



RESOLUCIÓN No. 136
(27 de julio de 2020)

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ACTUALIZA Y REGLAMENTA LA CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO Y AUTOEVALUACIÓN, PARA REALIZAR LOS CICLOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO”.

El Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo, nombrado mediante Decreto 0205 del 20 de marzo de 2020, expedido por el Gobernador de Santander y posesionado con Acta No. 007 del 24 de marzo de 2020, con efectos legales y fiscales, a partir del 01 de abril de 2020, en ejercicio de las atribuciones constitucionales, legales, estatutarias y en especial las conferidas en el Acuerdo de Junta Directiva N° 003 del 06 de febrero de 2006, y

CONSIDERANDO:

Que la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo, es una entidad prestadora de servicio de salud mental, descentralizada del orden departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo de Junta Directiva N° 003 de 2006.

Al respecto, el Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social), mediante Decreto 1011 del 03 abril de 2006, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que es definido en el artículo 3° como *“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.”*, y en el artículo 4° estableció los componentes de éste, a saber: *“1. El Sistema Único de Habilitación, 2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, 3. El Sistema Único de Acreditación y 4. El Sistema de Información para la Calidad.”*

En virtud de la anterior disposición, el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), actuó como acreditador del Sistema Único de Acreditación en Salud, alcanzando en el año 2009, la acreditación con la International Society for Quality in Healthcare (ISQUA), contribuyendo de esta manera en el fortalecimiento del Sistema Único de Acreditación con su aporte técnico y con la generación de conocimiento y motivación a las entidades interesadas.

Ahora bien, mediante la Resolución 1445 del 08 de mayo de 2006, el Ministerio de Salud y Protección Social, define las funciones de la Entidad Acreditadora, la cual es modificada en su artículo 2, con la Resolución 000123 del 26 de enero de 2012, por medio de la cual adopta varios manuales estándares del sistema único de acreditación



en salud, dentro del cual se encuentra, el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, contenido en el libro bajo el mismo nombre.

En el manual en mención, se consagra que *“Los estándares se basan en un enfoque sistémico que entiende la atención en salud como centrada en el usuario y su familia, en el mejoramiento continuo de la calidad y en el enfoque de riesgo; todos los estándares deben ser entendidos desde la perspectiva de riesgo (identificación, prevención, intervención, reducción, impacto) y de la promoción de la excelencia.”*, y que *“(…) con el enfoque del mejoramiento continuo de la calidad, **para que una institución obtenga la categoría de acreditado en salud, no solamente debe exhibir buenos procesos y/o estructura; es necesario que estos se traduzcan en resultados en salud centrados en el usuario.**”* (Negrilla y subrayado fuera de texto)

Posteriormente, el Ministerio de Salud y Protección Social expide la Resolución 003960 del 17 de octubre de 2008, *“Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1445 de 2006 y los Anexos Técnicos”*.

Ahora bien, el Presidente de la República expidió el Decreto 903 del 13 de mayo de 2014, *“Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud”*, aplicable a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre otras, que voluntariamente decidan acogerse al proceso de acreditación previsto en esta disposición. En el artículo 5° define el Sistema Único de Acreditación en Salud y en el artículo 10 establece los procesos que comprende el ciclo de acreditación.

Como consecuencia de la anterior disposición, el Ministerio de Salud y Protección Social profiere la Resolución 0002082 del 29 de mayo de 2014, *“Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud”*, estableciendo en su artículo 2° los ejes trazado para este proceso; en el artículo 6° las etapas del ciclo de acreditación y en los artículos siguientes, la forma en la que debe adelantarse la autoevaluación de los estándares de acreditación, las reglas y categorías para el otorgamiento de la acreditación, entre otros aspectos, regulando en el artículo 12, lo relativo a los manuales estándares de este sistema, y dispone la derogatoria de la Resolución 1445 de 2006, salvo su Anexo Técnico 1, la Resolución 123 de 2012, salvo su Anexo Técnico, y la Resolución 3960 de 2008.

