

RESOLUCIÓN N°241

(Diciembre 21 de 2021)

POR MEDIO DEL CUAL SE DICTAN NORMAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLITICA DE CALIDAD Y EL COMITÉ DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. BELLOSALUD, En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales; en especial, las conferidas en las Leyes 100 de 1993, 872 de 2003, 1753 de 2015; los Decreto 1876 de 1994, 1011 y 2323 de 2006, 4295 de 2007, 903 de 2014, 1083 de 2015, 780 de 2016, 1499 de 2017; la Resoluciones 2082 de 2014, 1619 de 2015, 5095 de 2018 y 3100 de 2019, y

CONSIDERANDO

Que la Gerencia de la Institución mediante Resolución N° 187 del 12 de julio del 2016 creó el Comité de Calidad y el Comité PAMEC.

Que desde entonces, los citados comités ha venido cumpliendo cabalmente las funciones previstas en la citada disposición, no obstante lo cual se estima pertinente actualizar sus funciones y reglamentar tanto su composición conforme a la actual estructura de la entidad, como su interoperatividad.

Que el Decreto 77 de 1997 Nivel Nacional, Reglamenta los requisitos y condiciones técnico-sanitarias para el funcionamiento de los laboratorios clínicos, dicta definiciones, clasificación de laboratorios, exámenes, recurso humano, funciones, regula la Red Nacional de Laboratorios Clínicos, indicadores de evaluación de laboratorios, requisitos, control de gestión, toma de muestras, reactivos, garantía de calidad, control y vigilancia sanitaria, medidas de seguridad, procedimientos y sanciones.

Que la Ley 721 de 2001 Nivel Nacional, Señala que los laboratorios legalmente autorizados para la práctica de exámenes que científicamente determinen índice de probabilidad superior al 99.9% para establecer paternidad o maternidad, deberán estar certificados por autoridad competente y de conformidad con los estándares internacionales. La acreditación y certificación nacional se hará una vez al año a través del organismo nacional responsable de la acreditación y certificación de

laboratorios con sujeción a los estándares internacionales establecidos para pruebas de paternidad.

Que el DECRETO 1562 DE 2002, (Julio 24), "Por el cual se reglamenta el funcionamiento de la comisión de acreditación y vigilancia de los laboratorios que practican las pruebas de paternidad o maternidad con marcadores genéticos de ADN y se dictan otras disposiciones".

Que el Decreto 2112 de 2003 Nivel Nacional, Se reglamenta la acreditación y certificación de los laboratorios públicos y privados que practican pruebas de paternidad o maternidad con marcadores genéticos de ADN, definiciones, art. 1. Organismos nacionales responsables de la certificación, art. 2. Organismo nacional responsable de la acreditación, art. 3. Competencias por parte de las entidades departamentales o distritales de salud, art. 4. Laboratorios autorizados para la práctica de pruebas, art. 5. Vigencia, art. 6.

Que la Ley 872 de 2003, creo el sistema de gestión de la calidad de las entidades del Estado, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual debe estar enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.

Que el artículo 2º ibidem, señala que las entidades del sector descentralizado obligadas a desarrollar y poner en funcionamiento el sistema de gestión de la calidad; así mismo, en las entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral de acuerdo con lo que define la Ley 100 de 1993.

Que el artículo 1º del Decreto 4295 de 2007, que reglamento parcialmente la ley 872 de 2003, fijo como norma técnica de calidad para las instituciones prestadoras de servicios de salud, la adopción del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el Decreto 1011 de 2006, estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, que es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país.

Que el inciso cuarto del artículo 2º ibidem, define que la calidad de la atención de salud, es la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Que el Gobierno Nacional a través del Decreto 2323 de 2006, organizo la red nacional de laboratorios y reglamentar su gestión, definiendo las competencias de los Laboratorios Nacionales de Referencia y de las entidades territoriales y señalando que dichos laboratorios deben definir los estándares de calidad para la autorización de laboratorios que ofrezcan realizar análisis de interés en salud pública y de vigilancia y control sanitario.

Que el numeral 3. del artículo 3 ibidem dispuso, que los estándares de calidad en salud pública, son los requisitos básicos indispensables definidos por este Ministerio y que deben cumplir los actores que desempeñan funciones esenciales en salud pública.

Que Decreto 903 de 2014, en concordancia con la Resolución 2082 de 2014, establecen los estándares de acreditación dirigidos hacia la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos.

Que la Resolución 1619 del 2015, dispuso el Sistema de Gestión de la Red Nacional de Laboratorios en los ejes estratégicos de Vigilancia en Salud Pública y de Gestión de Calidad.

Que el Decreto 1083 de 2015, modificado por el Decreto 1499 de 2017, en relación con el Sistema de Gestión previsto en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 integro los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad.

Que la Resolución 0256 de 2016 establece los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud y define disposiciones para el sistema de información para la calidad

Que el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 5095 de 2018, adopto el manual de acreditación ambulatorio y hospitalario de Colombia, versión 3.1. el cual establece los estándares máximos de calidad.

