



Ciclo de acreditación en salud para la IPS Efi Ciencia Ocupacional Ltda bajo los estándares del anexo técnico de la resolución 123 de 2012 de los grupos de atención al cliente asistencial y gerencia del ambiente físico

Andrea Carolina Rodríguez Carreño

Diana Marcela Sánchez Vidal

Jeimy Adriana Medina Ibagué

Yesica Katerín Gutiérrez Trujillo

Elizabeth Pérez Barón

Asesora temática

Laura Andrea Niño

Asesora metodológica

Universidad Colegio Mayor De Cundinamarca

Facultad Ciencias De La Salud

Programa De Especialización En Gerencia De La Calidad En Salud

Bogotá D. C 2018

SUMMARY

The Single System of Accreditation in Health is a voluntary and periodic process that seeks to verify the gradual fulfillment of quality standards above the minimum requirements for health care. Due to this Efi Ciencia Ocupacional Ltda, an institution providing occupational health services, having the standards of the Unified System of habilitation, begins the process of accreditation, carrying out the first cycle of improvement of the standards of customer service group's assistance and management of the physical environment. A qualitative and transversal study was carried out, starting from the elaboration of a self-evaluation matrix for the identification of strengths and opportunities for improvement; the qualification of the development of the standard was made through the radar sheet; the prioritization of opportunities for improvement was made through the risk, cost and volume matrix and a plan for improvement was subsequently established. As a result, in the standards of care assistance groups, Twenty nine were applicable to the organization, obtaining thirty - three opportunities for improvement and forty three improvement actions. In the physical environment management standards, eleven were applicable, obtaining thirteen improvement opportunities and fourteen improvement actions.

Resumen.

El Sistema Único de Acreditación en Salud, es un proceso voluntario y periódico, que busca comprobar el cumplimiento gradual de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios para la atención en salud. Debido a esto Efi Ciencia Ocupacional Ltda, una institución prestadora de servicios de salud ocupacional, al contar con los estándares del Sistema Único de habilitación, empieza el proceso de acreditación, realizando el primer ciclo de mejoramiento de los estándares de los grupos de atención al cliente asistencial y gerencia del ambiente físico. Se realizó un estudio cualitativo y transversal, partiendo de la elaboración de una matriz de autoevaluación para la identificación de fortalezas y oportunidades de mejora; la calificación del desarrollo del estándar se realizó por medio de la hoja radar; la priorización de las oportunidades de mejora se realizó por medio de la matriz riesgo, costo y volumen y posteriormente se establece un plan de mejoramiento. Como resultado, en los estándares de los grupos de atención al cliente asistencial, 29 fueron aplicables a la organización, obteniendo 33 oportunidades de mejora y 43 acciones de mejoramiento. En los estándares de gerencia de ambiente físico, 11 fueron aplicables, obteniendo 13 oportunidades de mejora y 14 acciones de mejoramiento.

Palabras clave

Acreditación

Calidad en salud

Sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud. (SOGCS)

Matriz

Riesgo

Costo

Volumen

Estándar

Oportunidad de mejora

Tabla de Contenido

Introduccion	1
Planteamiento del problema.....	3
Justificación	4
Objetivos	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos	6
Antecedentes	7
Marco teórico	10
Sistema de salud en Colombia.	10
Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud. (SOGC)	12
Sistema Único de Habilitación.....	12
Auditoría para el mejoramiento de la calidad.	13
Sistema Único de Acreditación.....	14
Conclusiones y recomendaciones	40
Referencias bibliográficas.....	42

Introducción

La IPS Efi Ciencia Ocupacional Ltda es una institución prestadora de servicios de salud ocupacional; que fue creada en el año 2010 por el Dr. Juan Dante Neira Acevedo debido a que las empresas se estaban viendo obligadas a cumplir con la normatividad exigida en cuanto a seguridad y salud en el trabajo y tenían la necesidad de disponer de una entidad que supliera la necesidad de realizar los exámenes de ingreso, egreso y periódicos de los colaboradores. Esta IPS cuenta con los servicios habilitados de Medicina Ocupacional, Visiometría, Fonoaudiología, Psicología, Toma de muestras, Laboratorio Clínico y Vacunación.

Para la investigación desarrollada se trabaja bajo los lineamientos del manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario, con el que se permite realizar seguimiento al estándar del proceso de atención al cliente asistencial, gerencia y ambiente físico establecidos en la resolución 123 de 2012.

Con cada uno de los objetivos planteados se realizaron una serie de acciones de forma organizada y secuencial que permitieron realizar un ciclo de preparación para la acreditación en salud en la IPS objeto de investigación. Con esto se busca dar respuesta al interés generado de llevar la investigación sobre el tema de ciclo de acreditación en salud en la IPS Efi Ciencia ocupacional Ltda, quienes dan su apoyo para la aplicación de estándares superiores de calidad, utilizando como medio el cumplimiento del sistema único de acreditación en salud, en la

organización; siendo este una herramienta de aprendizaje para las partes interesadas de la presente investigación.

Planteamiento del problema

Los procesos nacionales e internacionales de Acreditación en Salud son voluntarios hoy en día, sin embargo, la competitividad del mercado obliga a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a llevar a cabo estos procesos de evaluación que permiten detectar fortalezas y oportunidades de mejoramiento y así asegurar una atención en salud que esté orientada primordialmente a satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios.

La Acreditación en Salud es considerada una estrategia de mejoramiento que orienta a un actuar institucional con eficiencia y efectividad, ofreciendo ventajas competitivas y así poder mejorar la calidad de la atención y de los servicios de salud. En el interés de combatir las dificultades e inconvenientes que se presentan en el día a día, debido al desarrollo de etapas del mejoramiento continuo para el proceso, surge la necesidad de iniciar ciclos de acreditación bajo los estándares del anexo técnico de la resolución 123, con la finalidad de fortalecer el proceso asistencial, por tal razón, nace la pregunta de investigación ¿Cómo desarrollar ciclo de acreditación en salud para la IPS Efi Ciencia Ocupacional Ltda bajo los estándares del anexo técnico de la resolución 123 de 2012 de los grupos de atención al cliente asistencial y gerencia del ambiente físico?

Justificación

Para Efi Ciencia Ocupacional Ltda, la calidad es una herramienta indispensable para el cumplimiento de sus objetivos misionales; puesto que da respuesta a los requerimientos actuales frente al mejoramiento continuo en los procesos de atención.

A través del tiempo, en las organizaciones de salud ha surgido la necesidad de emplear herramientas para el mejoramiento continuo de la calidad en sus servicios y productos. Un elemento aplicable es el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en Salud en Colombia, donde uno de sus componentes es el Sistema Único de Acreditación, siendo este, el conjunto de procesos, estándares, procedimientos de autoevaluación y evaluación externa; cuyo propósito es la implementación de estándares de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que decidan acogerse a este proceso voluntariamente.

La acreditación es la consolidación de un sistema que evalúa el desempeño de la atención en salud dando un reconocimiento a los altos estándares de calidad y lo conforman dos procesos importantes: la autoevaluación que es realizada por grupos evaluadores de la institución y posteriormente una segunda revisión de los estándares que es realizado por personal externo, idóneo y entrenado para tal fin, cuyo resultado es avalado por la entidad autorizada.