Con posterioridad, el Gobierno Nacional, expidió el Decreto 780 del 06 de mayo de 2016, *“Por medio de la cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”*, en el que compila las normas relacionadas en líneas precedentes en la Parte 5, Título 1, denominado *“Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud”*, desarrollando en el Capítulo 2, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SOGCS- y en el Capítulo 6, el Sistema Único de Acreditación, y dispone en su artículo 4.1.1 la derogatoria integral de los decretos de naturaleza reglamentaria relativos al sector salud y protección social que versan sobre las mismas materias, quedando vigentes los actos administrativos expedidos con fundamento en éstos.

Y recientemente, el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la Resolución 0005095 del 19 de noviembre de 2018, *“Por la cual se adopta el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1”*., disponiendo en su artículo 4, la derogatoria del Anexo Técnico de la Resolución 123 de 2012.

Frente al anterior marco normativo, se advierte que la Gerencia y el Talento Humano de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo, en el año 2014 decidieron de manera voluntaria implementar el proceso de acreditación de la Entidad, expidiendo la Resolución 167 del 27 de octubre de 2014, *“Por medio de la cual se conforman los equipos de trabajo para llevar a cabo los ciclos de mejoramiento continuo del proceso de acreditación; de conformidad con la Resolución 00123 del 26 de enero de 2012, Decreto 906 de 13 de mayo de 2014, Resolución 2082 del 29 de mayo de 2014, del Ministerio de la Protección Social, y se designan funciones a los miembros de equipo de trabajo.”*

El anterior acto administrativo, fue derogado mediante la Resolución 074 del 18 de abril de 2017, expedido por la Gerencia de la Entidad, por medio del cual conforma los equipos de trabajo para llevar a cabo los ciclos de mejoramiento continuo del proceso de acreditación, de conformidad con la Resolución 00123 del 26 de enero de 2012, del Ministerio de la Protección Social, y designan funciones a los miembros del equipo de trabajo.

Sobre el particular, se advierte que las normas que sustentaron la expedición de los actos administrativos antes relacionados, fueron derogadas y/o han sido modificadas y compiladas en un decreto único reglamentario; así mismo, que el proceso de acreditación de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo no ha culminado, siendo necesario actualiza y reglamenta la conformación de los equipos de trabajo y autoevaluación, para lograr la realización de los ciclos de mejoramiento continuo del proceso de acreditación en salud de la Entidad.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. Actualizar la conformación de los equipos de trabajo y autoevaluación, para llevar a cabo los ciclos de evaluación del mejoramiento continuo, a través de la autoevaluación del proceso del Sistema Único de Acreditación en Salud de la de la E.S.E. Hospital San Camilo.

ARICULO SEGUNDO. El equipo para la planeación y liderazgo de la Acreditación de la Entidad, estará integrado por:

1. Gerente (Líder)
2. Subdirector Administrativo (Participante)
3. Subdirector Científico (Participante)



4. Jefe Talento Humano (Participante)
5. Almacenista General (Participante)
6. Enfermera con Funciones de Coordinadora de Enfermería (Participante)
7. Profesional vinculado como Asesor de Gerencia (Participante)
8. Profesional vinculado como Asesor Financiero (Participante)
9. Profesional vinculado para realizar actividades de Control Interno (Participante)
10. Profesional vinculado para realizar actividades de Gestión Estratégica y/o Desarrollo Institucional (Participante)

PARAGRAFO. El contratista del proceso administrativo y asistencial, hacen parte de este equipo y participaran en éste, mediante los profesionales vinculados al proceso de sistema integrado de gestión (Coordinador del Sistema Integrado de Gestión), al proceso de sistemas y comunicaciones (Ingeniero de Sistemas Coordinador y Comunicador Social), y al proceso asistencial (Químico Farmacéutico).

