

REPUBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

ANEXO TÉCNICO N.º 2

HOJA No. 1

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

LINEAMIENTOS PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE OTORGAMIENTO DE LA ACREDITACIÓN EN SALUD

Intencionalidad	2
Bases conceptuales de la Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	2
La confidencialidad en la Acreditación	3
Definición y grandes propósitos	4
Alcance del certificado de la acreditación en salud	4
Voluntariedad	5
Estándares de Acreditación	6
Escala de Calificación	6
La Junta de Acreditación	12
Proceso Técnico para la Decisión de Otorgamiento de la Certificación de Acreditación en Salud.....	13
Reglas para la Toma de Decisiones de Otorgamiento de Acreditación	14

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006(**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

INTENCIONALIDAD

La intencionalidad de la Acreditación en Salud se desarrolla en armonía con lo establecido en el artículo 3º del Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, el cual establece claramente que "Las acciones que desarrolle el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - SOGCS se orientarán a 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 los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados"

Dado lo anterior, la intencionalidad del mejoramiento continuo de la calidad en el Sistema Único de Acreditación en Salud apunta más allá del desarrollo de acciones que cumplan en lo formal con los requerimientos establecidos por los estándares de acreditación. Cuando el ente acreditador otorga a una institución el certificado de "Acreditado en Salud", centra sus acciones en el usuario certificándole que cuando acuda a recibir servicios en la institución acreditada tendrá una altísima probabilidad de recibir una atención en salud de excelencia, por encima del que ofrece el nivel promedio de las instituciones similares en el país y exponiéndose al mínimo de riesgos derivados de la atención en salud.

La obtención del certificado de acreditado en salud también le expresa al usuario que durante el proceso de evaluación, los evaluadores de acreditación no encontraron ninguna evidencia que los llevara a dudar del cumplimiento del piso mínimo establecido por los estándares de habilitación y en consecuencia se estableció que en la institución acreditada los beneficios esperados de la atención en salud superan ampliamente los riesgos potenciales.

BASES CONCEPTUALES DE LA ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.**Garantía de la Calidad**

Un sistema de garantía de calidad implica el conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa la atención en salud y el logro de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para mirar su desempeño y con las que se emprendan para corregir sus deficiencias.

El Sistema de Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud es 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

Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC)

El mejoramiento continuo (MCC) es una filosofía y un sistema gerencial que involucra a los gerentes, a los demás directivos y a los profesionales de la salud en el mejoramiento continuo de los procesos, para alcanzar mejores resultados en la atención de sus clientes/usuarios y sus familias.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006(**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

Este sistema mira a la organización con enfoque sistémico y entiende la atención en salud que esta brinda como un continuo clínico administrativo cuya finalidad es alcanzar resultados de la atención en salud ofrecida al paciente introduce métodos estadísticos y herramientas gerenciales que reducen la utilización inadecuada de los recursos, la duplicidad de procesos y el trabajo innecesario.

Atención Centrada en el Cliente

Cuando se aplica el MCC la meta es identificar, satisfacer y exceder las expectativas y necesidades de los usuarios, de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad.

Para el éxito en la implementación del MCC, la organización debe orientar sus acciones hacia los usuarios. Esta transición de los prestadores de servicios hacia el enfoque de satisfacer las necesidades de sus usuarios, implica un compromiso continuo de la organización para hablar con ellos, entenderlos, traducir esas necesidades en productos y servicios y finalmente verificar si los resultados de la atención cumplieron con sus expectativas y promover acciones de mejoramiento.

Como en cualquier reorientación o readaptación de una institución, adaptarse a este enfoque implica cambios en la filosofía y cultura de la organización, en el tipo de liderazgo, en la planeación y compartir del conocimiento del negocio, en hacer cambios significantes en el trabajo diario, en los roles y apoderamiento de las personas y en las relaciones y coordinación del trabajo entre los profesionales dentro de la organización.