Es así como el proceso de acreditación es un asunto de índole mundial y de interés actual, donde la necesidad de mejora continua y de madurez de los Sistemas de Gestión de Calidad, permiten

fortalecer el interés de las partes interesadas, en especial de los usuarios y prestadores del servicio. Son ellos quienes dan inicio y continuidad del proceso, demostrando una voluntad real de mejoramiento y no simplemente el cumplimiento de un proceso impuesto por el requerimiento del mercado.

Es así como surge este proyecto, identificando que Efi Ciencia Ocupacional Ltda. al contar con los estándares del Sistema Único de habilitación, puede dar inicio al proceso de acreditación, realizando el primer ciclo de mejoramiento de los estándares de los grupos de atención al cliente asistencial y gerencia del ambiente físico; lo anterior permite que la institución fortalezca sus procesos organizacionales y de atención, aumenta su competitividad en el mercado de prestadores de servicios de salud ocupacional, incrementa la eficiencia en los procesos institucionales, impacta significativamente los ingresos de la IPS y aumenta el nivel de satisfacción de los usuarios en pro del cumplimiento de sus necesidades y expectativas y el mejoramiento continuo de la calidad.

Del mismo modo, la temática que se aborda en el proyecto está relacionada con la práctica profesional, permitiendo a los integrantes desarrollar habilidades en el uso de herramientas necesarias en el proceso de mejoramiento continuo de la calidad en una organización del sector salud.

Objetivos

Objetivo general

Realizar ciclo de acreditación en salud para la IPS Efi Ciencia Ocupacional Ltda bajo los estándares del anexo técnico de la resolución 123 de 2012 de los grupos de atención al cliente asistencial y gerencia del ambiente físico

Objetivos específicos

- Realizar autoevaluación de la IPS frente a los estándares de los grupos planteados.
- Priorizar las oportunidades mejora, producto de la autoevaluación.
- Elaborar el plan mejoramiento con las oportunidades de mejora priorizadas

Antecedentes

A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, junto a la Organización Panamericana de la Salud, y diferentes organizaciones del sector, elaboran un Manual de Acreditación de IPS, el cual toma como referencia el Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe, publicado por la OPS en 1991. Este manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo de instituciones como prueba piloto. (Min salud, 2016).

Así mismo, en agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que establece la ejecución de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue tenido en cuenta, el tema de la Acreditación se postergó y el manual no fue divulgado. (Min salud, 2016).

El sistema único de acreditación en salud se reglamentó en el decreto 2309 del 2002 y el 1011 de 2006, así como en sus resoluciones reglamentarias, en especial la resolución 1445 de 2006 y en la resolución 000123 de 2012, con la cual se definió el manual de estándares aplicable, a partir de agosto de 2013. (Rodríguez, 2013).

Posteriormente, se expide el decreto 780 de 2016, siendo este el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, donde recopila las disposiciones para el funcionamiento adecuado del Sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS), donde refiere el Sistema Único de Acreditación en Salud.

Cabe destacar, que el ICONTEC es designado como entidad acreditadora para el sistema único de acreditación tal como se describe a continuación:

La resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, el Ministerio de la protección social designo a ICONTEC como la entidad responsable de desarrollar, implantar dirigir, orientar, actualizar, y mejorar el sistema único de acreditación en salud. Por tal efecto se firmó el contrato de concesión 000187 de 2003. (Rodríguez, 2013).

A su vez es importante establecer que:

El 20 de marzo de 2009 el consejo de ISQua (International Society for Quality in Health Care) en reunión plenaria, decidió otorgar la acreditación internacional al modelo de evaluación para la acreditación en salud que desarrolla el Icontec. Esta acreditación internacional nos brinda validez y creencia de que todos los procesos de acreditación que maneja el Icontec son seguros y viables para una mejora continua y de alta calidad. (Rodríguez, 2013).

Se resalta, que la acreditación es un proceso voluntario, “pero que ha venido cambiando en el marco de principió de gradualidad a partir de decisiones gubernamentales de mucha importancia como la autoevaluación para las instituciones públicas y de acreditación obligatoria para todos los hospitales universitarios de Colombia”. (Rodríguez, 2013).

Rodríguez (2010), en su artículo, determina que el objetivo principal de los sistemas de acreditación es generar la confianza de los servicios de salud que las instituciones prestan, por medio del reconocimiento del cumplimiento de estándares superiores. Es así como brinda una orientación hacia la aplicación del manual de estándares de acreditación, observando la viabilidad a cada uno de los servicios de salud que presta la IPS, con el fin de saber las fortalezas, debilidades y oportunidades de mejorar aumentando la confiabilidad del usuario.

Marco teórico

El alcance de este marco teórico tiene como fin revisar conceptos generales y particulares del sistema de acreditación en salud, al igual se incluye el marco legal que soporta el estudio.

Sistema de salud en Colombia.

La Constitución Política de 1991 determinó que todos los ciudadanos tienen derecho a la atención en salud, como un servicio público desde la completa supervisión del Estado con la cooperación de agentes públicos y privados. (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011, pág. 144)

Actualmente Colombia se rige bajo la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 y sus leyes modificatorias, donde se crea el sistema integral de seguridad social; el cual es el encargado de regular el servicio público y crear acceso a la salud para toda la población. Dentro del cual se crea el régimen Subsidiado, creado para las personas con bajos recursos y población vulnerable, que se financia a partir de los recursos de la nación, departamentos, municipios por medio del fondo de solidaridad. También se encuentra el contributivo que se realiza a personas con contrato laboral, pensionados, servidores públicos y trabajadores independientes que cuenten con capacidad de pago. (Ley 100 de 1993, Art 157).

Para iniciar el proceso de evaluación de la IPS Efi Ciencia ocupacional Ltda, es necesario conocer algunas de las leyes que rigen los sistemas de habilitación y acreditación ya que estas nos guían y enfocan en cada uno de los aspectos a evaluar (Figura 1).

NOMBRE DE LA NORMA	ASPECTO QUE TRATA	OBSERVACIÓN
Constitución política de Colombia de 1991	La Constitución Política es la carta magna que regula la parte legal de la Republica de Colombia.	
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones	Art186. Del sistema de acreditación
Resolución 1445 de 2006	“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”	Manuales de estándares del sistema único de acreditación, - resolución derogada, salvo el anexo técnico 1, y el manual adicionado por la resolución 123 de 2012.
Resolución 123 de 2012	Por la cual se modifica el artículo 2° de la Resolución 1445 de 2006	2012, por el artículo 14 de la resolución 2082 de 2014
Decreto 903 de 2014	Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud	Dictar disposiciones y realizar ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud, así como definir reglas para su operación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que permita su actualización y modernización.
Resolución 2082 de 2014	Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud	Fijar los lineamientos generales que permitan la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
Decreto 780:2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	Capítulo 6 Sistema Único de Acreditación El presente Capítulo tiene por objeto dictar disposiciones y realizar ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.
Resolución 346 2017	Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud	Determinó que el Sistema Único de Acreditación en Salud sólo podrá ser operado por entidades nacionales que se encuentren acreditadas por la International Society for Quality in Heallhcare - ISQua, y que cuenten con experiencia mínima de cinco (5) años en la acreditación de entidades del sector salud en Colombia.