ARTICULO SEGUNDO. El equipo de trabajo responsable de la calificación, priorización, diseño y ejecución de los planes de mejoramiento de los **estándares de atención al cliente asistencial** de la Institución, estará conformado de la siguiente manera:

1. Subdirector Científico (Líder)
2. Enfermera con Funciones de Coordinadora de Enfermería (Asegurador)
3. Profesional vinculado como Auditor Concurrente 1 (Asegurador)
4. Profesional vinculado como Auditor Concurrente 2 (Participante)
5. Profesional Universitario de Laboratorio Clínico (Participante)
6. Psiquiatra (Participante)
7. Enfermera(o) Jefe de Servicio (Participante)
8. Enfermera(o) Jefe de Servicio (Participante)
9. Auxiliar Área de Salud -Auxiliar de Enfermería- (Participante)

PARAGRAFO. El contratista del proceso administrativo y asistencial, hacen parte de este equipo y participaran en éste, mediante los profesionales vinculados al proceso de sistema integrado de gestión (Profesional de Apoyo 2 –Apoyo Seguridad del Paciente-), y al proceso asistencial (Profesional SIAU y Químico Farmacéutico).

ARTICULO TERCERO. El equipo de trabajo responsable de la calificación, priorización, diseño y ejecución de los planes de mejoramiento de los **estándares de direccionamiento** de la E.S.E., estará conformado de la siguiente manera:

1. Gerente (Líder)
2. Subdirector Científico (Participante)
3. Subdirector Administrativo (Participante)
4. Miembro de Junta Directiva (Participante)
5. Profesional vinculado como Asesor de Gerencia (Participante)
6. Profesional vinculado como Asesor Financiero (Participante)
7. Profesional vinculado para realizar actividades de Control Interno (Participante)

8. Profesional vinculado para realizar actividades de Gestión Estratégica y/o Desarrollo Institucional (Participante)

PARAGRAFO. El contratista del proceso administrativo, hace parte de este equipo y participara en éste, mediante el profesional vinculado al proceso de sistema integrado de gestión (Profesional de Apoyo 2 –*Apoyo Sistema Integrado de Gestión*-).

ARTICULO CUARTO. El equipo de trabajo responsable de la calificación, priorización, diseño y ejecución de los planes de mejoramiento de los **estándares de gerencia** de la Entidad, estará conformado de la siguiente manera:

1. Gerente (Líder)
2. Subdirector Administrativo (Participante)
3. Subdirector Científico (Participante)
4. Jefe Oficina Asesora Jurídica (Participante)
5. Jefe Financiera (Participante)
6. Profesional vinculado como Asesor de Gerencia (Participante)
7. Profesional vinculado como Asesor Financiero (Participante)
8. Profesional vinculado para realizar actividades de Gestión Estratégica y/o Desarrollo Institucional (Participante)
9. Profesional vinculado para realizar actividades de Control Interno (Participante)

PARAGRAFO. El contratista del proceso administrativo, hace parte de este equipo y participara en éste, mediante el profesional vinculado al proceso de sistema integrado de gestión (Coordinador del Sistema Integrado de Gestión).

ARTICULO QUINTO. El equipo de trabajo responsable de la calificación, priorización, diseño y ejecución de los planes de mejoramiento de los **estándares de gerencia del talento humano** de la Institución, estará conformado de la siguiente manera:

1. Jefe Talento Humano (Líder)
2. Auxiliar Administrativo (Asegurador)
3. Enfermera con Funciones de Coordinadora de Enfermería (Participante)
4. Coordinador de los Convenios Docencia – Servicio suscritos con la Entidad (Participante)

PARAGRAFO PRIMERO. El contratista del proceso administrativo y asistencial, hacen parte de este equipo y participaran en éste, mediante los profesionales vinculados al proceso de sistema integrado de gestión (Profesional HSEQ), y al proceso asistencial (Médico de Salud Ocupacional).