LA CONFIDENCIALIDAD EN LA ACREDITACIÓN

El numeral 1 del Artículo 42º del Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, que trata de los Principios del Sistema Único de Acreditación, define la Confidencialidad como: “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, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta”

El desarrollo del anterior principio implica:

1. La calificación final de las instituciones a las cuales se les otorgue la acreditación podrá hacerse pública, previa autorización de las instituciones acreditadas.
2. La información documental y de otro tipo a que tengan acceso los evaluadores del ente acreditador durante el proceso de evaluación es estrictamente confidencial y no podrá hacerse pública.
3. El ente acreditador mantendrá la reserva en la información relacionada con instituciones que hayan aplicado y se encuentren en proceso de evaluación.
4. Podrá hacerse pública la información referente al número de instituciones que han aplicado y número de instituciones que han

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006(**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

alcanzado las diferentes categorías de la acreditación establecidas en la Tabla denominada “Reglas para la Toma de Decisiones de Otorgamiento de Acreditación”, pero la referencia a los nombres de las instituciones será estrictamente confidencial.

5. Para efectos de análisis y planificación de políticas de salud, el ente acreditador presentará al Ministerio de la Protección Social informes acerca del cumplimiento de los estándares individuales de acreditación, pero siempre manteniendo la confidencialidad garantizada por la normatividad a las instituciones que apliquen a la acreditación.

DEFINICIÓN Y GRANDES PROPÓSITOS**DEFINICIÓN**

Por acreditación en Colombia debe entenderse:

“Proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del usuario en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizadas para dicha función”.

PROPÓSITOS DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN**Misión**

“Desarrollar e implementar la gestión de calidad de las organizaciones de salud mediante un proceso voluntario de autoevaluación y evaluación externa, con unos estándares óptimos factibles, para mejorar la salud de los colombianos”.

Visión

“Ser el mecanismo fundamental y de mayor credibilidad para direccionar el mejoramiento de las instituciones de salud en Colombia”.

ALCANCE DEL CERTIFICADO DE LA ACREDITACIÓN EN SALUD

El certificado de Acreditación en salud será entregado por el ente acreditador acompañado de un documento complementario que determine el alcance de la distinción otorgada, el cual deberá tomar en consideración:

- La extensión de las sedes de una misma institución que serán incluidas en la evaluación de la acreditación, la cual estará determinada por el modelo de atención de la institución, tomando particular cuidado en que reflejen la integralidad de los procesos de atención al usuario.
- A una misma institución pueden aplicar estándares de acreditación asistenciales de diferentes manuales, dependiendo de los servicios que la institución brinde. El ente acreditador informará a la institución, previamente a la visita de evaluación, cuales estándares le serán evaluados.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

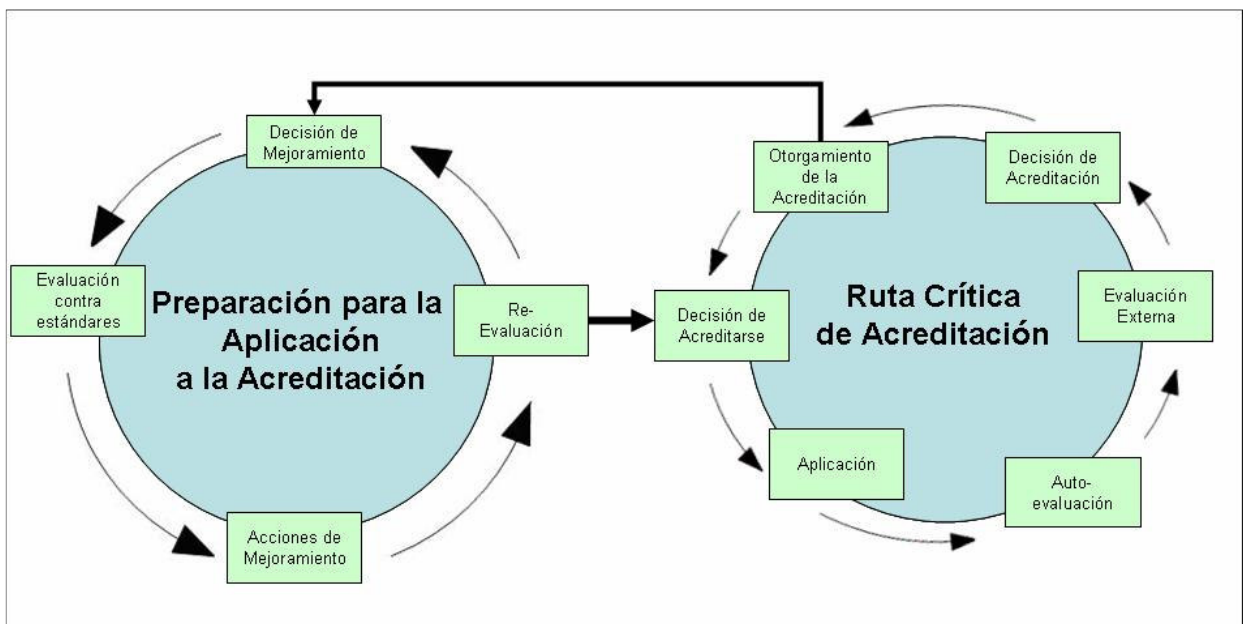
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