Figura 1. Normatividad en acreditación. Fuente: Creación propia modificada de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-unico-acreditacion-sistemaobligatorio-garantia-calidad.aspx>

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud. (SOGC)

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de acuerdo a la parte 5, título 1 capítulo 1 del decreto 780 del 2016, es el conjunto de instituciones, mecanismos, requisitos, normas y procesos deliberados sistemáticos del sector salud; tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Está integrado por cuatro componentes a saber: Habilitación (SUH), Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC), sistema único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud (Min salud, 2018)

Sistema Único de Habilitación.

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB. (Min salud, 2018)

Auditoría para el mejoramiento de la calidad.

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios (decreto 780, 2016).

Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB. (Art 32).

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de salud es un proceso técnico, que está directamente relacionado con la prestación de los servicios y cuyo mecanismo de acción se da mediante la retroalimentación, por lo cual la organización puede implementar procesos de mejoramiento, de tal manera que le genere satisfacción y cumplimiento de las expectativas y las necesidades de los usuarios. (Min salud, 2007, pág. 25).

Así mismo, la Auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud es considerada un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la

Atención en Salud. Este mecanismo según lo expuesto en el decreto 780 de 2016 comprende 3 niveles de operación: Autocontrol, Auditoría Interna y Auditoría Externa. Es así como también menciona las acciones que se deben llevar a cabo: Acciones Preventivas, Acciones de Seguimiento y Acciones Coyunturales. (Art 34).

Sistema Único de Acreditación

El artículo 5 del Decreto 903 de 2014, menciona:

Entiéndase como Sistema Único de Acreditación en Salud, el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades a las que se refiere el artículo 2° del presente decreto, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Dicho sistema se regirá por lo dispuesto en el presente decreto y en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, así como por la reglamentación que para su desarrollo e implementación expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

El decreto a su vez refiere que se crea un registro nacional de instituciones acreditadoras en salud con el fin de otorgar la acreditación, donde en este momento el encargado es el ICONTEC; teniendo en cuenta que cumple con los requisitos y esta designado para otorgar el reconocimiento una vez se cumpla con los criterios o estándares establecidos.

De este modo es importante mencionar que:

la Entidad Acreditadora aplicará los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación que para el efecto proponga la Unidad Sectorial de Normalización y adopte el Ministerio de la Protección Social, los cuales deberán revisarse y ajustarse, en caso de ser necesario, por lo menos cada tres (3) años. (Decreto 1011, 2006)

Por otra parte, en el manual de estándares para la acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud se encuentran los lineamientos que orientarán el proceso. Para las instituciones hospitalarias y ambulatorias correspondientes. Los cuales son considerados importantes para iniciar el ciclo de aplicación para el otorgamiento de la certificación. “Estos requisitos de puerta de entrada son definidos por el Ministerio de la Protección Social, en conjunto con el ente acreditador en salud, previo concepto del Consejo Técnico de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud”. (Min salud, 2011, p16).

El ciclo de acreditación es un proceso de gran relevancia para una institución que quiere fortalecer la calidad en la organización, este ciclo se describe en detalle en la figura 2, en donde se puede evidenciar la relación estructural de cada acción enmarcada en el contexto de la IPS

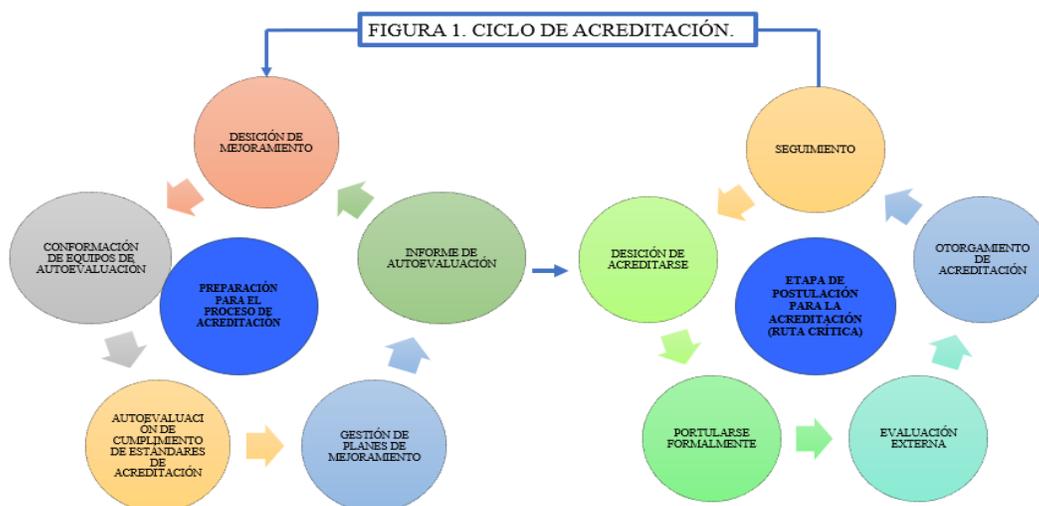


Figura 2. Ciclo de acreditación.

Fuente: Creación propia modificada de: <http://slideplayer.es/slide/3523238/>

Actualmente, el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario (2012) tiene un grupo de estándares organizados de la siguiente manera: una primera sección en la que aparece el Grupo de Estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial con grupos y subgrupos, una segunda sección en la que se encuentran los Grupos de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial a dichos procesos asistenciales y una tercera sección en la cual se encuentran los estándares de mejoramiento de la calidad. (p18).

En la figura 3 se evidencia la distribución de grupo y subgrupos mostrando la ruta lógica de la atención del cliente asistencias y los demás grupos correspondientes a las instituciones que prestan servicios de salud.



Figura 3. Procesos de acreditación en salud. Icontec 2016. Fuente: Recuperado el 10 de septiembre de 2018 de <http://www.icontec.org/Ser/EvCon/Paginas/Eja.aspx>

Ejes de Acreditación en salud.

De acuerdo a la norma según decreto 2082 del 2014 El proceso del Sistema Único de acreditación se fundamenta en ejes trazadores centrados en el paciente y la familia, buscando minimizar los riesgos y eventos adversos durante la atención en salud, la planeación y gestión de la tecnología, la humanización de la atención y el desarrollo de una cultura organizacional de largo plazo, en el marco de la Responsabilidad Social (Figura 4). (Min salud, 2016)



Figura 4. Ejes de acreditación en salud. Icontec 2016. Fuente: Recuperado de <http://www.icontec.org/Ser/EvCon/Paginas/Eja.aspx>

Seguridad del paciente. Según los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente del Ministerio de la Protección Social (2008), se determina que:

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que

propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (p14)

Teniendo en cuenta que este es uno de los ejes del Sistema Único de Acreditación en Salud, implica una evaluación constante de los riesgos asociados a la atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Debido a esto, es necesario implementar estrategias y políticas que permitan reducir el riesgo que se presenta en las instituciones de salud. (Min salud, 2016)

“Así mismo deben existir mecanismos para identificar, reportar, analizar, intervenir y realizar seguimiento a los eventos adversos, como también la formulación de mejoras, implementación y seguimiento a las mismas”. (Min salud, 2016)

Humanización de la atención. Al hablar de humanización es importante tener en cuenta todo un conjunto de valores que esto conlleva, empezando por que las instituciones del sector salud están comprometidas no solo en proveer al recurso humano los mecanismos para que logren desarrollar sus competencias y prestar un buen servicio, sino también intervenir las limitaciones en infraestructura y equipamiento que intervienen negativamente en el logro de una atención con calidad. (Correa, 2016)

Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben tener una política de humanización del servicio, cuyos criterios son incluyentes para el paciente y el personal de la institución. Este eje de la humanización de los servicios, además de ser una política para la planeación de la atención, debe contar con el apoyo desde el direccionamiento estratégico y la

gerencia, los comités de ética, la gerencia del talento humano, salud ocupacional, atención al usuario y demás personal de la institución. (Min salud, 2016).

