

RESOLUCION N° 278 DEL 09 DE NOVIEMBRE DEL 2022

**“POR MEDIO DE LA CUAL, SE ADOPTA LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE
REFERENCIACIÓN COMPARATIVA”**

**EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEL SARARE DE
SARAVENA ARAUCA, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y ESTATUTARIAS Y
EN ESPECIAL LAS CONFERIDAS EN EL DECRETO 397 DEL 24 DE ABRIL DE 2020 DE
LA GOBERNACION Y,**

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 49 de la Constitución Nacional, establece la salud como un servicio público a cargo del estado y en desarrollo del mismo el Congreso de la República expidió la Ley 100 de 1993, a través de la cual creó el Sistema de Seguridad Social Integral en el libro segundo establece a partir del artículo 152 y siguientes el Sistema -General de Seguridad Social en Salud.

Que, la Ley 100 de 1993, en su artículo 153 en el numeral 9 indica que el Sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la Calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

Que, mediante Decreto Único reglamentario en salud 780 de 2016 parte 5. título 1. establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que define las normas, requisitos, mecanismos y procesos desarrollados en el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país

Que, la resolución 0123 de 2012, establece los estándares de acreditación dirigidos hacia la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos.

Que, el Hospital del Sarare ha iniciado el proceso de preparación hacia la acreditación y se hace necesario establecer la política de referenciación

Que, el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1 define la Referenciación comparativa como una “Estrategia de gestión del conocimiento que tiene por objeto aportar información útil para la gestión de las instituciones, identificar áreas de mejora, aumentar el grado de conocimiento sobre los resultados y conocer experiencias exitosas que puedan ser adaptadas y adoptadas a la realidad de cada institución, permitiendo acelerar el proceso de mejoramiento”.

Que, el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1 define en el Estándar 76 con código: (DIR1) que en las instituciones debe existir un proceso



Evolucionamos pensando en usted

periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización, el cual debe incluir los ejercicios sistemáticos de referenciación comparativa y competitiva que fortalezcan el mejoramiento.

Que, el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1 define en el Estándar 93 con código: (GER. 5) que la alta gerencia debe promover la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye:

- ✓ Un proceso planificado para el referenciación en el que se priorizan las prácticas que son objeto de la misma.
- ✓ Una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.).
- ✓ Procesos de gestión clínica: adherencia a guías de práctica clínica, diligenciamiento de historia clínica y pertinencia diagnóstica, entre otros.
- ✓ Evaluación de resultados ajustados por riesgo.
- ✓ Eventos adversos.
- ✓ Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.

Que, el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1 define en el Estándar 94. Código: (GER. 6) que la institución debe tener definido un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad, demostrado a través de:

- ✓ Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades.
- ✓ Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación.
- ✓ Apoyo al desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
- ✓ Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento.
- ✓ Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización

Que, el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1 define en el Estándar 156. Código: (MCC1) que la institución debe definir un proceso de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, que incluya los resultados de los procesos de referenciación internos y externos.

En mérito de lo expuesto se,

RESUELVE

ARTICULO 1. OBJETO: En el marco del sistema obligatorio de la garantía de la calidad, en especial el sistema Único de Acreditación en Salud de la E.S.E Hospital del Sarare, establece la referenciación competitiva y comparativa como una estrategia de gestión del conocimiento útil para la identificación de factores claves de éxito en el ámbito interinstitucional, mediante el intercambio de experiencias exitosas a nivel interno o externo, que permitan contribuir y aportar al logro de los altos niveles de desempeño en los procesos y subprocesos institucionales del referidos.

ARTICULO 2. OBJETIVO GENERAL: Promover, gestionar e implementar las prácticas de comparación sistemática a nivel Interno o Externo con otras instituciones prestadoras de servicios de Salud a nivel nacional o internacional que permitan acelerar la mejora continua de los servicios prestados por el Hospital del Sarare ESE.