PARAGRAFO SEGUNDO. El contratista del proceso administrativo; asistencial; medicina especializada; vigilancia; servicio integral de jardinería, cafetería, aseo general, limpieza y desinfección; lavandería y alimentación, hacen parte de este equipo y participaran en éste, por medio de la persona de enlace y/o el representante que designen para tal fin.



ARTICULO SEXTO. Conformar los equipos de trabajo para llevar a cabo el proceso de calificación, priorización, diseño y ejecución de los planes de mejoramiento de los **estándares de gerencia del ambiente físico** de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo, de la siguiente manera:

1. Almacenista General (Líder)
2. Auxiliar Administrativa (Participante)

PARAGRAFO PRIMERO. El contratista del proceso administrativo, hace parte de este equipo y participará en éste en calidad de Asegurador, mediante el profesional vinculado al proceso de sistema integrado de gestión (Ingeniero Ambiental).

PARAGRAFO. El contratista del proceso administrativo y asistencial, hacen parte de este equipo y participaran en éste, mediante los profesionales vinculados al proceso de sistema integrado de gestión (Profesional de Apoyo 2 –*Apoyo Seguridad del Paciente*- y Profesional HSEQ), al proceso de compra y mantenimiento almacén (Profesional de Apoyo) y al proceso asistencial (Médico de Salud Ocupacional e Ingeniero Biomédico).

ARTICULO SÉPTIMO. Conformar los equipos de trabajo para llevar a cabo el proceso de calificación, priorización, diseño y ejecución de los planes de mejoramiento de los **estándares de gestión de la tecnología** de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo, de la siguiente manera:

1. Subdirector Científico: (Líder)
2. Profesional Universitario de Laboratorio Clínico (Participante)

PARAGRAFO PRIMERO. El contratista del proceso asistencial, hace parte de este equipo y participará en éste en calidad de Asegurador, mediante los profesionales vinculados como Químico Farmacéutico (Asegurador) e Ingeniero Biomédico (Asegurador).

PARAGRAFO. El contratista del proceso administrativo y asistencial, hacen parte de este equipo y participaran en éste, mediante los profesionales vinculados al proceso de sistema integrado de gestión (Profesional de Apoyo 2 -*Apoyo Seguridad del Paciente*-), al proceso de compra y mantenimiento almacén (Profesional de Apoyo) y al proceso asistencial (Ingeniero Biomédico).

ARTICULO OCTAVO. Conformar los equipos de trabajo para llevar a cabo el proceso de calificación, priorización, diseño y ejecución de los planes de mejoramiento de los **estándares de gerencia de la información** de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo, de la siguiente manera:

1. Subdirector Administrativo (Líder)
2. Profesional vinculado como Auditor Concurrente 1 (Asegurador)
3. Profesional vinculado como Asesor de Gerencia (Participante)

4. Profesional vinculado para realizar actividades de Gestión Estratégica y/o Desarrollo Institucional (Participante)

PARAGRAFO. El contratista del proceso administrativo y asistencial, hacen parte de este equipo y participaran en éste, mediante los profesionales vinculados al proceso de sistema integrado de gestión (Coordinador del Sistema Integrado de Gestión), al proceso de sistemas y comunicaciones (Ingeniero de Sistemas Coordinador, Webmaster y Comunicador Social), al proceso de gestión documental (Coordinador Archivo), y al proceso asistencial (Profesional SIAU).

ARTICULO NOVENO. Conformar los equipos de trabajo para llevar a cabo el proceso de calificación, priorización, diseño y ejecución de los planes de mejoramiento de los **estándares de mejoramiento de la calidad** de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo, de la siguiente manera:

1. Gerente (líder)
2. Profesional vinculado para realizar actividades de Control Interno (Participante)

PARAGRAFO PRIMERO. El contratista del proceso administrativo, hace parte de este equipo y participará en éste en calidad de Asegurador, mediante el profesional vinculado al proceso de sistema integrado de gestión (Coordinador del Sistema Integrado de Gestión).

