

Ciclo de preparación para la acreditación en salud para una institución prestadora de servicios de salud en el proceso de atención al cliente asistencial.

Autores.

**Karim Tatiana Charry Avila
Eimy Solangy Pardo Achury
Javier Alejandro Castro Varela**

**Asesora Temática: Ana Elizabeth Pérez
Asesora Metodológica: Laura Andrea Niño**

**Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
Especialización de Gerencia en Calidad de Salud
Bogotá
2020**

AGRADECIMIENTOS

*Primeramente, agradecemos a Dios por darnos la fortaleza, la fé y el beneficio de convertirnos en profesionales cada vez más audaces, por su bondad y su amor hacia nosotros. Damos gracias a la Universidad Colegio mayor de Cundinamarca por formarnos como especialistas en gerencia de la calidad en salud y educarnos con las herramientas necesarias para nuestro desarrollo profesional, a nuestras asesoras de investigación las docentes Ana Elizabeth Barón y Laura Andrea Niño quienes fueron pacientes, instructivas y excelentes seres humanos, dedicando su conocimiento a la construcción de este trabajo e infinidad de gracias a nuestras familias, por acompañarnos en nuestro camino profesional y por ser el pilar de nuestros logros, son los seres por quienes luchamos día a día. Gracias a todos los que hicieron posible este proyecto de investigación
Esto no hubiese sido posible sin todos ustedes, ¡Mil gracias!*

Resumen

Las instituciones prestadoras de servicios de salud posterior a cumplir los estándares mínimos del Sistema Único de Habilitación, con la intención de seguir un proceso de mejora continua, de manera voluntaria deben proceder con la acreditación a través de la evaluación frente estándares definidos, en este caso por el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en su versión 3.1. Para someterse a esta evaluación es de importancia realizar ciclos de autoevaluación, cuyo propósito es realizar un diagnóstico, priorización de recursos y planes de mejoramiento; que permitan en la organización, alinear el cumplimiento de estándares superiores de calidad. **Objetivo:** Realizar ciclo de preparación para la acreditación en Salud de una institución prestadora de servicios de salud universitaria en el Proceso de Atención al Cliente Asistencial. **Método:** Mediante una investigación cualitativa con alcance descriptivo no experimental se aplicaron 3 instrumentos de evaluación (validados por el Ministerio de Salud) a una institución prestadora de servicios para resolver los objetivos del estudio y realizar el primer ciclo de autoevaluación. **Resultado:** Se evidencia que la organización frente a la implementación de estándares superiores de calidad tiene que desarrollar e implementar varias oportunidades de mejora definidas como críticas de manera tal que permitan alinear los procesos asistenciales de forma sistemática y en pro del mejoramiento continuo centrado en el usuario y su familia. Según los resultados de este proceso, se obtuvieron en el primer ciclo de mejoramiento 23 oportunidades consideradas críticas de 49 aplicables al PACAS, es decir que la institución debe centrarse en desarrollar las acciones propuestas en el plan de mejoramiento contiendo de calidad (PMCC) en pro del fortalecimiento de los estándares correspondientes. **Conclusiones:** La maduración de los ciclos de acreditación se consigue a través de la gestión idónea de los planes de mejoramiento que se plantean, por esto se formularon acciones frente al ciclo PHVA que permitan un cumplimiento total de los estándares y criterios que se exigen para acreditación, encontrándose fundamental validar la verificación del avance que se realiza en el tiempo establecido permitiendo un consolidado para aproximarse a la calidad esperada.

Palabras Claves: Acreditación, habilitación, autoevaluación, estándar, ciclo PHVA, mejora continua, manual de acreditación, calidad, calidad esperada.

Abstract

After meeting the minimum standards of the Single Enabling System, with the intention of following a process of continuous improvement, the institutions must voluntarily proceed with the accreditation through the evaluation before defined standards, in this case by the Outpatient and Hospital Health Accreditation Manual version 3.1. To undergo this evaluation, it is important to conduct self-evaluation cycles, the purpose of which is to carry out a diagnosis, prioritization of resources and improvement plans; that allow to align the compliance of higher quality standards within the organization. **Objective:** To perform the preparation cycle for the accreditation in Health of an institution that provides universal health services in the Process of Customer Care. **Method:** Through qualitative research with a non-experimental descriptive scope, 3 evaluation instruments (validated by the Ministry of Health) were applied to a service provider institution to solve the objectives of the study and execute the first cycle of self-evaluation. **Result:** It is evident than the organization has to improve and develop opportunities defined as critical, in standards of high quality that allow to align the healthcare processes focused on the user and it's family. According to the results of this process, 23 opportunities considered critical of 49 applicable to PACAS were obtained in the first improvement cycle, that is, the institution should focus on developing the actions proposed in the continuous quality improvement plan in favor of strengthening the corresponding standards. **Conclusions:** The maturation of the accreditation cycles is achieved through the suitable management of the improvement plans that are proposed, for this reason, actions were formulated against the PDCA cycle that allow full compliance with the standards and criteria required for accreditation, finding it essential to validate the verification of the progress that is made in the established time allowing a consolidation to approach the expected quality.

Key Words: Accreditation, qualification, self-evaluation, standard, PDCA cycle, continuous improvement, accreditation manual, quality, expected quality.

Tabla de contenido

Introducción	1
Planteamiento del problema	2
Objetivos	3
Objetivo General	3
Objetivos Específicos	3
Justificación	4
Marco teórico	6
1. Antecedentes	6
2. Definición	6
3. Proceso de acreditación	8
3. 1. Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia.	9
3. 2. Ciclo de autoevaluación	11
3.3. Paciente trazador	12
4. Marco Legal	14
Aspectos Metodológicos	16
Enfoque metodológico, enfoque y alcance.	16
Población y muestra.	16
Procedimiento	16
Desarrollo de la propuesta	18
Conclusiones y recomendaciones	26
Referencias Bibliográficas	27
Anexos	31

Tabla de figuras

Figura 1: Ejes trazadores del sistema único de acreditación.	8
Figura 2: Estándares asistenciales.....	10
Figura 3: Ciclo de acreditación en salud.	11
Figura 4: Regla para la toma de decisiones de otorgamiento de acreditación.....	12
Figura 5: Metodología paciente trazador.....	13
Figura 6: Matriz de autoevaluación.	18
Figura 7: Hoja radar.....	20
Figura 8: Matriz de priorización..	23
Figura 9: Formato plan de mejoramiento.	24

Lista de tablas

Tabla 1. Primera parte: Normatividad para el Sistema Único de Acreditación.	14
Tabla 1. Segunda parte: Normatividad para el Sistema Único de Acreditación.....	15
Tabla 2: Estándares del grupo del proceso de atención al cliente asistencial aplicables para esta institución prestadora de servicios de salud.....	19
Tabla 3: Calificación según los criterios de priorización.	22

Introducción

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo realizar el primer ciclo de preparación para la acreditación en Salud de una institución prestadora de servicios de salud con intencionalidad de convertirse en un hospital universitario, por ende, esta organización requiere iniciar el proceso de acreditación en salud.

