Pereira, 22 de marzo de 2023

DE: Ligelly Hernandez Mayorga - DESPACHO DE LA SECRETARIA DE SALUD_629b98080ff94

PARA: Rodolfo Antonio Burgos Pereira - Secretaria(o) de Despacho Grado 10

No. 20230322-4124-I

ASUNTO: Concepto técnico de viabilidad proyecto “Implementación institucional en materia de tecnologías de la información y las comunicaciones en la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal”

Cordial saludo:

Dentro de la Constitución Política de Colombia, en su artículo 2, establece que es deber esencial del Estado, servir a la comunidad, promover la prosperidad general, y garantizar la efectividad de los principios derechos y deberes consagrados en ella, entre los cuales se encuentra el de la salud.

La Ley 715 del 2001, define las competencias en salud de los Departamentos sobre la dirección y coordinación del sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción y, específicamente, el artículo 43.1.1., ordena al Departamento “Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional".

Por otro lado se define el Sistema Único de Acreditación en Salud, el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades a las que se refiere el artículo 2 del presente decreto, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

El foco de la mejora en el Sistema Único de Acreditación en salud, son todos los colombianos usuarios de los servicios de salud así como su familia, quienes recibirán una atención de alta calidad, segura pertinente Ahora bien, otros beneficiarios son las las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS públicas y privadas, las Entidades Promotoras de Salud EPS, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales ARLy las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional IPSO, quienes encontrarán en los estándares de acreditación un reto para la mejora continua de la calidad en la atención en salud.

Todo lo anterior dentro del marco legal

1. El Decreto 780 de 2016 que compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud, tiene como objetivo racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único.
2. Resolución 3100 de 2019, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
3. Resolución 5095 de 2018 Sistema Único de Acreditación
4. Resolución 256 de 2016 Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud

La Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal es una Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS - de primer nivel de atención que presta servicios de baja y algunos de mediana complejidad, esto de acuerdo con el reconocimiento del Ministerio de Protección Social debidamente inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, y los distintivos de habilitación que garantizan el cumplimiento de la normativa vigente en materia de calidad de prestación de servicios de salud. Ahora, además el hospital se encuentra en proceso de transición para prestar más servicios de mediana complejidad lo que conllevará el reconocimiento en el corto plazo como IPS de segundo nivel, no es ajena al sistema único de acreditación en salud.

Igualmente, los prestadores de servicios de salud en Colombia requieren obligatoriamente ajustar sus procesos administrativos y asistenciales al cumplimiento de las normas que se derivan del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, norma que se encuentra compilada actualmente en el Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud, con el objeto de mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Así mismo, se pretende cumplir en la implementación de la Política de Gobierno Digital del Gobierno Nacional, donde se han definido varios elementos que brindan orientaciones generales y específicas que deben ser acogidas por las entidades, a fin de alcanzar los propósitos de la política.

Los componentes son:

1. Sistema Único de Habilitación (SUH).
2. Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud (PAMEC).

3. Sistema Único de Acreditación.
4. Sistema de Información para la Calidad.

Todos los componentes del Sistema cuentan con normatividad aplicable mediante un sistema de cumplimiento por requisitos estándares que se denominan calidad esperada, todos de obligatorio cumplimiento para conservar la certificación de Institución habilitada, lo que conlleva que su incumplimiento genera el cierre del servicio de manera temporal o definitiva según el caso.

En cumplimiento de la norma, la ESE Hospital San Vicente de Paúl desarrolla diferentes procesos y procedimientos de calidad que se lideran desde la Alta Gerencia y se administran y operativizan desde la Oficina de Calidad, Auditoría Médica y Planeación, todo ello conlleva un gran despliegue de procedimientos, actividades y tareas que procuran el mantenimiento del Sistema de Calidad para dar cumplimiento permanente a los estándares de calidad incluidos en los anexos técnicos de las normas de habilitación y acreditación.