PARAGRAFO. El contratista del proceso administrativo y asistencial, hacen parte de este equipo y participaran en éste, mediante los profesionales vinculados al proceso de sistema integrado de gestión (Profesional de Apoyo 1 –*Apoyo Sistema Integrado de Gestión*-, Profesional de Apoyo 2 -*Apoyo Seguridad del Paciente*-, Ingeniero Ambiental y Profesional HSEQ),y al proceso asistencial (Médico de Salud Ocupacional).

ARTICULO DÉCIMO. Las actividades que debe realizar el equipo de planeación y liderazgo del proyecto de acreditación en salud en la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo son las siguientes:

- a. Seleccionar los miembros de los equipos de autoevaluación y establecer los roles de cada participante.
- b. Rendir cuentas sobre el proceso de calificación, priorización, establecimiento y desarrollo de los planes de mejoramiento, así como los resultados obtenidos frente a la calidad esperada.
- c. Determinar y proporcionar recursos necesarios para la ejecución del proyecto.
- d. Asegurar la interacción de planes de mejora establecidos entre los equipos de autoevaluación.
- e. Decidir sobre asuntos relacionados con el plan detallado de trabajo del proyecto de acreditación.
- f. Observar y tomar decisiones sobre el desempeño de los equipos de autoevaluación.

- g. Preparar las condiciones apropiadas para la visita de acreditación cuando se considere pertinente hacer la solicitud de postulación.
- h. Garantizar una comunicación idónea entre los diferentes equipos de autoevaluación del proyecto de acreditación en salud.
- i. Promover la cultura organizacional que favorezca el desarrollo del proyecto de acreditación en salud.

ARTICULO DÉCIMO PRIMERO. Las actividades y responsabilidades de cada uno de los miembros y roles asignados dentro de los equipos de autoevaluación del proyecto de acreditación en salud e la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo son:

Líder del equipo de autoevaluación:

- a. Cumplir a cabalidad con las directrices del equipo de planeación y liderazgo del proyecto de acreditación en salud.
- b. Coordinar y asegurar el cumplimiento de las actividades adelantadas por el equipo de autoevaluación de acuerdo con el plan de trabajo establecido.
- c. Informar al equipo de planeación y liderazgo las dificultades y logros presentados durante el desarrollo del plan de trabajo.
- d. Presentar información periódica del estado de avance de la ejecución del plan de trabajo al equipo de planeación y liderazgo.
- e. Asegurar que se realiza de manera oportuna los ajustes que se requieran durante el desarrollo del plan de trabajo.
- f. Informar y gestionar los recursos necesarios requeridos por el equipo de autoevaluación para el logro de los planes establecidos, ante el equipo de planeación y liderazgo.
- g. Mantener un elevado nivel motivación en el equipo de autoevaluación en favor del cumplimiento del plan de trabajo y la obtención de resultados.
- h. Todas las demás que sean inherentes a las funciones (empleados de plata) y/o actividades asignadas por el equipo de planeación y liderazgo del proyecto de acreditación (empleados de planta y contratistas).

Asegurador(es) del equipo de autoevaluación:

- a. Cumplir a cabalidad con las directrices del líder del equipo de autoevaluación.
- b. Convocar y asegurar que se conservan las actas de reuniones y listados de asistencia de los miembros del equipo de autoevaluación.
- c. Unificar los resultados de cada uno de los ciclos de autoevaluación del grupo de estándares.
- d. Asegurar que se cuentan y se custodian las evidencias generadas frente a cada uno de los estándares a cargo del equipo de autoevaluación.
- e. Recordar la asistencia a las reuniones de autoevaluación.
- f. Consolidar la información del estándar y la evidencia de autoevaluación.
- g. Participar en la consolidación de la información relacionada con los requisitos de presentación ante el acreditador, cuando se considere oportuno la postulación a la visita de acreditación.