Siendo así, por parte de los autores se observó la necesidad de desarrollar este proyecto con el ánimo de aportar el primer ciclo de autoevaluación para el grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial del manual de estándares de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1, el cuál es el lineamiento para evaluar el nivel de calidad en la atención brindada por las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Para dar continuidad con el propósito de esta investigación se definen los conceptos relevantes en cuanto a la temática del sistema único de acreditación en salud para dar el alcance a los objetivos. Es posible realizar la actividad planteada por medio de la conformación de un equipo auto evaluador compuesto por los autores de este trabajo y con la aplicación de los instrumentos definidos por el ministerio de salud y protección social, los cuales son matrices trabajadas en Excel, que arrojan los resultados esperados para conocer las fortalezas y puntos a mejorar del proceso asistencial. En este ejercicio cabe resaltar que se realiza la evaluación de 49 estándares según su portafolio de servicios, generando oportunidades de mejora y un valor cuantitativo del ciclo para percibir que nivel de desempeño tiene la institución frente a este grupo de estándares. Siendo este el punto de partida para el próximo ciclo de auto evaluación y así consecutivamente lograr la maduración de los procesos de la institución, quedando preparados para presentarse ante el ministerio de salud y ser sometidos a la evaluación externa por el ente acreditador.

Como resultado final de esta investigación se establecen 20 planes de mejoramiento a partir de las oportunidades de mejora que se definieron en el progreso de la investigación, brindando herramientas para fortalecer las desviaciones encontradas en el ciclo realizado.

Planteamiento del problema

La institución prestadora de servicios de salud de carácter universitaria en la que se implementa este estudio inicia su trayectoria en diciembre de 2018, siendo así una organización nueva en el mercado, teniendo como propósito ser un hospital universitario y brindar sus espacios a la oferta académica, sin embargo, para ser la institución que se sueña se debe contar con el proceso de acreditación en salud dispuesto en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) de Colombia. Debido a esto y como se enunció anteriormente esta organización debe cumplir con los estándares de acreditación según la Ley N°1164 de 2007 que define en el artículo 13 parágrafo 2°, “qué es un hospital universitario, y deja explícito dentro de los requisitos para pertenecer a esta categoría de instituciones, el requisito de la acreditación en salud” (Congreso de Colombia, 2007).

Actualmente la institución no ha iniciado la implementación del Sistema Único de acreditación en Salud por su reciente apertura e inicio de la prestación de sus servicios, pero no se encuentra lejos de esta premisa ya que su modelo de atención es centrado en el paciente y su familia, de manera que desea contribuir al mejoramiento de la calidad en salud demostrando que sus pilares estratégicos se equiparan a los ejes trazadores del Sistema Único de Acreditación. Otra situación que llama la atención es que en Colombia actualmente menos de 50 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) se encuentran acreditadas por el ente acreditador correspondiente (Icontec, s.f.), este dato refleja que son pocas las IPS a nivel nacional que han implementado el sistema único de acreditación en Colombia; respecto al tema se puede deducir que la baja acogida de la acreditación para estas instituciones es debido a los altos estándares que se deben cumplir, la falta de conocimientos y guías para la dirección estratégica y para el equipo operativo de la organización y la poca consciencia que se tiene sobre el alto valor de competitividad que puede generar este proceso a la compañía, siendo así se teme que esta institución no cumpla con los estándares exigidos para obtener un proceso de acreditación exitoso.

Pregunta Problema

¿Cómo se llevará a cabo el ciclo de preparación para la acreditación en Salud para una institución prestadora de servicios de salud en el proceso de atención al cliente asistencial?

Objetivos

Objetivo General

Realizar ciclo de preparación para la acreditación en Salud de una institución prestadora de servicios de salud universitaria en el Proceso de Atención al Cliente Asistencial.

Objetivos Específicos

- Realizar la autoevaluación cualitativa y cuantitativa con base en los estándares definidos en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario.
- Priorizar las oportunidades de mejora, producto de la evaluación del grupo y subgrupos de estándares.
- Elaborar el plan de mejoramiento acorde a la priorización de oportunidades de mejora tomando en cuenta la metodología definida por el Ministerio de Salud.

Justificación

Durante la evolución de la medicina y de los hospitales a nivel mundial, se evidencia la necesidad del cumplimiento de estándares que creen un modelo de referencia, que garanticen la calidad, las prácticas seguras y la eficiencia de estos centros; siendo estos los fundamentos de los procesos de acreditación en el mundo y que son propagados a través de instituciones como la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations ó International Society for Quality in Health Care (Escudero, 2016); en la actualidad muchos países han adoptado esta cultura de calidad elaborando y llevando a cabo sistemas de control y acreditación en salud, que incitan la adopción de buenas prácticas, crean un ambiente de competitividad y de mejora continua en los centros de salud y brindan una información de éstas a los usuarios; permitiendo el derecho a decidir si continuar o cambiar a otro entidad y de generar satisfacción en las necesidad del cliente. Evidenciándose que la calidad en salud puede ser objetiva, medible y proporciona un beneficio en común para el usuario, la entidad y los profesionales involucrados.

En Colombia a partir de la Ley 1751 de 2015 se consagra la salud como un derecho fundamental antes y posterior a esta ley, se han evidenciado cambios por parte del Ministerio de Salud y protección social que buscan alcanzar altos estándares de calidad reconociendo a las instituciones de salud, como generadoras de servicios de salud seguros; entre ellos el Decreto 780 de 2016, por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud con las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y con los siguientes componentes: El sistema único de habilitación, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, el sistema único de acreditación y el sistema de información para la calidad (Congreso de Colombia, 2006).

Esta institución luego de haber cumplido con los estándares del Sistema Único de Habilidadación bajo la Resolución 2003 del 2014 en noviembre de 2018, continúa con la consecución del logro de su visión y misión a través del cumplimiento de su plan estratégico, el cual tiene vigencia por 5 años y apunta al cumplimiento de sus pilares estratégicos “resultados clínicos, seguridad del paciente, experiencia, eficiencia, educación e investigación y continuidad del cuidado” (Sánchez, 2018); premisas encaminadas a la formación de un Hospital Universitario y por consiguiente a la acreditación de esta institución

de salud, razones que justifican realizar el ciclo de acreditación bajo los estándares definidos por la resolución 5095 del 2018, en relación al Proceso de Atención al Cliente Asistencial (PACAS) contenidos en 11 Subgrupos y 75 estándares, brindando así una herramienta de asesoramiento con un alcance actualizado de la norma, para iniciar la etapa de preparación para la acreditación de la entidad y que sea accesible para todos los participantes de la organización; contribuyendo con el proceso de mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud garantizando mayor seguridad a los usuarios y reduciendo los riesgos inherentes a la práctica clínica, aportando al crecimiento y fortalecimiento de esta institución.