Ahora bien, para garantizar la habilitación de los servicios de salud el hospital debe realizar la autoevaluación periódica del cumplimiento de los estándares de calidad, cuando el hospital revisa lo definido en la norma de habilitación y verifica internamente que cumple con lo establecido en la misma, realiza su declaración de cumplimiento en el REPS, momento en el cual se concreta la autoevaluación, quedando la trazabilidad de dicho registro en el REPS.

Existen diferentes momentos en los cuales se debe realizar la autoevaluación, estos momentos se encuentran definidos en el artículo 5 de la Resolución 3100 de 2019.

Como parte de la autoevaluación se encuentra la verificación del cumplimiento de las condiciones de capacidad técnico-administrativa, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad tecnológica y científica, según aplique a cada tipo de prestador. Como parte de las condiciones tecnológicas y científicas, el prestador debe verificar los estándares y criterios establecidos para cada servicio que pretende habilitar, así como el cumplimiento de los criterios aplicables a “Todos los Servicios” según aplique a los servicios de salud a habilitar.

Otros de los componentes del Sistema Obligatorio de la Calidad en Salud son:

- Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud (PAMEC).
- Sistema Único de Acreditación.

El programa de auditoría para el mejoramiento de la atención en salud – PAMEC, es un sistema riguroso que tiene como objetivo mejorar la atención al usuario, a través de la

autoevaluación y el monitoreo constante de la calidad observada respecto de la calidad esperada.

La ruta crítica que propone el PAMEC busca mantener y mejorar los resultados de los procesos intervenidos potenciando el mejoramiento continuo. Esta ruta consta de ocho pasos que involucran actividades diferentes en cada uno de ellos.

Los siguientes son los pasos que componen la ruta del PAMEC y que realiza la institución anualmente:

1. Autoevaluación.

Tiene como objetivo realizar un diagnóstico en el que se identifiquen los problemas o fallas de calidad que afectan al hospital. Además, el diagnóstico comprende aquellos aspectos relacionados a la calidad que impacten al usuario y la atención a este.

Los aspectos a evaluar desde el punto de vista del usuario en cada uno de los procesos son:

- Accesibilidad
- Oportunidad
- Seguridad
- Pertinencia
- Continuidad
- Atención al usuario

La autoevaluación se realiza comparando la calidad esperada, que corresponde a los estándares de acreditación contenidos en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario – Resolución 5095 de 2018, con la calidad observada, que es la situación actual de la institución frente al propósito del estándar.

2. Selección de procesos a mejorar.

Es el listado de oportunidades de mejoramiento que se genera a partir de la autoevaluación, a las cuales se les debe relacionar el proceso al que pertenecen, dichas oportunidades de mejora deben estar relacionadas al proceso de atención centrado en el usuario.

3. Priorización de procesos.

La priorización debe ser acorde a los procesos que impactan con mayor fuerza al usuario.

Para llevarla a cabo, las metodologías más comunes son la matriz de priorización, la jerarquización y los gráficos de Pareto.

4. Definición de la calidad esperada.

Establece la forma en cómo se realizan los procesos de atención (normas técnicas, guías), los instrumentos (indicadores) y el resultado de los mismos (metas). Esta actividad tiene como propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados.

5. Medición inicial del desempeño de los procesos.

Es el desarrollo de los procedimientos de auditoría sobre el desempeño de los procesos. En esta etapa es donde se revela qué tan grande es la brecha existente entre la calidad observada y la calidad esperada. La calidad observada corresponde a los resultados arrojados por la auditoría.

Existen parámetros para evaluar y comparar ya definidos dentro de los procedimientos de auditoría comúnmente aceptados.

Dentro de la planeación del procedimiento de auditoría se resaltan los siguientes pasos:

Definición de los objetivos del procedimiento de auditoría.

Definición del alcance del procedimiento de auditoría (el universo del campo de acción).

Definición de las técnicas de apoyo a utilizar (elección de técnicas o instrumentos de análisis, ej.: observación, inspección, confirmación, análisis, cálculo, muestreo estadístico, flujogramas.).