VOLUNTARIEDAD

La acreditación es una estrategia de mejoramiento y no debe confundirse con la consecución del certificado de acreditación, el cual solo es la forma a través de la cual se operacionaliza el incentivo de prestigio. En consecuencia, los estándares de acreditación son aplicables a cualquier institución independientemente de su estado de desarrollo. Por esa razón, hablamos de dos ciclos operacionales durante la ejecución de las acciones que la institución despliega en desarrollo de la estrategia de mejoramiento de la acreditación:

1. **Ciclo de preparación para la Acreditación (o ciclo de mejoramiento):** Para iniciarlo solamente se requiere que la institución, luego de haber presentado su declaración de habilitación, haya tomado la decisión firme y sincera de mejorar. Implica analizar y estudiar cada uno de los estándares y comparar contra ellos el desempeño organizacional, evaluándolo tanto en su enfoque como en su implementación y resultados. Este ejercicio le ofrece a la organización un claro diagnóstico de los aspectos críticos hacia los cuales debe priorizar sus acciones de mejoramiento, las cuales deben ser desplegadas en la organización.



2. **Ruta Crítica (o ciclo de aplicación):** Inicia cuando la institución toma la decisión de aplicar al proceso formal de acreditación y su autoevaluación le indica que ha alcanzado un nivel de cumplimiento de los estándares que le permiten estimar una probabilidad razonable de "pasar" la evaluación por parte del ente acreditador, y cumple con los prerequisites para aplicar formalmente.

Si el ciclo de preparación para la aplicación a la acreditación se ha desarrollado correctamente es de esperarse que la ruta crítica termine en el otorgamiento de la acreditación. No obstante existe la posibilidad de que la institución no "pase" la evaluación por parte del ente acreditador, en cuyo caso se le abren dos opciones:

- o Iniciar de inmediato nuevas acciones de mejoramiento que le permitan corregir las deficiencias existentes y de nuevo volver a aplicar, o

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006(**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

- Apelar la decisión de acreditación, si en su concepto considera que tiene argumentos suficientes para demostrar ante el ente acreditador el cumplimiento, sin perjuicio de que esta no prospere y deba recurrir a la opción anterior

Igualmente, cuando durante el desarrollo de la visita de evaluación, los evaluadores del ente acreditador encuentran evidencia que les genere dudas razonables acerca del incumplimiento del piso mínimo para la aplicación a la acreditación en salud (estándares de habilitación), suspenderán de inmediato la visita de acreditación.

La “Ruta Crítica” (o ciclo de aplicación ante el ente acreditador) es voluntaria para la totalidad de instituciones cobijadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. El ciclo de preparación para la Acreditación (o ciclo de mejoramiento) es obligatorio para las instituciones del Estado, cuando el Ministerio de la Protección Social en desarrollo de la compatibilización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad de que trata el numeral 1º del artículo 5º del Decreto 1011 de 2006, diere instrucciones al respecto.

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN**TIPO, AMPLITUD Y CONTENIDO**

Tipo: Orientados a evaluar la capacidad que la institución posee de brindar al usuario procesos de atención en salud que se traduzcan en resultados de calidad. Desde la perspectiva de la acreditación, el cumplimiento de los requisitos estructurales o la estandarización y documentación de procesos son considerados como prerrequisitos necesarios, para que las acciones de mejoramiento en salud alcancen sus objetivos.