De este modo, surge la necesidad de promover la cultura de la humanización de los servicios, el proceso de capacitación del personal, acciones de intervención con los usuarios y clientes internos, la práctica de valores y principios humanísticos y desde la dirección de talento humano propender por el reconocimiento, la motivación, el respeto a la dignidad humana y la humanización. (Min salud, 2016).

Gestión de la tecnología. “La gestión de tecnología en salud es un elemento clave para garantizar una atención segura y de calidad a los pacientes”. (Castaño, 2015). Es por esto, que el manual de adquisición de tecnología biomédica del Ministerio de la Protección Social establece que a nivel de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) se requiere de una planeación de adquisición racional y utilización de recursos tecnológicos, la implementación de políticas de control para la evaluación y adquisición tecnológica señalando los criterios a considerar para el beneficio propio, del usuario y del sistema. (ICONTEC, 2016).

De este modo es importante determinar que:

Las instituciones deben tener implementado el programa y comité de tecno vigilancia, y de evaluación de tecnología en funcionamiento y la integración de la tecno vigilancia en

la identificación, reporte, análisis y seguimiento de eventos adversos, entre otros. (Min Salud, 2016).

Enfoque de riesgo. Se refiere a la protección a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios por parte del personal, enfatizando en el cumplimiento de requisitos para minimizar la probabilidad de que un accidente o incidente ocurra. (Min Salud, 2016)

Sin embargo, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad propone estrategias y acciones para proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud, tales como la Vigilancia de Eventos Adversos, la Fármaco vigilancia y los indicadores de Seguimiento a Riesgo, entre otros. (Min salud, 2007).

De acuerdo con los requisitos y criterios de los estándares de acreditación, las instituciones deben establecer el enfoque, el diagnóstico e identificación de los riesgos existentes, la gestión del riesgo, la protección de los usuarios de los principales riesgos en la prestación de los servicios y la evaluación de la gestión en la institución. (ICONTEC, 2016).

Cultura organizacional. Una organización que presta servicios de salud está conformada por un grupo de personas con conocimientos interdisciplinarios, que laboran en conjunto para prestar servicios de salud, que satisfagan las necesidades y expectativas de los usuarios a través de un servicio de calidad, eficiente y eficaz. Cuando hablamos de la cultura organizacional en los servicios de salud, nos referimos a un conjunto de saberes, conductas, valores, disciplinas,

creencias, y modos de expresión que todos los miembros de la organización comparten. (Min Salud, 2016).

El desarrollo organizacional es un proceso que pretende incrementar y mejorar a largo plazo los procesos de participación, innovación, motivación, aprendizaje, y retroalimentación, orientado a mejorar el clima laboral, incentivando la competitividad y la capacidad resolutoria de los profesionales de salud y del personal en general, promoviendo de esta manera la cultura organizacional. (Min Salud, 2016)

En cuanto a los estándares de acreditación la organización debe evidenciar el alineamiento a las normas, los niveles de la cultura organizacional implementados (ambiente físico, documentación, y construcción de consensos), el clima organizacional o ambiente laboral, la orientación desde la misión y visión de la cultura organizacional, la gestión ética, el apoyo y direccionamiento desde la gerencia del talento humano para el desarrollo de la cultura organizacional. (Min Salud, 2016).

Responsabilidad social empresarial. La responsabilidad social empresarial está relacionada con la obligación que adquiere una empresa con los trabajadores, los clientes, las personas y los grupos a quienes puede afectar las políticas y prácticas corporativas. La importancia de cumplir estas obligaciones es intentar minimizar cualquier daño a largo plazo que una empresa puede generar sobre la sociedad. (Cancino & Morales, 2008). Es por esto que las organizaciones deben evaluar su razón de ser e identificar el impacto de sus actividades, asumiendo un

compromiso con la responsabilidad social, para contribuir con acciones concretas al mejoramiento integral de las condiciones de vida de la población. (ICONTEC, 2016).

Para el cumplimiento de la responsabilidad social, las instituciones cuentan con programas de sensibilización social y prevención, programas de salud y nutrición, entre otros; con la intervención de autoridades sanitarias, profesionales de la salud, universidades y población civil, buscando los medios más eficientes para fomentar el mejoramiento de la calidad de vida. (ICONTEC, 2016).

Sistema de información para la calidad. Según el decreto 780 de 2016 se establece que:

El Ministerio de Salud y Protección Social ajustará periódicamente y de manera progresiva, los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS, de conformidad con el desarrollo del país, con los avances del sector y con los resultados de las evaluaciones adelantadas por las Entidades Departamentales, Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

Aspectos Metodológicos

Enfoque.

El presente proyecto de investigación se encuentra enmarcado en un enfoque cualitativo, el cual se caracteriza por evidenciar el contexto de una realidad en donde participan personas específicas, interpretando realidades tal como se encuentran.

Es así como se desarrolla en la IPS, la aplicación de un ciclo de acreditación, tomando datos relevantes de la organización evidenciando debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades de mejora.

Alcance.

Se define como el nivel de profundidad del proyecto, para el caso particular de la investigación desarrollada corresponde a un estudio descriptivo, el cual, se puede definir como aquel que permite realizar una caracterización de una realidad particular en su contexto específico, es así que se busca obtener información de la IPS Efi Ciencia ocupacional con el fin de establecer oportunidades de mejora asociadas al ciclo de acreditación en salud bajo estándares superiores de calidad.

Diseño de la Investigación.

Diseño no experimental de corte transversal. Este tipo de diseño recolecta datos o información, su propósito es describir los datos obtenidos y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es decir, en el caso de acuerdo a la información obtenida durante la recolección de datos de la IPS no podrán ser modificadas, pero de acuerdo a lo encontrado se ejecutarán oportunidades de mejora, además es corte transversal ya que estos datos se seleccionan en un solo momento de la búsqueda con el objetivo de especificar las variables, y observar su incidencia e interrelación en un momento adecuado.