Que mediante la Resolución 3100 de 2019, el Ministerio de Salud y Protección Social, definió los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y adopto el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Que el Plan de desarrollo dentro de sus objetivos estratégicos está “Implementar las normas, mecanismos y procesos del SOGC, para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud de la institución”

Que la E.S.E BelloSalud, en su Modelo de Atención, le apunta al mejoramiento continuo de los procesos organizacionales con un enfoque fundamental en la atención segura, mediante la gestión del riesgo y centrada en el usuario y su familia; teniendo en cuenta que una atención humanizada es una atención segura y de calidad, desde la perspectiva de la oportunidad, la eficiencia, la universalidad, la seguridad y la pertinencia.

RESUELVE

Adoptar, implementar y desarrollar la política de CALIDAD y el COMITE DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO en la ESE BelloSalud

ARTÍCULO PRIMERO: ACTUALIZAR Y ADOPTAR: Actualizar y Adoptar la POLÍTICA DE CALIDAD y el COMITE DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO en la ESE BelloSalud La E.S.E. BelloSalud, como empresa prestadora de servicios de salud en el Municipio de Bello, acorde a la normatividad vigente, está comprometida con la calidad en los procesos, la eficacia, eficiencia y efectividad del uso de los recursos, para así brindar, a nuestros usuarios y sus familias, una atención humanizada con accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, buscando siempre la satisfacción de nuestros usuarios y sus familias

ARTICULO SEGUNDO: OBJETIVOS: La política de Calidad de la ESE BelloSalud, tendrá como objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar y mantener la satisfacción, mayor del 95 %, de los usuarios y sus familias que recibieron atención, en los diferentes servicios de la ESE BelloSalud, enmarcados en los atributos de calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Propender por una atención centrada en el usuario y su familia, con enfoque de estándares de acreditación en salud y atributos de calidad: oportunidad, accesibilidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación del servicio.
- ✓ Promover las buenas prácticas del mejoramiento continuo según el Sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud, mediante ciclos PHVA, disminuyendo las brechas entre lo encontrado y lo esperado.
- ✓ Propender por una atención centrada en el usuario y su familia, con enfoque de estándares de acreditación en salud y atributos de calidad: oportunidad, accesibilidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación del servicio humanizado.
- ✓ Desplegar, los atributos de Calidad a el talento Humano del área Asistencial y administrativo, usuarios y su familia de la Institución.
- ✓ Establecer y analizar indicadores que nos permitan observar la eficiencia, eficacia y efectividad en cada uno de los procesos, procedimientos y servicios que oferta la ESE.

ARTICULO TERCERO: ALCANCE. La presente Política abarca a todos los niveles de la ESE, colaboradores, pacientes y sus familias y proveedores de la ESE BelloSalud

ARTICULO CUARTO: RESPONSABLES. La política de Calidad es transversal a todos los procesos de la Institución, su cumplimiento y direccionamiento de estrategias se logra a través de los equipos de Mejoramiento continuo y el comité de Gestión y Desempeño de la Institución.

ARTÍCULO QUINTO: DEFINICIONES:

SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud, es el conjunto 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.

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización en la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científica probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen 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.

Continuidad: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Sistema Único de Habilitación: 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 y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Servicio de Salud y las EAPB.

PAMEC: Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación.

Sistema Único de Acreditación: Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el

cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Sistema de información para la Calidad: El objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud.

Calidad: Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Manual de Calidad: Documento que especifica el Sistema de Gestión de la Calidad de una organización.

Misión: Es la formulación clave y amplia de la definición de la Institución, donde se expresan los propósitos de la organización detallando lo que se hace y los elementos que le soportan en una gerencia por resultados.

Política de Calidad: Intenciones globales y orientación de una organización, relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección.

Objetivo de Calidad: Algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad.

PHVA: Planificar, Hacer, Verificar, Actuar, este es el ciclo de mejoramiento continuo o también llamado círculo de calidad.

Macro-proceso: Conjunto de procesos que componen la ruta crítica de atención de los pacientes o que apoyan la atención de los mismos.

Proceso: Secuencia de actividades lógicamente relacionadas que emplean recursos de la organización, a los cuales se les agrega valor para dar resultados o productos definidos para un usuario interno o externo, en apoyo de los objetivos de la institución.

Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo las actividades de un proceso, en la caracterización de los procesos se describen sus actividades.

Mapa de procesos: Es la Secuencia lógica y coordinada de cómo se van ejecutando los procesos para alcanzar los resultados del área, estos se dividen en

cuatro macroprocesos: MACROPROCESO ESTRATÉGICO, (Incluye procesos relativos a la planificación y establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos estratégicos y de calidad, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios), MACROPROCESO MISIONAL (Incluye todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la empresa en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser) MACROPROCESOS DE APOYO (Incluye todos los procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales, mejora continua), MACRO PROCESO DE EVALUACIÓN (Incluye los procesos utilizados para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia).

