico para la organización a través de la misión y la visión determinan la razón de ser del Hospital y su rumbo.

Por ello es importante tener claro la **MISION, VISION, POLITICA DE CALIDAD, PRINCIPIOS Y VALORES, CONOCER EL CÓDIGO DE ÉTICA Y DE BUEN GOBIERNO** y como desde nuestro que hacer diario aportamos a que estas directrices se cumplan.

3. ESTÁNDAR DE GERENCIA: Con 14 requisitos

PROPOSITO

- Es responsabilidad de la gerencia de la organización, garantizar espacios, recursos y mecanismos para desarrollar

El direccionamiento estratégico y lograr mantenerlos en el día a día de los procesos organizacionales.

Por ello a partir del mapa de procesos del Hospital con los líderes responsables, la gerencia identifica las necesidades de cada uno de ellos, determina los recursos y gestiona las acciones pertinentes para lograr los objetivos. La gerencia identifica necesidades de los procesos a través de **LA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO** que realiza todos los días con representantes de cada dependencia a las 8:30 a.m. en la gerencia, **EN LAS ULG** por centros de atención y en las realizadas con la comunidad.

Adicional a través del **HELPK DESK** que diariamente reporta necesidades desde los centros

4. ESTÁNDAR DE RECURSOS HUMANOS:

14 requisitos

PROPÓSITO

- Se enfoca en la gestión del recurso humano desde su planeación hasta

su proceso de mejoramiento continuo.

El hospital cuenta con programa de **INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN** que se alimenta a través de las **ENCUESTAS DE NECESIDADES DE CAPACITACION, DE AUDITORIAS REALIZADAS A LOS PROCESOS** desarrolladas por la oficina de gestión pública y autocontrol y **LAS SUGERENCIAS RECOLECTADAS EN EL BUZON DE LOS USUARIOS.**

Contamos con la **ZONA DE REENCUENTRO** y **EL MANUAL DE MANEJO DE CONFLICTO** para resolver necesidades de los funcionarios en su entorno laboral, personal y familiar.

Las necesidades de capacitación se realizan mediante **LA ENCUESTA DE NECESIDADES DE CAPACITACION.**

Contamos con un **PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS** el cual busca mejorar la calidad de vida del trabajador y la familia que se ajusta de acuerdo a las necesidades reportadas por los mismos colaboradores.

Contamos con un programa de **SALUD OCUPACIONAL** que con acompañamiento de la ARP se ocupan de nuestro bienestar en nuestro sitio de trabajo implementado algunas mejoras y concientizando sobre el reporte de **ACCIDENTES LABORALES.**

En la seguridad industrial participamos apoyando el **PROGRAMA DE 5 "S"** y no olvidar nuestro **PLAN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES** cuyo último simulacro fue en Abril del 2007

5. ESTÁNDAR GERENCIA DE INFORMACIÓN:

Con 11 requisitos

PROPOSITO

- se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas frente a la información y su uso para las decisiones en cualquier nivel de la organización.

Recordemos que contamos con **INDICADORES** que miden el desempeño de

los procesos y que son socializados en nuestras **CARTELERAS, ULG** y frente al proceso de salud pública en **SALA SITUACIONAL**

6. ESTÁNDAR DE AMBIENTE FÍSICO:

Con 14 requisitos

PROPOSITO

- 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.

Contamos con un **MANUAL DE BIOSEGURIDAD** por servicio que nos orienta sobre el manejo de desechos, igualmente el procedimiento de **AISLAMIENTO DE PACIENTES** para mayor seguridad en la atención de nuestros usuarios.

RECUERDA: EN LA ACREDITACIÓN DEBEMOS EVIDENCIAR TODAS AQUELLAS ACCIONES, MECANISMOS Y VALORES AGREGADOS QUE PUEDAN CONTRIBUIR CON LA SATISFACCION DEL USUARIO Y SU FAMILIA