Contexto

IPS Efi Ciencia Ocupacional Ltda. Es una empresa dedicada a la prestación de servicios de salud ocupacional, superando la expectativa del cliente en servicio, calidad, manejo eficiente de los recursos naturales, tecnológicos y del talento humano. Esta IPS lleva una trayectoria de cinco años de funcionamiento, en donde se realizan exámenes médicos ocupacionales de ingreso, periódicos y egreso; audiometrías, espirometrías e isometrías; exámenes de laboratorio clínico y vacunación; lo cual, brinda a las partes interesadas resultados confiables de las condiciones de salud de los usuarios. Se encuentra localizada en la ciudad de Bogotá, localidad Barrios Unidos, barrio San Felipe. Su recurso humano está conformado por un médico cirujano, una optómetra, una fonoaudióloga, una psicóloga y una fisioterapeuta respiratoria, todos

especialistas en salud ocupacional; también cuenta con una bacterióloga, tres auxiliares de enfermería, una contadora y un ingeniero de sistemas.

Población

No se incluye población, debido a que este estudio se realiza en una organización específica.

Desarrollo de la propuesta

Para el desarrollo del proyecto, se conformó un grupo de autoevaluación cuyos integrantes internos de la IPS fueron: Gerente y médico ocupacional, Psicóloga, Bacterióloga, Auxiliar de enfermería y Auxiliar administrativo; Los integrantes externos están conformados por Fisioterapeuta, Administradora de empresas y Bacterióloga.

Se procedió a dar una capacitación al grupo auto evaluador, donde se explicó la importancia del proyecto, los objetivos y la metodología a desarrollar. Cabe destacar que la puntuación asignada en el proceso de calificación de las matrices fue tomada por moda.

Autoevaluación cualitativa

Para dar cumplimiento al primer objetivo de la investigación, se inició con la aplicación de la matriz de autoevaluación a los grupos de estándares del proceso de atención al cliente

asistencial y de gerencia del ambiente físico, basada en el anexo técnico que define el manual ambulatorio y hospitalario de la resolución 123 de 2012, a la cual le fue adicionada una columna donde se indica la línea base con lo que cuenta la IPS frente al estándar (Anexo 1 y 2).

Manual ambulatorio y hospitalario: El manual de estándares para la acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud, es una herramienta que presenta los lineamientos que guiará el proceso de acreditación para las instituciones hospitalarias y ambulatorias y los estándares de acreditación correspondientes. Este manual consta de una primera sección en la que aparece el Grupo de Estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial, que a su vez está dividido por 11 subgrupos: Seguridad del paciente, Registro e ingreso, Estándar de mejoramiento, Derechos de los pacientes, Acceso, Evaluación de la atención, Referencia y contrareferencia, Planeación de la atención, Ejecución del tratamiento, Evaluación de necesidades al ingreso, Salida y seguimiento y Sedes integradas en red; la segunda parte está conformada por los Grupos de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial y una tercera sección en la cual se encuentran los estándares de mejoramiento de la calidad.

Matriz de autoevaluación: Es una herramienta, que permite evaluar cualitativamente el cumplimiento del estándar, teniendo en cuenta los criterios establecidos en el manual, identificando fortalezas y oportunidades de mejora.

En este proceso, se realizaron tres reuniones con los grupos de autoevaluación, logrando identificar los estándares que se encuentran en los subgrupos (ruta lógica de la atención) del Grupo de Cliente Asistencial, que le fueron aplicables a la IPS (Figura 5):

GRUPO CLIENTE ASISTENCIAL	
SUBGRUPOS (Ruta Lógica de la atención)	# DE ESTÁNDARES QUE APLICA
Derechos de los pacientes	3
Seguridad del paciente	3
Acceso	6
Registro e ingreso	3
Planeación de la atención	7
Ejecución del tratamiento	1
Evaluación de la atención	2
Referencia y contrareferencia	3
Estándar de mejoramiento	1

Figura 5. Estándares de grupos de atención al cliente asistencial. Fuente: Creación propia.

De los 74 estándares del grupo de atención al cliente asistencial del manual ambulatorio y hospitalario, sólo 29 estándares de los subgrupos fueron aplicables a la IPS; en el gráfico siguiente se representa el peso porcentual de cada uno de los subgrupos:

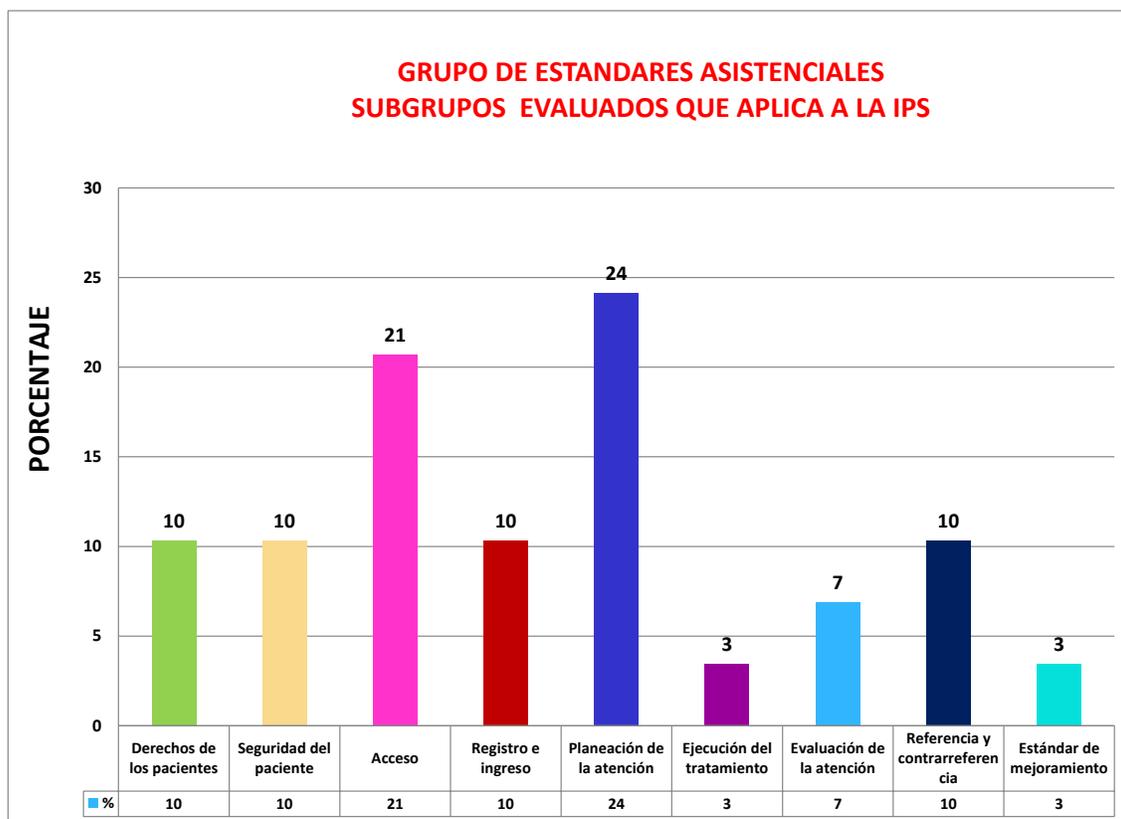


Figura 6. Porcentaje de estándares aplicables a la Ips por cada subgrupo de atención al cliente asistencial. Fuente: Creación propia

Una vez evaluados los 29 estándares del grupo de atención al cliente asistencial, se identificaron 33 oportunidades de mejora.

En cuanto a los estándares de gerencia de ambiente físico, el 100% fueron aplicables a la IPS, de los cuales fueron identificadas 13 oportunidades de mejora.