- h. Todas las demás que sean inherentes a las funciones (empleados de plata) y/o actividades delegadas por el líder del equipo de autoevaluación (empleados de planta y contratistas).

Participantes del equipo de autoevaluación:

- a. Cumplir a cabalidad con las directrices del líder y el(los) asegurador(es) del equipo de autoevaluación.
- b. Cumplir cabalmente con las directrices y tareas establecidas en el plan de trabajo del equipo de autoevaluación.
- c. Asistir y participar activamente en los encuentros de trabajo programados por el equipo de autoevaluación.
- d. Suministrar las evidencias derivadas del desarrollo de las actividades realizadas en el marco del proyecto de acreditación en salud.
- e. Apoyar en la elaboración y presentación de los informes que sean requeridos por el líder o el(los) asegurador(es) del equipo de autoevaluación.
- f. Todas las demás que sean inherentes a las funciones (empleados de plata) y/o actividades delegadas por el líder del equipo de autoevaluación (empleados de planta y contratistas).

ARTICULO DÉCIMO SEGUNDO: Es responsabilidad de todos los miembros de los equipos de autoevaluación antes mencionados, recibir la formación necesaria que les permita conocer y entender la intencionalidad y los estándares asignados; así como presentar los resultados obtenidos, cuando el equipo de planeación y liderazgo y el equipo de mejoramiento continuo lo considere pertinente.

De igual manera, deberán tener en cuenta las recomendaciones y/o orientaciones impartidas por los equipos conformados mediante el presente acto administrativo, con el fin de realizar los ajustes necesarios que favorezcan el desarrollo y los resultados del proyecto de acreditación.

ARTICULO DÉCIMO TERCERO. Los miembros de los equipos de autoevaluación conformados mediante el presente acto administrativo, tienen la responsabilidad de entregar la documentación que recopilen en desarrollo de las actividades acá descritas al líder del equipo del que hacen parte, en caso de cesar su vínculo laboral y/o contractual con la Entidad, o con el contratista que los vinculo, y éste a su vez, adquiere el compromiso de entregarle esta información al líder del equipo para la planeación y liderazgo de la acreditación de la Entidad.

ARTICULO DÉCIMO CUARTO. El incumplimiento de las funciones (empleados de planta) y/o actividades asignadas a cada uno de los miembros y roles asignados en los equipos de autoevaluación antes relacionados (empleados de planta y contratistas), dará lugar a las decisiones y/o actuaciones administrativas a que haya lugar.

ARTÍCULOS DÉCIMO QUINTO. La presente resolución debe ser comunicada por la Jefe la Oficina Jurídica de la Entidad, por el medio más expedito a los empleados y

contratistas que hacen parte de los equipos conformados en este acto administrativo, y publicarse en la página web de la Entidad.

PARÁGRAFO. El contratista del proceso administrativo y asistencial de la Entidad, debe comunicar el contenido de la presente resolución al personal vinculado a los diferentes equipos que hacen parte del proceso de acreditación e incluir dentro de las actividades y responsabilidades, las consignadas en este acto administrativo.


ARTÍCULOS DÉCIMO SEXTO. La presente resolución rige, a partir de la fecha de su comunicación y publicación, y deroga la Resolución 074 del 18 de abril de 2017 y los demás los actos administrativos que le sean contrarios.

Expedida en Bucaramanga, el veintisiete (27) de julio de dos mil veinte (2020).

COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CUMPLASE,



PEDRO JAVIER GUTIERREZ GUIZA
Gerente



Revisó Aspectos Jurídicos: Gloria Andrea Castillo Amado
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Revisó Aspectos Técnicos: Juan Carlos Supelano Villamizar
Subdirector Administrativo y Financiero

Proyectó Iván Darío Agudelo Saldarriaga
CPS Profesional SUA