Finalmente el desarrollo de este proyecto generará beneficios a los autores del mismo fortaleciendo el perfil y la conciencia profesional, aplicando conocimientos que permitan desarrollar acciones de planeación, gestión y evaluación de procesos orientados a la calidad y sostenibilidad, a la promoción de procesos de gestión integral basados en criterios de calidad, legalidad y pertinencia como respuesta a las necesidades del sector salud dentro de su marco legal; adquiriendo las capacidades y competencias para asesorar instituciones de salud que tomen la decisión de prepararse para la acreditación y al diseño y organización de procesos de mejoramiento continuo de la calidad.

Marco teórico

A través de la revisión bibliográfica se realiza una profundización desde el punto de vista teórico sobre la acreditación en salud, antecedentes, definición, bases conceptuales, marco legal y diferentes contextos en los cuales se desarrolla, así mismo se hará énfasis en que son las instituciones prestadoras de servicios de salud, lugar donde se aplicará este estudio.

1. Antecedentes

La acreditación en salud comenzó a pronunciarse en la normatividad colombiana en el año de 1996 con el Decreto 2174, el cual lo define pero no sistematiza, ni reglamenta el proceso solo lo sujeta a la norma que posteriormente expedirá el ministerio de salud, en la década pasada se logró la decisión política de comprometer al país en el diseño de los instrumentos que hicieran viable el sistema de garantía de la calidad en salud mediante el contrato con el consorcio formado por el centro de gestión hospitalaria, Canadian council, on health services accreditation y quiallmed de México. (Rodríguez, pág 11).

En el año 2002 se define como Sistema Único de Acreditación y el mismo año el Ministerio define el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud con principios, estándares, vigilancia y control (Arenas, 2010, pág. 11).

El 19 de noviembre de 2003, se da un importante paso al seleccionar por medio de la resolución 3557 al instituto colombiano de normas técnicas y certificación (ICONTEC) como entidad acreditadora, es decir autorizada por la superintendencia de salud para evaluar a los prestadores institucionales. Entonces, se da por hecho que acreditar es dar testimonio de la calidad de los servicios que se prestan en una institución de salud en el territorio colombiano.

2. Definición

La acreditación en salud se define como una estrategia sistemática, periódica y voluntaria que utiliza métodos basados en las normas de calidad existentes, por parte de las siguientes entidades: instituciones prestadoras de servicios de salud, a las Entidades Promotoras de Salud, a las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional. (Escudero, 2016, pág. 20).

Estas tienen como objetivo evaluar los servicios de salud para determinar los diferentes estándares encaminados a la mejora continua, al direccionamiento hacia la excelencia y a garantizar la seguridad del paciente dentro de lo posible minimizando riesgos durante la atención prestada por las instituciones que quieren llevar a cabalidad este proceso.

Este busca el desarrollo correcto de cada paso que compone el ciclo de acreditación, no sólo en cuanto a la preparación, sino también al mantenimiento de los diferentes criterios que condujeron a lograr dicha acreditación, ya que se caracteriza por ser un desarrollo de mejora permanente e integral de larga trayectoria para la organización de salud que cumpla con las condiciones principales como lo son: la planeación, administración, organización, gestión y clima organizacional, aparte de la atención que se brinda a los pacientes para satisfacer las necesidades, pero sin cambiar la visión, ni la misión de cada institución.

Según el decreto 0903 de 2014 emitido por el Ministerio de salud, en el cuarto artículo refiere que el sistema único de acreditación siendo un componente del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención, a los prestadores de servicios de salud que estén dispuestos a demostrar los altos niveles de calidad por encima de las condiciones mínimas que se encuentran establecidas tienen como base los siguientes tres principios:

- a. Gradualidad. El nivel de exigencia del cumplimiento en cuanto a los estándares de los manuales del Sistema Único de Acreditación en salud ya aprobados, será creciente con el tiempo con el propósito de propender al mejoramiento continuo de la calidad de la atención de salud.
- b. Manejo de información. La información generada en este proceso de acreditación será sujeta a las condiciones establecidas entre la entidad acreditadora y las entidades que requieran adelantar el proceso de acreditación.
- c. Integralidad. La acreditación será obtenida cuando en todos los procesos de la entidad interesada se apliquen los estándares de acreditación correspondientes según el ámbito institucional dado.

Los procesos del Sistema Único de Acreditación en Salud se fundamentan en los ejes trazadores que se observan en la figura 1.

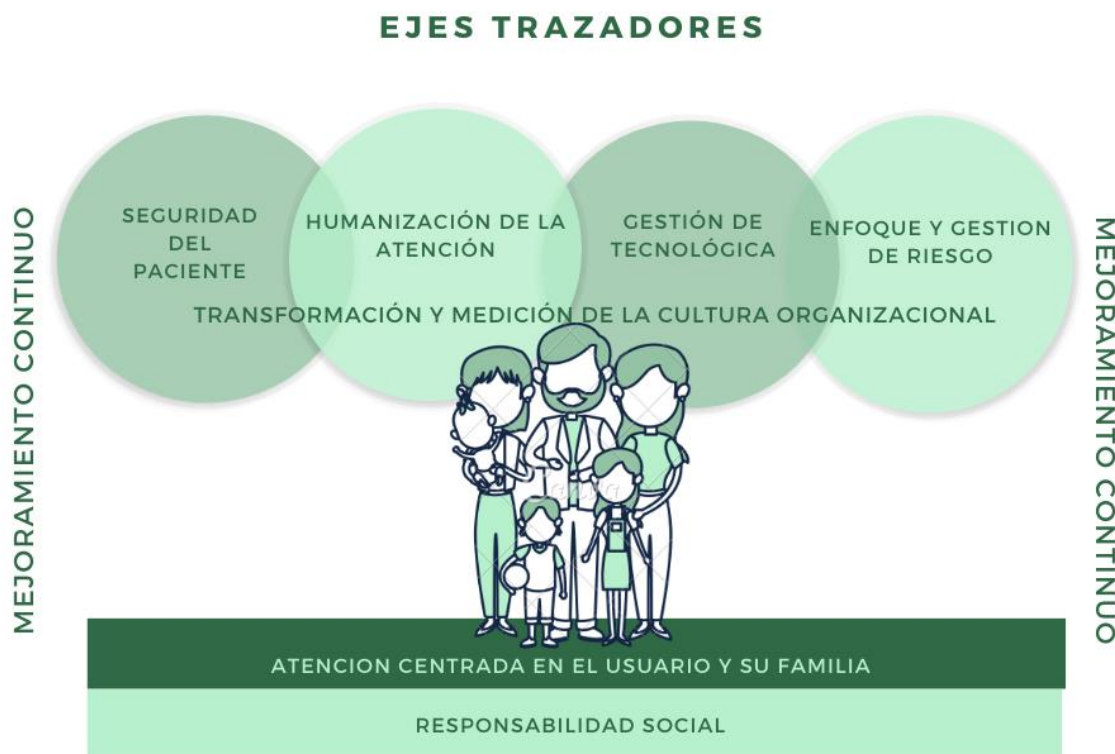


Figura 1: Ejes trazadores del sistema único de acreditación.