Autoevaluación cuantitativa

En el proceso de la autoevaluación cuantitativa, se realizó la calificación del desarrollo de los estándares, utilizando como herramienta la hoja radar establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social en la resolución 2082 de 2014 (Anexo 3).

Hoja Radar. Es una herramienta definida en la resolución 2082 de 2014 utilizada para realizar la evaluación cuantitativa del desarrollo de los estándares de acreditación. La calificación que se realiza con esta matriz se encuentra estandarizada de 1 a 5 (Anexo 3). Esta hoja radar cuenta con tres dimensiones de calificación:

Enfoque. Se basa en la documentación estandarización y socialización de los criterios a evaluar es el que implica la documentación, estandarización y socialización de políticas, directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o estándar. El enfoque a su vez se subdivide en: sistematicidad – amplitud, proactividad y ciclo de evaluación y mejoramiento.

Implementación. Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión en la institución. La implementación evalúa el despliegue en la institución y despliegue hacia el usuario.

Resultado. Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques. Se evidencia a partir de la medición, comparación con las mejores prácticas y tendencias positivas de mejoramiento

sostenibles en el tiempo. El resultado evalúa cinco variables: pertinencia, consistencia, avance de medición, tendencia y comparación.

Para el desarrollo de este proceso, se realizaron tres reuniones con el grupo de autoevaluación, donde el resultado final de cada variable se sacó tomando en cuenta la moda según lo calificado por cada uno de los miembros del equipo evaluador obteniendo como resultado la siguiente información (Figura 6):

SUBGRUPOS/ RUTA LÓGICA DE LA ATENCIÓN	PUNTUACIÓN PROMEDIO		
	ENFOQUE	IMPLEMENTACIÓN	RESULTADOS
Derechos de los pacientes	1,3	1,3	1
Seguridad del paciente	1,8	1,3	1,3
Acceso	1,5	1,5	1,2
Registro e ingreso	1,6	1,6	1
Planeación de la atención	2	2	1,2
Ejecución del tratamiento	1	2	2
Evaluación de la atención	2	2	2
Referencia y contrarreferencia	2	2	2
Estándar de mejoramiento	2	2	2
GERENCIA DE AMBIENTE FÍSICO	2	1,8	1,8

Figura 7. Puntuación promedio de la calificación en la hoja radar en las dimensiones de enfoque, implementación y resultados. Fuente: Creación propia

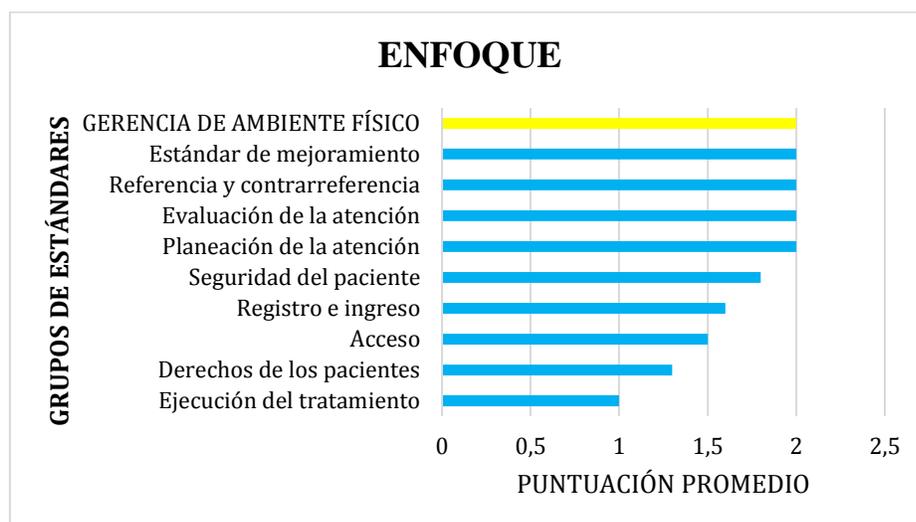


Figura 8. Calificación promedio de la puntuación obtenida en la dimensión de enfoque en la hoja radar para los estándares de los subgrupos de atención al cliente asistencial y gerencia del ambiente físico. Fuente: Creación propia

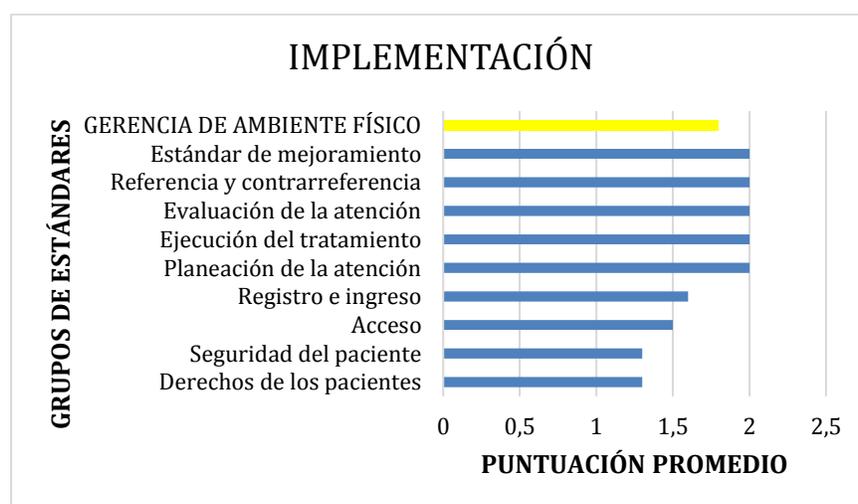


Figura 9. Calificación promedio de la puntuación obtenida en la dimensión de implementación en la hoja radar para los estándares de los subgrupos de atención al cliente asistencial y gerencia del ambiente físico. Fuente: Creación propia

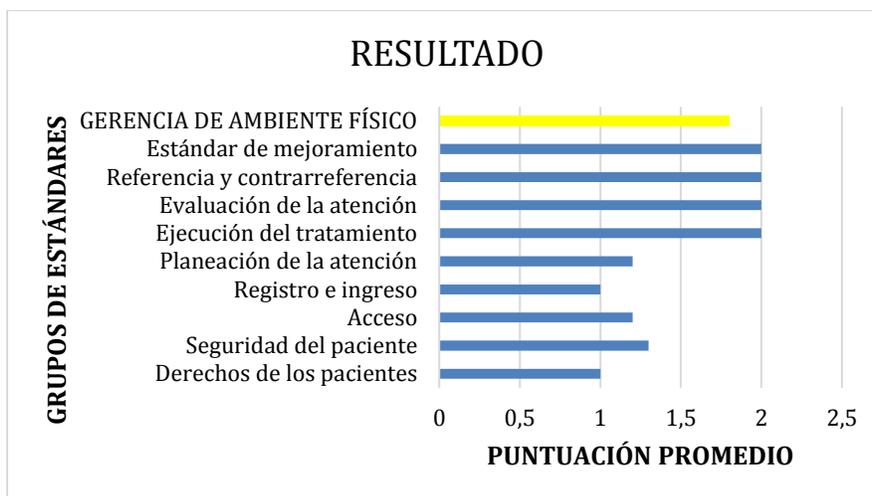


Figura 10. Calificación promedio de la puntuación obtenida en la dimensión de resultados en la hoja radar para los estándares de los subgrupos de atención al cliente asistencial y gerencia del ambiente físico. Fuente: Creación propia

Priorización de oportunidades de mejora

Para dar cumplimiento al segundo objetivo del proyecto, fue necesario realizar cuatro reuniones con los grupos de autoevaluación, donde se realizó la priorización de oportunidades de mejora utilizando la matriz riesgo, costo y volumen definida en el documento de planes de mejora del ministerio de salud del año 2010 (Anexo 4 y 5).