PARAGRAFO 1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Estrategia de gestión del conocimiento que tiene por objeto aportar información útil para la gestión de las instituciones, identificar áreas de mejora, aumentar el grado de conocimiento sobre los resultados y conocer experiencias exitosas que puedan ser adaptadas y adoptadas a la realidad de cada institución, permitiendo acelerar el proceso de mejoramiento. Forma parte integral del proceso de acreditación, debe contar con un plan específico y puede ser externa e interna.

- Identificar o reconocer los procesos/subprocesos susceptibles de mejora y puedan ser priorizados para participar referenciación sistemática comparativa y competitiva a nivel interno o externo con otras entidades referentes.
- Identificar las practicas internas o de las organizaciones externas que sean potencialmente replicables en la organización.
- Determinar las temáticas que serán objeto del referenciación sistemático; las cuales pueden incluir procesos de gestión clínica, gestión de los riesgos, Eventos adversos, seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología u otros requeridos por la institución según necesidad.
- Establecer los criterios para la selección de la mejor entidad modelo o referente para estudio de sus casos de éxito según temática a tratar.
- Definir la metodología mediante la cual se realizará el ejercicio de referenciación competitiva en los diferentes niveles de operación del Hospital del Sarare E.S.E.
- Adoptar o adaptar las mejores prácticas aprendidas durante el referenciación realizada, mediante la implementación de mesa de trabajo y construcción de plan de mejoramiento, con su respectivo seguimiento y medición periódica.

ARTICULO 3. POLÍTICA INSTITUCIONAL DE REFERENCIACIÓN COMPARATIVA: La Alta Dirección del Hospital del Sarare E.S.E. y sus colaboradores se compromete con promover e implementar la referenciación sistemática comparativa y competitiva a nivel interno y externo, nacional e internacional, teniendo en cuenta que la transferencia de conocimiento es una herramienta de alto valor que contribuye con el desarrollo del Sistema Integrado de Gestión, evaluando los estándares susceptibles de mejora para la adopción o adaptación de las mejores prácticas implementadas por nuestros referentes, generando un aprendizaje organizacional, aceleramiento de la mejora continua de nuestros procesos y con la prestación de servicios de salud con altos estándares de calidad, caracterizados por una atención segura, humanizada y centrada en el usuario, familia y demás partes interesadas, que sea totalmente sostenible en el

tiempo.

ARTICULO 4. ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN. Las estrategias de implementación de la Política de referenciación comparativa y competitiva del Hospital del Sarare E.S.E son:

- Designar un proceso responsable de liderar la Referenciación sistemática comparativa y competitiva Institucional.
- Definir un plan institucional de Referenciación sistemática.
- Designar un Líder para la implementación de la política de referenciación sistemática comparativa y competitiva.
- Diseñar y actualizar la metodología y lineamientos necesarios para implementar el ejercicio de referenciación competitiva en la entidad.
- Coordinar la implementación del ejercicio de referenciación competitiva
- Crear un equipo interdisciplinario seleccionado de acuerdo a la naturaleza de la temática a referenciarse.
- Designación de los recursos necesarios para el desarrollo de la referenciación interna o externa.
- Documentar el método institucional para la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación del referenciación sistemática interna y externa.
- Realizar adopción o adaptación de la práctica observada y estudiada durante la ejecución de la referenciación sistemática.
- Los resultados obtenidos del proceso de referenciación sistemática interna o externa debe ser parte integral del plan de mejoramiento continuo de la calidad.
- Realizar seguimiento a los procesos de referenciación que se realicen por la institución.
- Los Resultados de los seguimientos y evaluación deben estar articulados con la política de Gestión del conocimiento.
- Socializar la experiencia exitosa a los demás subprocesos

ARTICULO 5. ROLES Y RESPONSABILIDADES:

GERENCIA

- Promover la implementación de la política de referenciación competitiva y comparativa del Hospital del Sarare E.S.E.
- Designar los recursos necesarios para la implementación de la política.

GESTIÓN DE LA CALIDAD

- Definir los lineamientos necesarios para el desarrollo de la referenciación sistemática a nivel interno o externo.