Fuente: Elaboración propia modificado de Rodríguez, C. (s.f.) Acreditación en salud 10 años de avance. Bogotá. Icontec.

3. Proceso de acreditación

Para iniciar este proceso debe haberse cumplido con los estándares mínimos del sistema único de habilitación para obtener bases y continuar con el procedimiento del mejoramiento continuo, además de requerir un alto compromiso por parte de toda la institución y el trabajo en equipo e interdisciplinario para lograr el objetivo de acreditarse siendo importante la comprensión de los procesos, el acceso a guías específicas que muestren los pasos a seguir, también las recomendaciones y documentos que puedan ser un soporte de conocimiento, sin dejar de lado la cultura organizacional y así generar buenas prácticas e iniciar la primera fase que es la autoevaluación con el fin de observar y comparar de forma racional los estándares que deben alcanzarse y así generar planes de mejoramiento, identificando las fortalezas y oportunidades de mejora.

La acreditación en salud comprende varios manuales de estándares adoptados por la resolución 1445 de 2006, estos contienen los estándares específicos para cada institución según su proceso misional, los cuales son de uso libre y se encuentran a disponibilidad por parte de las entidades que estén inscritas en el Registro Especial de Acreditadores en Salud y las entidades como instituciones prestadoras de servicios de salud, Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional, que voluntariamente decidan acogerse al proceso de acreditación los podrán utilizar en el marco del proceso de acreditación, estos manuales son:

- Manual de Estándares de Acreditación para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB.
- Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de Imagenología.
- Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de salud de Habilidadación y Rehabilitación.
- Manual de Estándares de Acreditación para los Laboratorios Clínicos.
- Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario.

Es de interés de este proyecto comprender cuáles son los estándares del Manual de acreditación en salud Ambulatorio y Hospitalario ya que es el instrumento por el cual esta institución debe adoptar para la acreditación.

3. 1. Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia.

El manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario versión 3.1, el cual se aplica a instituciones prestadoras de servicios de salud que ofrecen servicios ambulatorios, hospitalarios o los dos, contiene 160 estándares que están formados de la siguiente manera:

Contiene tres secciones, en la primera sección aparece el grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial, en la segunda sección se encuentran los grupos de estándares de apoyo administrativo gerencial a dichos procesos asistenciales y por último en la tercera sección se obtienen los estándares de mejoramiento de la calidad.

Cada grupo de estándares va precedido por un prólogo que tiene la finalidad de presentar explícitamente la intencionalidad con la cual ha sido diseñado cada grupo, teniendo como propósito brindar una orientación a la institución en el proceso de autoevaluación y así definir de manera explícita el campo de evaluación por parte del evaluador encargado de acreditación durante el ciclo de aplicación. (Minsalud, pág. 17).

En este caso es de importancia resaltar la primera parte que está diseñada de acuerdo con el proceso de atención genérico de un paciente en una institución hospitalaria o ambulatoria y se encuentra compuesta por 11 subgrupos con 75 estándares, como se observa en la figura 2.



Figura 2: Estándares asistenciales.

Fuente: Elaboración propia modificado de Minsalud (2018). *Manual en salud ambulatorio y hospitalario versión 3.1.* Bogotá.

Estos estándares son cumplidos durante la atención que se presta de forma directa por parte del personal asistencial al usuario y su familia, lo cual involucra acciones que son de carácter permanente y consistente en el tiempo, las cuales se centran en la humanización de los servicios. (Martín, 2018, pág. 17)

3. 2. Ciclo de autoevaluación

La autoevaluación para los ciclos de acreditación en una organización, es un instrumento facilitador que permitirá analizar los procesos relevantes por medio de sugerencias y críticas que son depositadas por parte de los pacientes para crear un diagnóstico, identificar qué debe mejorar e iniciar con un plan que posibilite alinear la organización al cumplimiento de estándares superiores de calidad, priorizando los recursos en los que se debe trabajar, lo cual es conocido también como evaluación interna y debe realizarse las veces que sean necesarias para llegar al cumplimiento de dicho estándar teniendo en cuanto al enfoque, la implementación y el resultado como un todo. (Minsalud, 2007)

Según el artículo 10 del decreto 0903 de 2014, el ciclo de la acreditación en salud se compone de los siguientes procesos:

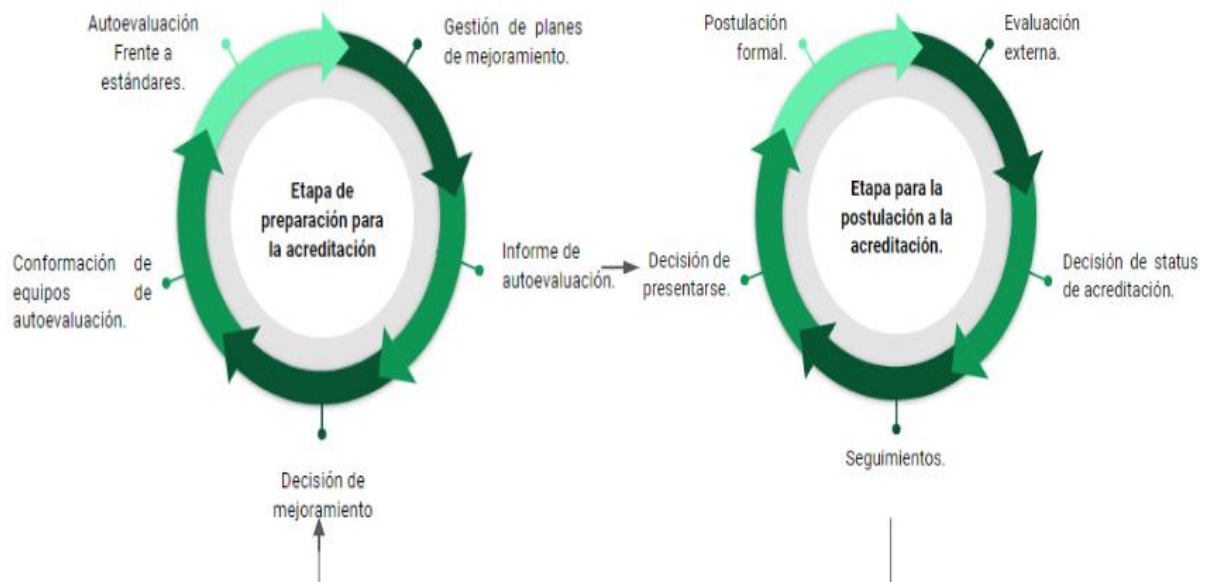


Figura 3: Ciclo de acreditación en salud.

Fuente: Elaboración Propia modificada del Congreso de Colombia. (13 de mayo de 2014). Decreto 903 de 2014.

Se ha evidenciado que las instituciones deben realizar las autoevaluaciones que se necesiten, siendo estas disciplinadas y constantes ante la ejecución de para que se evidencie la transparencia durante el proceso de aplicación y ello ofrezca mayor confiabilidad.