Amplitud: Los estándares evaluarán la organización integralmente.

Contenido: Está dirigido al proceso de atención de los usuarios, centro y razón de ser de una organización de servicios de salud.

ESCALA DE CALIFICACIÓN**DIMENSIONES A EVALUAR**

Enfoque: Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.

Implementación: Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución.

Resultados: Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

VARIABLES DE CADA DIMENSIÓN**Enfoque**

- **Sistematicidad:** Grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.
- **Amplitud:** Grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del estándar
- **Proactividad:** Grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.

Implementación

- **Despliegue en la institución:** Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización.
- **Despliegue hacia el usuario.** Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar.

RESULTADOS

- **Pertinencia:** Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área temática correspondiente al estándar evaluado y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
- **Consistencia:** Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.
- **Avance de la medición:** Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un período de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área temática correspondiente al estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos.
- **Tendencia:** Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.
- **Comparación:** Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
Sistematicidad y amplitud	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en áreas claves.	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
Proactividad	Los enfoques son principalmente reactivos.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas.	Enfoque principalmente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es principalmente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
Ciclo de evaluación y mejoramiento	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
IMPLEMENTACIÓN					
Despliegue en la institución	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte.	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
Despliegue al cliente interno y/o externo	El enfoque no se despliega hacia los clientes.	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
RESULTADOS					
Pertinencia	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
Consistencia	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
Avance de la medición	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición.	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de éxito solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
Tendencia	El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que aunque no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias, el proceso es sistemático y se empiezan a tomar decisiones operativas con base en la información.	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar. Proceso sistemático y estructurado.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
Comparación	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas practicas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistemáticas	Existe una política de comparación con las mejores prácticas y se encuentra en etapa temprana de comparación de algunos procesos, productos críticos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006(**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

LA JUNTA DE ACREDITACIÓN

La Junta de Acreditación es la máxima instancia en el proceso de otorgamiento de la "Acreditación en Salud" y los análisis que se realicen en ella, dadas las altas cualidades de sus integrantes, son garantía de que el certificado otorgado está alineado con la intencionalidad de la acreditación.

Su composición está determinada por los siguientes perfiles:

Perfil de los miembros individuales:

- a) Tener como mínimo título profesional en áreas de la salud, de la administración, economía o ingeniería y postgrado en áreas de la administración en salud, salud pública, epidemiología, auditoría en salud, gerencia hospitalaria o calidad en salud, tanto para los profesionales de la salud como para las demás áreas.
- b) Tener por lo menos 3 años de experiencia laboral en cargos de dirección en instituciones públicas o privadas de salud.
- c) Ser reconocido por sus condiciones morales y éticas, certificadas mediante referencias institucionales y personales.
- d) Ser reconocido por su conocimiento en temas de gestión, evaluación y mejoramiento de la calidad

Perfil de la Junta en su conjunto: Debe incluir entre sus integrantes por lo menos un miembro que cumpla uno de los siguientes perfiles:

- a) Profesional que en la actualidad o en el pasado haya ocupado un cargo directivo en una Entidad Administradora de Planes de Beneficios por lo menos durante 3 años.
- b) Profesional en el área de salud experto en temas de evaluación y mejoramiento de la calidad en salud, reconocido en el sector por su liderazgo en el área y con experiencia específica en calidad mínima de cinco años.
- c) Profesional que sea o haya sido gerente de IPS o ESE por un período de mínimo de 3 años.

Es recomendable la inclusión de los siguientes perfiles, lo cuales no serán obligatorios:

- d) Profesional en el área clínica, miembro de una sociedad científica. Debe tener una trayectoria mayor a 5 años de ejercicio profesional y haber sido jefe de Departamento clínico o médico de una institución de salud, que posea algún reconocimiento por su trabajo científico.
- e) Profesional que sea decano o haya sido decano de facultades del área de la salud en universidades de prestigio a nivel Nacional por lo menos durante 3 años.

La Junta de Acreditación deberá renovarse cada dos años en el 50% de sus miembros, los cuales podrán ser reelegidos.