- Diseñar y actualizar la metodología para implementar el ejercicio de referenciación competitiva en la entidad.
- Definir los perfiles de los miembros del equipo interdisciplinarios que estén alineados a la temática seleccionada de la referenciación interna o externa.
- Coordinar la implementación del ejercicio de referenciación competitiva.
- Cumplir con el procedimiento de gestión documental de los informes generados durante las referenciaci3nes comparativas y competitivas institucionales.
- Realizar seguimiento al plan de mejoramiento y reportar los avances y dificultades encontradas durante la implementaci3n de las pr3cticas exitosas derivadas de la referenciaci3n al comit3 de Gesti3n y Desempeño.

LIDER DE REFERENCIACION COMPARATIVA Y COMPETITIVA.

- Definir los componentes para desarrollar la visita.
- Realizar las actividades logísticas necesarias para el éxito de la actividad.
- Ser el canal de comunicaci3n entre las instituciones referentes.
- Recepcionar los informes generados de las referenciaci3nes comparativas y generar entrega a calidad.
- Presentar al Comit3 de Gesti3n y desempeño los resultados de la referenciaci3n competitiva realizada.
- Realizar el plan de mejoramiento para la adopci3n de las buenas pr3cticas.
- Realizar seguimiento al plan de mejoramiento y reportar los avances y dificultades encontradas durante la implementaci3n de las pr3cticas exitosas derivadas de la referenciaci3n a calidad.
- Monitorear los Indicadores de gesti3n del Plan de referenciaci3n sistemáticas Institucional y reportar resultados a calidad.

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

- Realizar la planificaci3n t3cnica de acuerdo a los lineamientos de la instituci3n referente.
- Participar activamente en el desarrollo de la visita.
- Cumplir con los reglamentos y protocolos de la instituci3n referente.
- Designar un l3der del equipo interdisciplinario para la compilaci3n de la informaci3n y proporcionada por cada miembro del equipo.
- Realizar informe de experiencia de la referenciaci3n comparativa realizada y remitirlo dentro de los 8 d3as hábiles siguientes a la referenciaci3n comparativa realizada interna o externa.
- Socializar los resultados de la referenciaci3n comparativa ante el comit3 de gesti3n y desempeño y los procesos o subprocesos en los que se tenga alcance seg3n temática abordada.



Evolucionamos pensando en usted

COMITÉ DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO

- Evaluar la pertinencia y viabilidad de acuerdo a la disponibilidad de los recursos disponibles para la ejecución de la referenciación comparativa interna o externa.
- El comité evaluará y seleccionará el equipo interdisciplinario que cumpla el perfil definido por calidad para el desarrollo de la referenciación comparativa y competitiva.
- El comité será responsable de evaluar la pertinencia y viabilidad de las oportunidades de mejora para su implementación.
- Es responsable de realizar seguimiento y evaluación al plan de mejoramiento definido para la implementación de las buenas practicas adoptadas o adaptadas por la institución.

ARTICULO 6. COMUNICACIÓN Y CONSULTA. La divulgación de la Política debe ser difundida e implementada a través de las diferentes dependencias que conforman la estructura organizacional de la administración del Hospital del Sarare E.S.E mediante los diferentes medios de comunicación institucionales de acuerdo a lo establecido en el plan de comunicaciones.

Los documentos deben estar disponibles y publicados en la página institucional e intranet institucional, lo anterior como mecanismo de consulta para los responsables de su planificación, implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación.

ARTICULO 7. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN. El Comité de Gestión y Desempeño será responsable de realizar seguimiento y evaluación a la presente política y determinar oportunidades de mejora para la misma.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dada en Saravena, Arauca, a los 09 días del mes de noviembre de 2022.

CARLOS ALBERTO SANCHEZ ARANGO.
Gerente.

Digitó, proyectó	Gestión de la calidad	
Revisó:	Asesora de control interno	
Aprobó:	Gerencia.	