ARTÍCULO SEPTIMO: COMPROMISO: la ESE BelloSalud se compromete con la calidad en los procesos, la eficacia, eficiencia y efectividad del uso de los recursos, para así brindar, a nuestros usuarios y sus familias, una atención humanizada con accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, buscando siempre la satisfacción de nuestros usuarios y sus familias

ARTÍCULO OCTAVO: SENSIBILIZACIÓN:

- Dando a conocer la política a través de todas las herramientas de comunicación internas y externas.
- Asignando responsables y funciones a todos los colaboradores que intervienen en el proceso.
- Socializando en el proceso de inducción, reinducción y reuniones de áreas.

ARTÍCULO NOVENO: CONFORMACIÓN. El Comité de Calidad y mejoramiento continuo, estará conformado de la siguiente manera:

- Subgerente de Servicios de Salud
- Médico asignado a calidad
- Coordinador Médico
- Enfermera servicio de urgencias y hospitalización
- Líder de odontología
- Referente de seguridad del paciente
- Jefe de enfermería encargada de vigilancia epidemiológica
- Líder de vacunación
- Líder de atención al usuario

Serán invitados:

- Líder de gestión del riesgo
- Líder de Promoción y Prevención
- Líder de servicio farmacéutico

ARTÍCULO DÉCIMO: FUNCIONES. El Comité de Calidad y mejoramiento continuo, tendrá las siguientes funciones:

1. Apoyar a los líderes de proceso en la formulación, documentación e implementación de procesos prioritarios según la normatividad vigente que aplique a los servicios.
2. Analizar y formular recomendaciones sobre los principales procesos institucionales, promoviendo medidas preventivas, correctivas y de mejora para la atención humanizada y de calidad en todos los procesos.
3. Asegurar la atención basada en la evidencia, mediante la incorporación y adherencia a la práctica profesional a partir de las Guías de Práctica Clínica (GPC)
4. Gestionar y realizar el seguimiento de los procesos de habilitación, acreditación, información y certificación de Calidad.
5. Sensibilizar y fomentar el compromiso institucional de mejoramiento
6. Apoyar la difusión, reconocimiento y publicación de experiencias exitosas desarrolladas en el establecimiento médico para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.
7. Analizar y gestionar los indicadores que permitan conocer la eficiencia, accesibilidad, seguridad, calidad, pertinencia y oportunidad de los servicios; con base en la normatividad vigente
8. Ejecutar la ruta crítica del programa de auditorías para el mejoramiento continuo – PAMEC – en articulación con los diferentes procesos de la institución.
9. Articular funciones con el Modelo integrado de planeación y gestión – MIPG direccionamiento, y sistemas de gestión; para el cumplimiento de las actividades y comités transversales en la ESE.

ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO: PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES. Este comité se reunirá de manera ordinaria una (1) vez cada mes, y extraordinariamente cuando las circunstancias lo ameriten, previa citación del secretario técnico en ambos casos.

Parágrafo Primero: En ocasiones extraordinarias que exijan la deliberación y decisión del Comité de calidad y mejoramiento continuo, éste podrá reunirse de manera virtual, en cuyo caso guardará el respectivo secretario técnico el o los correos de citación, las respuestas de los citados, las consideraciones y eventual decisión, en formato PDF.

Parágrafo Segundo: El Comité de calidad y mejoramiento continuo podrá invitar a sus reuniones a otros servidores de la ESE, a representantes de otras entidades y profesionales de distintas áreas o especialidades, cuando se requiera su concepto para efectos de los estudios, análisis y/o elaboración de los conceptos, documentos o propuestas a que haya lugar. Los invitados tendrán voz pero no voto.

ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO: SECRETARIO TÉCNICO. El secretario técnico del Comité de calidad y mejoramiento continuo será el médico asignado a calidad.

Parágrafo Único: El secretario técnico será el encargado de preparar el orden del día, someter el acta de cada reunión a la aprobación y firma, y archivar las respectivas actas.

ARTÍCULO DÉCIMO TERCERO ACTAS. De cada reunión se elaborarán y mantendrán debidamente archivadas las actas y listas de asistencia correspondientes.

ARTÍCULO DÉCIMO CUARTO: DELIBERACIÓN Y DECISIONES. El Comité deliberará con la asistencia o participación virtual de la mitad más uno de sus miembros y las decisiones se tomarán por mayoría de votos.

Parágrafo Único: Así se trate de una deliberación y/o decisión de carácter virtual, deberá elaborarse el acta respectiva.

ARTÍCULO DÉCIMO QUINTO: NATURALEZA DEL COMITÉ. El Comité de Seguridad del Paciente tiene una naturaleza asesora de la Institución.

ARTÍCULO DÉCIMO QUINTO: VIGENCIA. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y revoca las disposiciones que le sean contrarias.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE



DIEGO ALFONSO MONTOYA GRAJALES
Gerente

Elaboró Médico de Calidad	Revisó: equipo de calidad	Aprobó: Gerencia
Fecha: Diciembre 2021	Fecha: Diciembre 2021	Fecha: Diciembre 2021