Cuando la institución sea acreditada, tendrá una duración de cuatro años donde se realiza una visita de otorgamiento y dos visitas de seguimiento presencial establecidas en el modelo,

con el fin de hacer un seguimiento de los avances y observar la sostenibilidad de dicho proceso.

Por último, al someterse al proceso de acreditación, las instituciones prestadoras de servicios de salud obtendrán una categoría de clasificación por el ente acreditador, de acuerdo a la resolución 2082 de 2014, que se presenta en la figura 4:

> 400 puntos	Acreditado con Excelencia	<p>Regla 1 Ninguna calificación en cualquiera de los grupos de estándares puede ser menor que tres</p> <p>Regla 2 La totalidad de la sección de mejoramiento de la calidad debe tener la calificación mínima de 4</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>
entre 280 y 399 puntos	Acreditado	<p>Regla 1: Ninguna calificación en cualquiera de los grupos de estándares puede ser menor de dos</p> <p>Regla 2: Los estándares de la sección de mejoramiento de la calidad no deben tener calificación menor que 2 en ninguno de los grupos</p> <p>Regla 3: En ningún grupo de estándares debe existir un número mayor que 3 o más estándares individuales por debajo de 2</p> <p>Regla 4: Sumados los estándares individuales con calificación menor de 2, 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 máxima instancia del ente acreditador analizará si esta 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>
entre 200 y 279 puntos	Acreditación Condicionada	<p>Regla 1: Más de 279 puntos por no cumplir con la totalidad de las exigencias de las categorías superiores.</p> <p>Nota: La acreditación condicionada no le permite a la institución de disfrutar de ninguno de los incentivos para las instituciones acreditadas y solamente implica que la institución dispondrá de un periodo adicional de diez meses para mejorar su desempeño y alcanzar la categoría de acreditado. Si esto no ocurriese, se le asignará la categoría de "No Acreditado"</p>
< 279 puntos	No Acreditado	<p>Regla: Las instituciones que hayan obtenido la acreditación luego de ser evaluadas por el ente acreditador, sólo podrán aplicar de nuevo al proceso de acreditación después de un año de haber sido evaluadas.</p>

Figura 4: Regla para la toma de decisiones de otorgamiento de acreditación.

Fuente: Elaboración Propia modificada del Congreso de Colombia. (29 de mayo de 2014) Resolución 2082 de 2014. Bogotá.

3.3. Paciente trazador

El paciente trazador se trata de una metodología fundada en el seguimiento a pacientes, a través de la cual se evalúa el ciclo de atención a un usuario en la institución prestadora de servicios de salud y el desempeño organizacional que debe llenar la mayor parte del tiempo en el proceso de evaluación, principalmente facilita información y datos verídicos que permitirán mejorar, prevenir e intervenir las áreas críticas identificadas durante el proceso y

así dar paso a la actuación en tiempo real con datos existentes de las fallas que se encuentren activas durante el momento de la atención prestada desde el ingreso hasta después del egreso.

Los datos pueden ser adquiridos por medio de entrevistas realizadas al paciente, a su familia y al personal asistencial, además de una revisión exhaustiva de registros e historia clínica, como también de los diferentes instrumentos que se utilicen en cada entidad para la recolección de datos importantes. (Fajardo, 2017). El paciente trazador tiene un papel muy influyente en la fase de autoevaluación, ya que es un instrumento de gestión de calidad para la acreditación y para el desarrollo de las políticas de seguridad del paciente.

De esta manera se incentiva a prácticas seguras que mejoren la actuación de los profesionales centrándose en un usuario en particular, en su seguridad y satisfacción, también en crear una cultura de evaluación de procesos, la optimización de los tiempos, con fines de acreditación. (Pérez, 2015).



Figura 5: Metodología paciente trazador.

Fuente: Elaboración Propia modificado de Fajardo, D. C. (2017). *Importancia de la metodología del paciente trazador para las instituciones prestadoras de salud, como herramienta de evaluación de calidad.*

4. Marco Legal

De acuerdo a la normatividad legal colombiana frente al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, cumpliendo con los requisitos y lineamientos que deben realizar las instituciones prestadoras de servicios de salud en relación al componente del Sistema Único de Acreditación es correcto mencionar decretos, resoluciones y circulares, relacionadas con el presente trabajo que proporcionan las bases legales de la investigación.

Tabla 1. Primera parte: Normatividad para el Sistema Único de Acreditación.

Documento Normativo	Objeto
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (A pesar de ser derogada, hace parte del antecedente de la normatividad)
Resolución 1445 de 2006	Por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Establece el Sistema Único de Acreditación Incluye seis Manuales de Estándares (únicamente vigente el anexo técnico que contiene los manuales), derogada por la Resolución 2082 de 2014, artículo 14, salvo el Anexo Técnico.
Resolución 123 de 2012	Por la cual se modifica el artículo 2º de la Resolución 1445 de 2006 (A pesar de ser derogada, forma parte del antecedente de la normatividad).
Resolución 2003 de 2014	Define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Se refiere a cómo adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de esta resolución. (A pesar de ser derogada, forma parte del antecedente de la normatividad).
Decreto 903 de 2014	Por el cual se dictan disposiciones en relación al sistema único de acreditación Art.4 Principios Art. 5 Sistema Único de Acreditación en Salud
Resolución 2082 de 2014	Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud Art. 2 Ejes trazadores en el SUA, Art.6 Etapas del ciclo de acreditación, Art. 7 Proceso de Autoevaluación de estándares de acreditación, Art 8. Reglas y categorías para el otorgamiento de la acreditación.

Fuente: Elaboración propia Conforme a Resoluciones, Decretos y Circulares que rigen el sistema de acreditación en Colombia con base en el SOGC.

Tabla 2. Segunda parte: Normatividad para el Sistema Único de Acreditación.

Documento Normativo	Objeto
Circular Externa 012 de 2016	Por la cual se adiciones, eliminaciones y modificaciones a la circular 047 de 2007, y se parten instrucciones en lo relacionado con el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y sistema de información para la calidad.
Decreto 780 de 2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud. Capítulo 2 específico del SOGCS, Capítulo 6 SUA
Resolución 256 de 2016	Dicta disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. Establece los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
Resolución 346 de 2017	Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud
Resolución 5095 de 2018	Por el cual se adopta el “Manual de acreditación Ambulatorio y Hospitalario Versión 3.1” Modelo de evaluación, Intencionalidad de los grupos de estándares asistenciales
Resolución 3100 de 2019	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de los prestadores de los servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de los Servicios de Salud.

Fuente: Elaboración propia Conforme a Resoluciones, Decretos y Circulares que rigen el sistema de acreditación en Colombia con base en el SOGC.

Aspectos Metodológicos

Enfoque metodológico, enfoque y alcance.

El presente trabajo se desarrolló con un enfoque cualitativo de alcance descriptivo no experimental de corte transversal ya que se recolectaron y se analizaron los datos recopilados en el período de tiempo de un año, realizando una autoevaluación que se llevará mediante la aplicación de estándares de acreditación definidos por el Ministerio de salud de acuerdo al portafolio de servicios que presta la institución.