Identificación de las fuentes de información, indicadores de medición, formato de registro

Definición del equipo ejecutor de la auditoría.

Definición del cronograma de auditoría.

6. Plan de acción y/o plan de mejoramiento para procesos seleccionados.

Consiste en la definición de acciones detalladas que bloqueen o eliminen las causas del efecto no deseado o problema identificado en los resultados de la ejecución del programa de auditoría. Su objetivo es cerrar la brecha existente entre la calidad observada y la esperada.

Al describir acciones de mejora, también se crean responsabilidades, tiempos estimados, espacios, motivos y maneras de desarrollarlas. Esta etapa se centra en la presentación de soluciones que sean prácticas y posibles de implementar.

En el plan de mejoramiento no solo se definen acciones de mejora, si no también programas de capacitación, de comunicación (socialización del proceso de mejoramiento) y los aspectos logísticos requeridos.

Dentro de esta etapa, se destacan los siguientes aspectos:

- Definición concreta de la dimensión del problema.
- Análisis de causas a través de la matriz 5W1H.
- Definición de la medición de los indicadores y su periodicidad.
- Seguimiento regular a las acciones de mejora implementadas a través de la medición de los indicadores.
- Soluciones correctivas oportunas en tiempo real.
- Definición de la forma de comunicación entre cada responsable y su equipo.

7. Evaluación del mejoramiento

Su objetivo es valorar el cumplimiento y la efectividad de las acciones ejecutadas que se definieron previamente en el plan de mejoramiento.

El seguimiento a la evolución de las acciones implementadas se hace mediante:

a. Los procesos periódicos de medición.
b. La comparación.
c. El análisis.
d. La evaluación.

8. Aprendizaje organizacional

El propósito de generar aprendizaje organizacional es mantener y mejorar los resultados de los procesos priorizados e intervenidos, potenciando así el mejoramiento continuo.

El aprendizaje organizacional hace referencia a la toma de decisiones definitivas, la estandarización de mejoras de los procesos y el feedback provisto por el programa de auditoría.

En esta etapa se capacita al personal en los estándares y su seguimiento para evitar que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada

Es importante recordar que dentro del marco de los elementos de la Política de Gobierno Digital se cuenta con dos componentes TIC para el Estado y TIC para la Sociedad son líneas de acción que orientan el desarrollo y la implementación de la política.

TIC para el Estado: Tiene como objetivo mejorar el funcionamiento de las entidades públicas y su relación con otras entidades públicas, a través del uso de las TIC. Así mismo, busca fortalecer las competencias T.I. de los servidores públicos, como parte fundamental de la capacidad institucional.

TIC para la Sociedad: tiene como objetivo fortalecer la sociedad y su relación con el Estado en un entorno confiable que permita la apertura y el aprovechamiento de los datos públicos, la colaboración en el desarrollo de productos y servicios de valor público, el diseño conjunto de servicios, políticas y normas, y la identificación de soluciones a problemáticas de interés común.

Es así como las anteriores líneas de acción se alcanzan por medio de los siguientes habilitadores transversales:

Arquitectura: Busca fortalecer las capacidades de gestión de T.I. de las entidades públicas, a través de la definición de lineamientos, estándares y mejores prácticas contenidos en el Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial del Estado.

Seguridad y Privacidad: Busca preservar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los activos de información de las entidades del Estado, garantizando su buen uso y la privacidad de los datos, a través de un Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información.

Servicios Ciudadanos Digitales: Busca facilitar y brindar un adecuado acceso a los servicios de la administración pública haciendo uso de medios digitales, para lograr la autenticación electrónica, interoperabilidad y carpeta ciudadana, esto será posible a través de la implementación del Modelo de Servicios Ciudadanos Digitales.