Matriz de priorización de oportunidades de mejora. Es una herramienta que permite categorizar las oportunidades de mejora de acuerdo a su nivel de criticidad. El método para realizar la priorización es por medio de una calificación de los siguientes criterios:

Riesgo: Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución y/o los clientes internos si no se lleva a cabo la acción de mejoramiento.

Costo: Posible impacto económico de no realizar la acción de mejoramiento.

Volumen: Cobertura, alcance del mejoramiento.

Cada oportunidad de mejora se califica de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor, utilizando la siguiente figura de calificación (Figura 10).

RIESGO	Calif	COSTO	Calif	VOLUMEN	Calif
Cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo.	1	Si al no realizarse el mejoramiento no se afectan las finanzas y la imagen de la institución.	1	Si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.	1
Existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento	2	si al no realizarse el mejoramiento se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución-	2	Si la ejecución del mejoramiento tendría una baja cobertura o alcance en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve	2
Cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento	3	Si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.	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	3
Cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto	4	Si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.	4	Si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos	4
Cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo muy alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento	5	Si al no realizarse el mejoramiento se afectan en un alto grado las finanzas y la imagen de la institución.	5	Si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance bastante amplio en la institución o en los usuarios internos o externos	5

Figura 11. Categorización metodología riesgo, costo y volumen. Fuente: Recuperada el 11 de septiembre de 2018 de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-elaboracion-planes-mejoramiento-acreditacion.pdf/>

Para la aplicación de la matriz de priorización de oportunidades de mejora se definió la siguiente escala:

CRÍTICO	ROJO	Valor total entre 80 y 125
SEMICRÍTICO	AMARILLO	Valor total entre 31 a 79
NO CRÍTICO	VERDE	Valor total menor o igual a 30

Figura 12. Escala de clasificación por colores para matriz de priorización. Fuente: Creación propia modificada de: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca Digital /RIDE/DE/CA/manual-elaboracion-planes-mejoramiento-acreditacion.pdf/](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca%20Digital/RIDE/DE/CA/manual-elaboracion-planes-mejoramiento-acreditacion.pdf/)

Con los resultados obtenidos, se procede a priorizar las oportunidades de mejora en color rojo y amarillo, es decir, con valores mayores a 30, las cuales fueron incluidas en el plan de mejoramiento.

PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA			
ESTÁNDARES	CRÍTICO	SEMICRÍTICO	NO CRÍTICO
Derechos de los pacientes	2	1	
Seguridad del paciente	3		
Acceso	6	1	
Registro e ingreso	1	2	
Planeación de la atención	4	4	
Ejecución del tratamiento	1		
Evaluación de la atención	1	3	
Referencia y contrarreferencia	1	2	
Estándar de mejoramiento		1	
GERENCIA DE AMBIENTE FÍSICO	5	7	1

Figura 13. Número de oportunidades de mejora según criticidad por cada subgrupo de estándares. Fuente: Creación propia



Figura 14. Clasificación de oportunidades de mejora de grupos de atención al cliente asistencial de acuerdo a su nivel de criticidad. Fuente: Creación propia

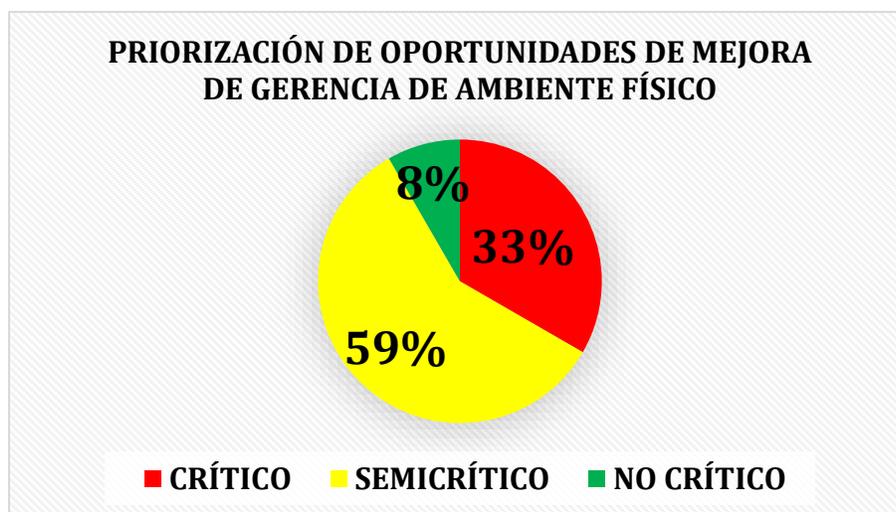


Figura 15. Clasificación de oportunidades de mejora de gerencia de ambiente físico de acuerdo a su nivel de criticidad. Fuente: Creación propia

Elaboración del plan de mejora.

Finalmente, para dar cumplimiento al tercer objetivo se establece el plan de mejoramiento con uso de la matriz especificada por el Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 6 y 7),

De acuerdo con los estándares de Acreditación de Mejoramiento de la Calidad, se deben formular planes de mejora para cada uno de los grupos de estándares que le son aplicables a la IPS de forma separada.

Matriz de planes de mejoramiento: En esta matriz se definen las acciones de mejoramiento con las cuales se pretenden realizar las oportunidades de mejora que han sido priorizadas para cada grupo de estándares. Para ello, se debe transcribir la calificación de la priorización por riesgo, costo y volumen; y por cada oportunidad de mejora deberá ser asignada como mínimo una acción de mejora. A su vez, se deben identificar las barreras de mejoramiento e identificar el proceso y la persona responsable de que la acción se cumpla.