Para resolver los objetivos de la investigación se utilizaron 3 instrumentos, la matriz de autoevaluación donde se contienen los estándares a identificar, se consignan los aspectos cualitativos que se hallaron en cada estándar valorado, se hace referencia a las fortalezas y se proponen oportunidades de mejora para cada uno. La matriz de priorización que como su nombre lo indica permite priorizar las oportunidades de mejoramiento y por último la matriz de elaboración de planes de mejora que ofrece excelencia en los procesos y permite obtener mayores fortalezas en la institución. Estos instrumentos son confiables y se encuentran validados ya que son establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para el proceso de acreditación en salud.

Población y muestra.

En esta investigación no se contó con población ni muestra, debido a que este trabajo será aplicado en base a una metodología establecida por el ministerio de salud y protección social en una institución prestadora de servicios de salud con propósito universitario de la ciudad de Bogotá de naturaleza privada, interesada en el cumplimiento de los estándares del sistema único de acreditación.

Procedimiento

Fase 1: Para la primera parte de este ciclo se utilizó el instrumento específico como lo es la matriz de autoevaluación para la comparación de cada estándar con la situación actual, por medio de métodos que conllevan a los objetivos de la autoevaluación y que permiten la

identificación e intercambio de hallazgos y con la hoja radar según las variables contenidas en esta se evaluará de forma cuantitativa el cumplimiento de cada subgrupo de estándares.

Fase 2: Ya una vez identificados los resultados de oportunidades de mejora que se definen en los servicios evaluados frente a los estándares, se aplica la metodología de riesgo, costo y volumen y posteriormente se priorizan las oportunidades según su criticidad mejorando en orden de prioridad los procesos quedando esta información consignada en la matriz de priorización, para valorar qué se necesita y que cuesta no trabajar en estas oportunidades.

Fase 3: Partiendo de los resultados de las oportunidades de mejora priorizadas, se define el plan de mejoramiento basado en la metodología establecida por el ministerio, siendo el entregable como producto de este proyecto.

Desarrollo de la propuesta

Para la primera parte de este ciclo se inicia estableciendo el equipo de autoevaluación conformado por los autores del proyecto, que previamente fueron capacitados para realizar la calificación cualitativa y cuantitativa del grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial con conceptualización teórica y entrenamiento.

Se aplicó el instrumento específico, para realizar la evaluación que fue la matriz de autoevaluación (Anexo 1) esta se puede observar en la Figura 6, la cual se encuentra definida por el ministerio de salud y protección social para calificar los estándares contemplados dentro del manual de acreditación en salud según la ruta lógica de la atención. Este instrumento permitió registrar las fortalezas que se encontraron en la organización, determinar el soporte de estas y redactar las oportunidades de mejora que se pueden ejecutar frente a los estándares evaluados.

AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN BAJO LA RESOLUCION 5095 DE 2018														
GRUPO DE ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL														
Criterios	FORTALEZAS	SOPORTE DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	EMPOQUE		IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS						
				SEMPRE SE ATENDIÓ	SE ATENDIÓ EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS	SE ATENDIÓ EN ALGUNOS CASOS	NO SE ATENDIÓ	SE ATENDIÓ EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS	SE ATENDIÓ EN ALGUNOS CASOS	NO SE ATENDIÓ				
<p>Estándar</p> <p>Estándar 1. Código (ASOP)</p> <p>La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes reconocida en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que está al proceso de atención al cliente. El mismo ha sido tramitado en el contenido de la declaración de los acuerdos y cuenta con herramientas para evaluar que los pacientes y el personal comprenden y siguen sus derechos.</p> <p>Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.</p>	<p>Fortalezas</p> <p>La organización tiene en cuenta el proceso de derechos y deberes para la atención a los pacientes y provee el respeto que se merecen sin exclusión alguna.</p> <p>La organización ve la importancia del paciente y por ende la participación de este y su familia al recibir el servicio de atención.</p> <p>La organización tiene algunas estrategias para divulgar y hacer conocer deberes y derechos de los usuarios.</p>	<p>Soporte de fortalezas</p> <p>En la organización se encuentran registros y medios digitales con los derechos y deberes de paciente que les permite estar informados a los usuarios acerca de estos.</p>	<p>Oportunidades de mejora</p> <p>Fortalecer la adherencia del conocimiento de los derechos y deberes de los usuarios al cliente interno.</p>	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2
				Evaluación cuantitativa										

Figura 6: Matriz de autoevaluación.

Fuente: Elaboración Propia modificado de ministerio de salud y protección social.

Según el portafolio de servicios de esta institución aplicaron 49 estándares contenidos en los siguientes subgrupos:

Tabla 3: Estándares del grupo del proceso de atención al cliente asistencial aplicables para esta institución prestadora de servicios de salud.

Subgrupos	Estándares
Derecho de los pacientes	3
Seguridad del paciente	4
Acceso	7
Registro e ingreso	3
Evaluación de las necesidades al ingreso	2
Planeación de la atención	14
Ejecución del tratamiento	6
Evaluación de la atención	2
Salida y seguimiento	1
Referencia y contrareferencia	6
Sedes integradas en red	No aplica
Estándar de mejoramiento	1
TOTAL	49

Fuente: Elaboración propia de los estándares aplicados según el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia del Ministerio de salud y protección social.

De acuerdo a las fortalezas identificadas en la organización se evidenció que la institución evaluada cuenta con la mayoría de los estándares desarrollados y se observan adecuados soportes de fortalezas frente al grupo de los procesos de atención al paciente tanto ambulatorio como hospitalario en cuanto a los derechos de los pacientes, seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención referencia, salida, seguimiento, contra referencia y el subgrupo de redes integradas en red no aplica para esta evaluación ya que se cuenta con única sede de atención.

Para la evaluación cuantitativa, fue implementada como herramienta la hoja radar (Anexo 2) que contiene tres dimensiones con 10 variables definidas:

Enfoque, refiriéndose a las directrices, métodos y procesos planeados por la institución.

- Sistemática
- Amplitud
- Proactividad
- Ciclo de evaluación y mejoramiento

Implementación, que se relaciona con la aplicación del enfoque y su alcance.

- Despliegue hacia la institución
- Despliegue al cliente interno y externo

Resultado, tratándose de los logros y efectos de la aplicación del enfoque.

- Pertinencia
- Consistencia
- Avance de la medición
- Tendencia
- Comparación

Esta herramienta se puede observar en un pequeño fragmento en la figura 7:

VARIABLE	CALIFICACION				
	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	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar. en áreas clave	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	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

Figura 7: Hoja radar.

Fuente: Tomado de Asistencia técnica acreditación de direcciones territoriales del ministerio de salud.