Todas las decisiones que la Junta tome, tanto las que coincidan con las puntuaciones de la tabla de decisiones de otorgamiento de la acreditación, como las que asuma en ejercicio de la discrecionalidad que le permiten las reglas de decisión, deben estar debidamente sustentadas, consignadas en las actas de las reuniones realizadas y son susceptibles de ser llevadas al Comité o Junta de Apelaciones.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006(**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO TÉCNICO PARA LA DECISIÓN DE OTORGAMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN DE ACREDITACIÓN EN SALUD

El proceso técnico para la decisión de otorgamiento de la certificación de acreditación en salud inicia cuando el ente acreditador presenta a la Junta de Acreditación los resultados de la evaluación, acatando la siguiente secuencia:

- Entrega del informe de evaluación y soportes pertinentes
- Análisis del informe en la Junta de Acreditación y solicitud de aclaraciones e información adicional y/o complementaria que la Junta considere necesaria.
- Aplicación de las Reglas para la Toma de Decisiones de Otorgamiento de Acreditación.
- Decisión de acreditación

El análisis que la Junta realice debe contemplar:

- La medida en la cual la evidencia presentada por los evaluadores, alrededor del cumplimiento de los estándares de acreditación, coincide con la calificación asignada al estándar y/o al grupo de estándares. La Junta tiene la discrecionalidad de pedir las aclaraciones que considere necesarias, e incluso, la competencia para ordenar una nueva evaluación en caso de considerar inadecuada la evidencia presentada.
- La medida en la cual la categoría de acreditación asignada refleja el nivel de desempeño de la institución y la calidad de sus procesos y resultados. La Junta tiene la discrecionalidad de conceptuar acerca de situaciones particulares que pueden generar riesgos para la calidad de la atención, modificando en consecuencia la decisión de acreditación, dentro de los parámetros permitidos por la Tabla de Reglas para la Toma de Decisiones de Otorgamiento de Acreditación.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

REGLAS PARA LA TOMA DE DECISIONES DE OTORGAMIENTO DE ACREDITACIÓN

CATEGORÍA DE ACREDITACIÓN	Reglas de Decisión		
<p>Acreditado con Excelencia (400 puntos en adelante)</p>	<p>Regla 1: Ninguna calificación en cualquiera de los grupos de estándares puede ser menor que tres.</p>	<p>Regla 2: La totalidad de estándares individuales de mejoramiento debe tener calificación mínima de cuatro.</p>	<p>Regla 3: La institución aporta evidencia de los resultados de calidad alcanzados en el control de los riesgos y en el comportamiento de sus indicadores de calidad en niveles de excelencia.</p>
<p>Acreditado (Entre 280 y 399 puntos)</p>	<p>Regla 1: Ninguna calificación en cualquiera de los grupos de estándares puede ser menor que dos.</p> <p>Regla 2: Los estándares individuales de mejoramiento no deben tener calificación menor que dos en ninguno de los grupos.</p>		<p>Regla 3 En ningún grupo de estándares debe existir un número mayor de tres o más estándares individuales por debajo de dos.</p> <p>Regla 4: Sumados los estándares individuales con calificación menor de dos, no podrán ser más de 5. De darse las condiciones de las reglas 3 o 4 la acreditación podrá ser condicionada independientemente del puntaje obtenido.</p> <p>NOTA: Cuando esto ocurriese la Junta analizará si ésta situación genera un riesgo para la calidad de la atención que brinda la institución y tendrá la discrecionalidad, de acuerdo con sus conclusiones de asignar una decisión de acreditación diferente.</p>
<p>Acreditación Condicionada (Entre 200 y 279 puntos)</p>	<p>Regla 1: Más de 279 puntos pero no cumplir con la totalidad de las exigencias de los categorías superiores</p> <p>NOTA: La acreditación condicionada no le permite a la institución disfrutar de ninguno de los incentivos para las instituciones acreditadas y solamente implica que la institución dispondrá de un período adicional de seis meses para mejorar su desempeño y alcanzar la categoría de acreditado. Si esto no ocurriese se le asignará la categoría de "No Acreditado"</p>		
<p>NO ACREDITADO</p>			