El plan de mejora se propuso a término de 6 meses, dando inicio desde el mes de enero del año 2019; los líderes de los procesos de la IPS quedan a cargo de la implementación y seguimiento del cumplimiento Como resultado de la ejecución de la matriz de plan de mejora, se obtuvo la siguiente información (Figura 1 y 2):

ÍTEM	ESTANDARES PRIORIZADOS	NÚMERO DE ACCIONES A EJECUTAR
1	Estándar 1. Código: (AsDP1)	2
2	Estándar 3. Código: (AsDP3)	2
3	Estándar 4. Código: (AsDP4)	1
4	Estándar 5. Código: (AsSP1)	2
5	Estándar 6. Código: (AsSP2)	1
6	Estándar 7. Código: (AsSP3)	2
7	Estándar 8. Código: (AsAC1)	1
8	Estándar 10. Código: (AsAC3)	2
9	Estándar 12. Código: (AsAC5)	1
10	Estándar 13. Código: (AsAC6)	2
11	Estándar 14. Código: (AsAC7)	3
12	Estándar 15. Código: (AsAC8)	1
13	Estándar 16. Código: (AsREG1)	2
14	Estándar 17. Código: (AsREG2)	1
15	Estándar 18. Código: (AsREG3)	1
16	Estándar 27. Código: (AsPL6)	2
17	Estándar 31. Código: (AsPL10)	2
18	Estándar 32. Código: (AsPL11)	1
19	Estándar 35. Código: (AsPL14)	1
20	Estándar 36. Código: (AsPL15)	1
21	Estándar 37. Código: (AsPL16)	1
22	Estándar 38. Código: (AsPL17)	1
23	Estándar 43. Código: (AsEJ4)	1
24	Estándar 46. Código: (AsEV1)	3
25	Estándar 47. Código: (AsEV2)	1
26	Estándar 53. Código: (AsREF2)	2
27	Estándar 54. Código: (AsREF3)	1
28	Estándar 57. Código: (AsREF6)	2
29	Estándar 74. Código: (AsMCC1)	1

Figura 16. Número de acciones de mejora a ejecutar por cada estándar del grupo de atención al cliente asistencial. Son identificadas 44 acciones correspondientes a las oportunidades de mejora priorizadas del grupo de atención al cliente asistencial. Fuente: Creación propia

ÍTEM	ESTANDARES PRIORIZADOS	NÚMERO DE ACCIONES A EJECUTAR
1	Estándar 119. Código: (GAF1)	1
2	Estandar 120 . Código: (GAF2)	1
3	Estandar 121 .Código: (GAF3)	1
4	Estandar 122 .Código: (GAF4)	2
5	Estándar 123. Código: (GAF5)	1
6	Estándar 124. Código: (GAF6)	2
7	Estándar 125. Código: (GAF7)	1
8	Estándar 126. Código: (GAF8)	2
9	Estándar 127. Código: (GAF9)	1
10	Estándar 128. Código: (GAF10)	1
11	Estandar 129. Código: (GAFMCC1)	1

Figura 17. Número de acciones de mejora a ejecutar por cada estándar de gerencia de ambiente físico. Son identificadas 14 acciones para las oportunidades de mejora priorizadas del grupo de atención al cliente asistencial. Fuente: Creación propia

Conclusiones y recomendaciones

Como resultado de la presente investigación, se pudo evidenciar que el mayor porcentaje de estándares aplicables a la IPS, corresponden a los subgrupos de acceso y planeación de la atención con un 21% y 24% respectivamente; los demás subgrupos se encuentran entre el 3% y 10% de los estándares establecidos en el manual ambulatorio y hospitalario del anexo técnico de la resolución 123, fueron aplicables a la IPS Efi Ciencia Ocupacional Ltda.

En el primer ciclo de acreditación de la IPS Efi Ciencia Ocupacional Ltda, se evidencia que los procesos requieren de intervención en cuanto a enfoque, implementación y resultados hasta lograr la madurez que se necesita para la postulación al proceso de acreditación.

Respecto a la priorización de las oportunidades de mejora, cabe resaltar que el 52% se encuentran en estado crítico, el 46% en semicritico y el 2% no crítico, evidenciando la necesidad de una amplia intervención en los grupos de estándares evaluados, siendo estos los que están direccionados a la parte misional de la IPS. Adicional a esto, si no se llevan a cabo las acciones de mejora, la institución pone en riesgo de exposición a los usuarios y así misma ocasionando un gran impacto económico y afectando su reputación. Es por esto que desde el nivel directivo se cuenta con el apoyo para llevar a cabo el plan de mejoramiento propuesto.

Como producto de la investigación se realizó un diagnóstico a la IPS Efi Ciencia Ocupacional Ltda y a su vez se hizo entrega de la autoevaluación, la matriz de priorización de oportunidades de

mejora y el plan de mejoramiento. Los resultados obtenidos son el inicio de un proceso con miras hacia la acreditación, sin embargo, es importante tener en cuenta que el proceso de acreditación requiere de la realización de varios ciclos de autoevaluación.

Para finalizar, se recomienda a la IPS Efi Ciencia Ocupacional Ltda, ejecutar el plan de mejoramiento entregado en el primer ciclo de acreditación, al cual se le debe realizar el respectivo seguimiento.

Referencias bibliográficas

Castaño, C. (2015). Análisis comparativo de modelos de gestión de tecnología biomédica. Revista Ingeniería Biomédica, 9(18), 41- 49. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rinbi/v9n18/v9n18a07.pdf>

Consultor salud. (10 de MAYO de 2018). Recuperado el 30 de MAYO de 2018, de Decreto único del sector salud – DECRETO 780 DE 2016: <http://www.consultorsalud.com/decreto-unico-del-sector-salud-decreto-780-de-2016>

Decreto 780 de 2016. (s.f.). Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Guerrero, R. G.-M. (2011). Sistema de salud de Colombia. Salud pública de México, 53, 144-155. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010

Ley 100 de 1993. (23 de diciembre de 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

Ley 1122 de 2007. (s.f.). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ley 1438 de 2011. (s.f.). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1751 de 2015. (s.f.). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 9 de 1979. (s.f.). Por la cual se dictan Medidas Sanitarias.

Ministerio de la Protección Social. (3 de abril de 2006). Recuperado de DECRETO 1011 DE 2006:

https://www.Minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Ministerio de la protección social. (3 de ABRIL de 2016). DECRETO 1011 DE 2006.

Ministerio de Protección Social. (2007). Recuperado de Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Ministerio de salud. (abril de 2018). Recuperado de Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.: <https://www.Minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-Obligatorio-Garant%C3%ADa-Calidad-SOGC.aspx>

Ministerio de salud (2016). Recuperado de Acreditación en Salud:
<http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Paginas/Index.aspx>

Miyahira, J. M. (2001). Calidad en los servicios de salud: ¿Es posible?. Revista Médica Herediana, 12(3), 75-77. Recuperado en 22 de marzo de 2018, de
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000300001&lng=es&tlng=es.

Ortega J., Hernández H., Mariano H., et al. (2015) Calidad Estratégica en los Servicios de Salud. Ed. Centro de investigación y proyectos (CINPRO) Corporación Universitaria Latinoamericana. Recuperado de:
<http://repositorio.cuc.edu.co/xmlui/bitstream/handle/11323/800/Calidad%20Estrat%C3%A9gica%20en%20los%20Servicios%20de%20Salud-LIBRO.pdf?Sequence=1&isAllowed=y>

Social, M. d. (noviembre de 2008). Lineamientos para la implementación de La Política de Seguridad del Paciente. Recuperado de
https://www.Minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTO_S_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf

Rodríguez C. E. Impacto de la Acreditación en Salud en Colombia. Revista Normas y Calidad N°85. Recuperado el 20 de marzo de 2018

de:<http://www.acreditacionensalud.org.co/Adm/ArchivosBoletines/63/Revista%20Normas%20y%20Calidad%20No%2085.pdf>

Social, M. d. (2011). Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia. Recuperado de <https://www.Minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio-hospitalario.pdf>

Zambrano, M. L. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*, 7(1). Recuperado doi:<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>.

Zeus, (2017). Zeus Management consultants. Mexico: *Zeus Consultores*. <http://www.zeusconsult.com.mx/artmverdad.htm>

ANEXOS