Se repasó con detenimiento el significado de cada componente y sus variables observando las oportunidades de mejora y fortalezas registradas. La calificación se inició comparando la organización con las características de los numerales, frente al estándar a evaluar y así fue otorgado un puntaje entre el rango de 1 a 5 en cada uno, siendo 1 el menor valor de calificación y 5 el más alto. Por medio de un método estadístico como la variable moda, se determinó el valor con mayor frecuencia y este fue el determinante de cada estándar, permitiendo establecer el grado de desarrollo de la organización.

Para la calificación final del grupo de estándares del PACAS, se realizó un promedio sumando los puntajes obtenidos por estándar y dividiendo por el total de estándares evaluados, conociendo esta variable como la media aritmética producto, dando como valor final 1.66, siendo esta la primera calificación de la autoevaluación para el primer ciclo. Esto quiere decir, que este puntaje será objeto del punto de partida para definir la mejora y los demás desarrollos de los próximos ciclos.

Esta autoevaluación debe ser realizada cada vez que se desee iniciar un nuevo ciclo de mejoramiento, siempre y cuando se encuentre cerrado el ciclo anterior, se tomará como satisfactorio el próximo ciclo si se avanza en 0,5 sobre el valor arrojado en el ciclo anterior, teniendo como objetivo lograr un puntaje de 3 para considerar presentarse en el proceso de acreditación ante el ente acreditador.

En observancia a lo anterior para el caso de la autoevaluación se tuvo en cuenta que su principal propósito era establecer cómo se encontraba la organización frente a los estándares definidos y su resultado es el producto de un diagnóstico inicial, soportado en un análisis minucioso en pro del mejoramiento. Además, la autoevaluación tuvo como intención la revisión del alcance de la documentación que tiene la entidad, para dar cumplimiento a los estándares y la evidencia que permita el despliegue de dichos resultados. Este ejercicio da paso a la calificación de las oportunidades de mejora frente a riesgo, costo y volumen con el propósito de poder priorizar e intervenir las más críticas y así poder avanzar en el fortalecimiento de tendencia hacia el mejoramiento de cada uno de los estándares.

Según al segundo objetivo planteado en esta investigación se realiza la priorización de las

oportunidades de mejora establecidas según los estándares que aplican, producto de la evaluación del grupo.

Ya una vez identificados las oportunidades de mejora se realiza la priorización de estas por medio la matriz de Riesgo costo y volumen (Anexo 2), realizando esta categorización o clasificación de acuerdo a los criterios de alto riesgo, alto volumen y alto costo, los cuales se aplicaron según el riesgo al que se puede exponer el paciente, la institución, y los clientes internos si no se lleva a cabo el mejoramiento. En cuanto al costo, se evalúa el impacto económico de no realizar el mejoramiento y para la variable de volumen, se observa el alcance o cobertura de la oportunidad de mejora, esta calificación se da de acuerdo a lo ilustrado en la tabla 3.

Tabla 4: Calificación según los criterios de priorización.

Riesgos	Costo	Volumen
Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectuar la acción de mejoramiento.	Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución.	Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento	Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.	Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos
Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento	Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.	Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.

Fuente: Elaboración propia modificado del ministerio de salud y protección social.

Cada variable se calificó de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor, de acuerdo con esta puntuación se realizó la semaforización de rojo, amarillo y verde según los puntajes correspondientes a cada color; El Rojo refleja puntajes mayores de 90, amarillo 32 a 89 y verde los valores menores de 31. Se puede observar este proceso en la figura 8:

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN BAJO LA RESOLUCIÓN 5095 DE 2018						
ESTANDAR	Criterios	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PRIORIZACION - OM			
			RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
Estándar	DERECHOS DE LOS PACIENTES Estándar 1. Código: (AsDF1) a organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los derechos y cuenta con herramientas para evaluar que los pacientes y el personal comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.	Fortalecer la adherencia del conocimiento de los derechos y deberes de los usuarios al cliente interno. Oportunidad de mejora	5	4	5	100

Figura 8: Matriz de priorización..

Fuente: Tomado de Asistencia técnica acreditación de direcciones territoriales del ministerio de salud y protección social.

Las oportunidades que resultaron de color rojo, es decir con valores mayores a 90 puntos, fueron las establecidas para plantear los planes de mejoramiento. Según la calificación que se otorgó en esta priorización se percibió que los estándares que son de vital importancia para intervenir son los de los subgrupos de derechos de los pacientes, seguridad del paciente y el estándar 75 ya que contempla la priorización de oportunidades de mejora para el mejoramiento continuo, Las oportunidades de mejoramiento que no quedaron priorizadas, serán intervenidas en el próximo ciclo puesto que no son las de mayor criticidad. Esta metodología resultó de gran utilidad para obtener un diagnóstico de las oportunidades álgidas y que principalmente deben ser intervenidas para acercarse cada vez más al mejoramiento continuo del estándar y al proceso de acreditación.

En última instancia para dar por desarrollados los tres objetivos planeados, se finalizó con la elaboración del plan de mejoramiento para el grupo de estándares del PACAS, tal como está definido por la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social. Se realizó una matriz de plan de mejoramiento (Anexo 3) en el programa de Excel según las directrices dadas por el ente anteriormente nombrado en base a 20 oportunidades priorizadas según los resultados arrojados de la valoración de riesgo, costo y volumen y con lo definido en los estándares de mejoramiento de calidad del sistema único de acreditación.

Para cada oportunidad de mejora se establecieron 4 acciones con las que se desea dar cumplimiento, registrando el líder del proceso que corresponda, fecha en la cual se propone iniciar y finalizar el mejoramiento, las barreras que posiblemente se encuentran al realizar estas acciones y por último se anexa un espacio de seguimiento que se hará conjuntamente con el proceso de mejora.

En esta matriz se consignó cada estándar y su oportunidad, seguido de la definición de 80 acciones fundamentadas en cada componente del ciclo PHVA, siendo tareas puntuales que permitan ejecutar la oportunidad de mejora. Para estas, se designó un responsable, el cual se nombró con cargo de la institución y en cuanto a las barreras de implementación para la oportunidad de mejora, se hace referencia a los factores organizacionales que se tendrán en cuenta para no entorpecer el cumplimiento de las acciones, estas permitirán prever y controlar, con el objetivo de llevar a cabo con éxito el plan propuesto.

HOSPITAL XXXX		GRUPO DE ESTÁNDARES							FORMATO PLANES DE M	
		LÍDER DEL GRUPO								
ESTÁNDAR/ CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACIÓN				ACCIONES DE MEJORAMIENTO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
		Riesgo	Costo	Volumen	Total					
4	5	6				7	8	9	10	
						1				
						1				
						1				
						1				
						1				
						1				
						1				
TOTAL ACCIONES DE MEJORAMIENTO						11	5			

Figura 9: Formato plan de mejoramiento.

Fuente: Tomado de ABC de planes de mejoramiento definido por el ministerio de salud y protección social

Para iniciar este plan se propuso el mes de enero del año 2021 teniendo en cuenta la situación de salud pública a nivel mundial desencadenada por la pandemia del Covid 19, que interviene en los procesos de la institución actualmente, la duración a la que se proyecta el plan será de 8 meses, finalizando para el 31 de agosto del mismo año. Los seguimientos serán realizados de forma trimestral, realizando ajustes y registros estrictos sobre el desempeño que se observe en el cumplimiento de cada oportunidad, brindando los datos necesarios para generar intervenciones y lograr el mejoramiento continuo, por medio de la elaboración de indicadores que permitan observar el avance de la organización.