Es así como, la articulación de estos elementos busca el logro de los siguientes 5 propósitos concretos en materia de Gobierno Digital:

A. Habilitar y mejorar la provisión de Servicios Digitales de confianza y calidad.

Consiste en poner a disposición de los ciudadanos, usuarios y grupos de interés, los trámites y servicios del Estado haciendo uso de las TIC, garantizando el uso de esquemas de autenticación, la interoperabilidad y el almacenamiento y conservación electrónica de la información. Adicionalmente, la entidad debe garantizar el manejo seguro de la información, agilidad y facilidad en el acceso al trámite o servicio por parte del usuario.

B. Lograr procesos internos seguros y eficientes a través del fortalecimiento de las capacidades de gestión de tecnologías de información.

Consiste en realizar una gestión adecuada de las TIC para que los procesos de la entidad, entendidos como el conjunto de actividades que se relacionan entre sí para el logro de resultados específicos, cuenten con una arquitectura de T.I. que permita el manejo apropiado de la información, la optimización de recursos y el logro de resultados.

C. Tomar decisiones basadas en datos a partir del aumento el uso y aprovechamiento de la información.

Consiste en garantizar que la creación, almacenamiento, procesamiento, entrega, intercambio y eliminación de datos e información, se desarrollen bajo estándares de calidad, procesos y procedimientos que permitan que tanto la entidad, como ciudadanos, usuarios y grupos de interés, puedan tomar decisiones para el desarrollo de políticas, normas, planes, programas, proyectos, desarrollo de aplicaciones, participación en asuntos de interés público, entre otros.

D. Empoderar a los ciudadanos a través de la consolidación de un Estado Abierto.

Consiste en que la entidad habilite los espacios, herramientas e información necesaria para que ciudadanos, usuarios y grupos de interés, tengan una injerencia efectiva en la gestión del Estado y en asuntos de interés público, a través del uso y aprovechamiento de los medios digitales.

E. Impulsar el desarrollo de territorios y ciudades inteligentes para la solución de retos y problemáticas sociales a través del aprovechamiento de tecnologías de la información y las comunicaciones.

Consiste en el aprovechamiento de las TIC de manera integrada y proactiva por parte de las entidades territoriales y los diferentes actores de la sociedad, a fin de co-diseñar e implementar iniciativas de tipo social, ambiental, político y económico, que buscan mejorar la calidad de vida de los ciudadanos e impulsar el desarrollo sostenible.

Durante el mes de marzo de la presente vigencia el Gerente **LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL**, hace llegar una solicitud al Departamento de cofinanciación del proyecto “ Implementación institucional en materia de tecnologías de la información y las comunicaciones en la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal”, con el objeto de fortalecer el entorno digital en la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, a través de la sistematización de los procesos de calidad en toda la Entidad; además de la cofinanciación del 5% del valor total del proyecto, anexando documentos del proyecto.

La ESE hospital, pretende entonces la adquisición de una herramienta informática que facilite la implementación de las normas de calidad, garantizando seguimiento y oportunidad, igualmente adquirir un servidor para esta herramienta, ya que los existentes se encuentran con una alta ocupación y viene adelantando estas actividades en aplicativos de ofimática lo que no permite el seguimiento y la integridad del proceso adelantado.

Por otro lado la misión de la Secretaría de Salud es, direccionar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el departamento, mediante la coordinación, asesoría, evaluación, inspección, vigilancia y control en los aspectos de descentralización, aseguramiento, red de servicios, promoción y prevención, asistencia técnica y calidad de los servicios de salud, a los municipios, aseguradores, prestadores de servicios de salud, comunidad y medio ambiente; promoviendo la participación social y la intersectorialidad bajo los principios de honestidad y ética, responsabilidad social, liderazgo, mejoramiento continuo y excelencia del talento humano.

Así las cosas, me permito dar mi viabilidad técnica a este proyecto

Atentamente



Ligelly Hernandez Mayorga
Profesional Especializado Grado 08

Proyectó: Ligelly Hernandez Mayorga - DESPACHO DE LA SECRETARIA DE SALUD_629b98080ff94

Copia: Ana Maria Giraldo Trujillo - Contratista