Así es como se da por terminado la elaboración del primer ciclo de autoevaluación del PACAS para acreditación en salud de esta institución, cabe resaltar que para presentarse al proceso se debe realizar la misma metodología por cada grupo de estándares del manual para IPS ambulatorio y hospitalario según la resolución 5095 de 2018, cumpliendo con los estándares óptimos que le apliquen.

Conclusiones y recomendaciones

La autoevaluación se desarrolla como un ejercicio autocrítico que permite identificar en la organización las falencias y las fortalezas que tiene en su estructura. Se evidenció debilidad en los estándares que incluyen la entrega de información a pacientes y a su familia frente a sus derechos y tratamientos, por ende, se debe actuar en estos puntos clave con mayor sensibilidad. En cuanto a las fortalezas de la organización, se destaca el desarrollo de la mayoría de los estándares en el poco tiempo de trayectoria de esta institución; Por último, permitió observar que la organización no cuenta con un proceso de comparación frente a políticas y prácticas con los mejores y se tiene una escasa adherencia a indicadores de desempeño en la mayoría de procesos.

Se evidencia que la organización frente a la implementación de estándares superiores de calidad tiene que desarrollar e implementar varias oportunidades de mejora definidas como críticas de manera tal que permitan alinear los procesos asistenciales de forma sistemática y en pro del mejoramiento continuo, centrado en el usuario y su familia. Según los resultados de este proceso, se obtuvieron en el primer ciclo de mejoramiento 23 oportunidades consideradas críticas de 49 aplicables al PACAS, es decir que la institución debe centrarse en desarrollar las acciones propuestas en el PMCC en pro del fortalecimiento de los estándares correspondientes.

La maduración de los ciclos de acreditación se consigue a través de la gestión idónea de los planes de mejoramiento que se plantean, por esto se formularon acciones frente al ciclo PHVA que permitan un cumplimiento total de los estándares y criterios que se exigen para acreditación, encontrándose fundamental validar la verificación del avance que se realiza en el tiempo establecido permitiendo un consolidado para aproximarse a la calidad esperada.

Referencias Bibliográficas

Sánchez, R. A. (2018). *Informe de gestión Los Cobos Medical Center SAS 2018*. Recuperado de <https://www.loscobosmc.com/loscobosmc/wp-content/uploads/2019/04/Informe-de-Gesti%C3%B3n-Dic-2018.pdf>

Escudero, M. (2016). Conocimientos, percepciones y barreras del personal de salud con la acreditación institucional en seis Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención del Valle de Aburrá en el departamento de Antioquia en el año 2015. (Tesis de maestría). Universidad CES, Medellín, Colombia.

Minsalud. (2018). Bogotá. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>

Congreso de Colombia. (03 de abril de 2006) Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud [Decreto 1011 de 2006]. Colombia. Recuperado el 31 de octubre de 2019 de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Congreso de Colombia. (17 de mayo de 2006) Por el cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones [Resolución 1445 de 2006]. Colombia. Recuperado el 01 de noviembre de 2019, de: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MPS_1445_2006.pdf

Congreso de Colombia. (26 de enero de 2012) Por la cual se modifica el artículo 2º de la Resolución 1445 de 2006. [Resolución 123 de 2012]. Colombia. Recuperado el 25 de enero de 2020, de: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Res123%20ene26de2012%20modificRes1445.pdf>

Congreso de Colombia. (13 de mayo de 2014) Por el cual se dictan disposiciones en relación

al sistema único de acreditación. [Decreto 903 de 2014]. Colombia. Recuperado el 01 de noviembre de 2019, de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-0903-de-2014.pdf>

Congreso de Colombia. (29 de mayo de 2014) Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. [Resolución 2082 de 2014]. Colombia. Recuperado el 01 de noviembre de 2019, de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2082-de-2014.pdf>

Congreso de Colombia. (04 de agosto de 2016) Por la cual se adicionan, eliminaciones y modificaciones a la circular 047 de 2007, y se parten instrucciones en lo relacionado con el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y sistema de información para la calidad. [Circular Externa 012 de 2016]. Colombia. Recuperado el 25 de enero de 2020, de: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/CIRCULAR%20EXT%20000012.pdf>

Congreso de Colombia. (06 de mayo de 2016) Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. [Decreto 780 de 2016]. Colombia. Recuperado el 01 de noviembre de 2019, de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

Congreso de Colombia. (17 de febrero de 2017) Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud. [Resolución 346 de 2017]. Colombia. Recuperado el 25 de enero de 2020, de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-346-de-2017.pdf>

Congreso de Colombia. (18 de noviembre de 2018) Por el cual se adopta el "Manual de acreditación Ambulatorio y Hospitalario Versión 3.1". [Resolución 5095 de 2018]. Colombia. Recuperado el 01 de noviembre de 2019, de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion->

[5095-de-2018.pdf](#)

Congreso de Colombia. (25 de noviembre de 2019) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de los prestadores de los servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de los Servicios de Salud. [Resolución 3100 de 2019]. Colombia. Recuperado el 25 de enero de 2020,

de:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

Minsalud. (2007). Guía Práctica de Preparación para la acreditación en salud. *Imprenta Nacional de Colombia*, 24. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-de-preparacion-para-acreditacion.pdf>

Arenas, C. (2010). Indicadores administrativos y financieros antes y después de la acreditación en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *CES*, 11. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2611/261119512001.pdf>

Fajardo, D. C. (2017). *Importancia de la metodología del paciente trazador para las instituciones prestadoras de salud, como herramienta de evaluación de calidad*. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10654/20483> Rodríguez, C. (s.f.). *Acreditación en salud, diez años de avances*. Bogotá: Icontec.

Minsalud. (2014). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-0903-de-2014.pdf>

Pérez, C. (2015). Obtenido de http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2015_Seguridad_Paciente/IV%20Simposio/Ponencias/METODOLOGIA%20PACIENTE%20TRAZADOR.pdf

Minsalud. (s.f.). *Manual para la elaboración de planes de mejoramiento en acreditación*.

Obtenido de Ministerio de salud y protección social.:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-elaboracion-planes-mejoramiento-acreditacion.pdf>

Anexos

Los anexos del presente trabajo de investigación son:

Anexo 1. Matriz de autoevaluación estándares de acreditación bajo la resolución 5095 de 2018.

Anexo 2. Matriz de priorización estándares de acreditación bajo la resolución 5095 de 2018.

Anexo 3. Matriz de plan de mejoramiento estándares de acreditación bajo la resolución 5095 de 2018.

Debido a que los anexos contienen gran cantidad de información no se han incluido en este documento. Se entregan como archivos independientes que complementan los aspectos aquí relacionados.