

## ACREDITACION EN SALUD COMO GARANTÍA DE LA CALIDAD

Said Cure Molina  
Paula Andrea Marín Restrepo  
Marcela Maria López Ríos  
Hermes Moreno Ruiz.

### **INTRODUCCION**

La tendencia mundial en la prestación de los servicios de salud está enfocada hacia la búsqueda de la excelencia en la atención, esperando cada día cometer menos fallas que puedan terminar en daños a los usuarios y evitando la exposición de los profesionales y las instituciones a procesos jurídicos; Para este logro se hace necesario la estandarización de los procesos encaminados a la obtención de resultados con altos estándares de calidad.

En el año 2000, el Estado colombiano asimilando las metas de otros países, emprendió la “Evaluación y Fortalecimiento del Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud” con el propósito de garantizar en el mediano plazo una óptima calidad en la prestación de los servicios a la población cubierta por el sistema de seguridad social, orientando a obtener una alta satisfacción de los usuarios, al tiempo que impulsa el desarrollo de la cultura de la calidad en el sector.

En el Sistema General de Seguridad Social se entiende por Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Este sistema está conformado por estándares mínimos de habilitación, el sistema único de acreditación, la auditoría de la calidad de la atención en salud y el sistema de información para la calidad (1). Contempla una serie de instrumentos o herramientas, que se constituyen en elementos básicos para la preparación y seguimiento a los procesos de trabajo organizacional alrededor de la calidad.

Para el diseño de estos instrumentos se tuvo en cuenta que no resultaran piezas sueltas dentro del contexto de la calidad, sino un conjunto armónico e integrado de instrumentos con un papel específico dentro del sistema de incentivos o facilitadores de la calidad; que no tuvieran relación de subordinación, es decir, que ningún componente resultara más importante que otro; ni que fueran excluyentes. Sin embargo la acreditación por su exigencia con altos estándares de calidad resulta más atractiva para la organización y sus clientes.

El núcleo conceptual para el desarrollo de los instrumentos de garantía de calidad lo constituyen la atención centrada en el usuario y el mejoramiento continuo de la calidad.

El papel del sistema único de habilitación es poner el 'piso' en el proceso de calidad de la atención de salud y el del Sistema Único de Acreditación en Salud es proponer estándares superiores y promover el mejoramiento orientado totalmente a las necesidades del usuario.

La puesta en marcha del Sistema Único de Acreditación en Salud, es una de las formas mediante las cuales el Estado puede, aunque se trate de un proceso voluntario, lograr un resultado favorable en la calidad de los servicios de salud.

La mayoría de los países del mundo están explorando soluciones innovadoras para responder a las necesidades de los usuarios en un marco de calidad y equidad, con el fin de lograr que la utilización de los recursos sea lo más eficiente posible. Esta realidad requiere de organizaciones humanizadas que dispongan y organicen sus recursos para trabajar coordinadamente y en equipo para sus usuarios, buscando un armónico equilibrio entre el arte y la ciencia, entre la tecnología útil y la que no afecta la condición del paciente.

El presente capítulo tiene como propósito facilitar al estudiante y al profesional del área de la salud información básica y concreta acerca del sistema único de acreditación con el fin de ampliar sus conocimientos y proporcionar una ubicación clara dentro del sistema.

Pretende ser una guía para el profesional de la salud de fácil aplicación en las diferentes instituciones, partiendo de la sensibilidad y compromiso que esto requiere. El capítulo está orientado al estudio de los estándares de IPS hospitalarias y ambulatorias, debido a que las principales experiencias se encuentran en estas instituciones y al abordar sus estándares coinciden con los demás actores del sistema de salud en forma general.

En el capítulo se citarán las experiencias de una institución acreditada, como guía de aprendizaje para quienes estén desarrollando el proceso en sus organizaciones.

## **1. GENERALIDADES DE LA ACREDITACION**

A partir de 1140 en India y China, se desarrollaron requisitos que determinaban quién podía practicar la medicina. Italia emprende esfuerzos para licenciar a todos los médicos, y esto dio lugar posteriormente a estándares educativos uniformes, exámenes estatales y licenciamiento en el siglo XIX.(2)

En los Estados Unidos de Norte América en 1917, el American College of Surgeons (Colegio Estadounidense de Cirujanos) recopiló el primer conjunto de estándares mínimos para hospitales. A comienzo de los años cincuenta la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, al exigir los estándares, verifica qué centros tienen capacidad para hacerlo bien. En Canadá el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud, CCHSA, realiza este proceso desde 1959.(3)

Para el año de 1966, Avedis Donabedian, introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud.(4)

En la década de los 80, las fallas en el proceso de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, así como el aumento en costos, llevó a los profesionales de salud en los países desarrollados a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares. Las organizaciones de salud en USA comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Administración Total de la Calidad (TQM). A su vez, el sistema de acreditación en hospitales amplió su enfoque desde inspecciones hasta promover el mejoramiento de la calidad.

Después de un proceso internacional en el que se presentaron varias ofertas. (5) en 1995 se decidió establecer la secretaría de la International Society for Quality in Health Care Inc. (ISQua) en Australia. Esta sociedad es una organización sin ánimo de lucro, administrada por un Consejo Ejecutivo, que se elige cada dos años. . La Sociedad Internacional de Calidad en Atención de Salud es un organismo independiente no lucrativo con miembros en más de 70 países, proporciona servicios que guían a los profesionales, prestadores, investigadores, agencias, fabricantes y consumidores para lograr la excelencia en la prestación de la atención de salud para. Busca, asimismo y de manera continua la calidad y seguridad de la atención, está comprometida en ofrecer oportunidades a través de su programa anual de conferencias para compartir los hallazgos y para aprender de los esfuerzos e iniciativas de otros.

En Colombia a comienzos de los años 90 el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un “Manual de Acreditación de prestadores de servicios de salud tomando como referencia el “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”, publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en 54 instituciones de diversas regiones del país y de diferentes niveles de atención en una prueba piloto. (6)

En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, (hoy decreto 1011 de 2006) en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación en salud.

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de salud contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en doce países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, se tuvo en cuenta los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial. El objetivo del estudio era evaluar y ajustar los procesos y organismos

encargados de la operación del sistema de garantía de calidad para las instituciones de prestación de servicios.

Con base en este estudio, elaborado por el Centro de Gestión Hospitalaria de Colombia, el Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS. (7)

## 2. ACREDITACION EN COLOMBIA

La Acreditación en salud es una estrategia para desarrollar niveles máximos de calidad, implica un proceso voluntario, periódico, de auto evaluación interna y revisión externa de procesos que produzcan resultados para garantizar y mejorar la calidad de la atención del cliente en una organización de salud. La Visión de la acreditación es “Ser el mecanismo fundamental y de mayor credibilidad para orientar el mejoramiento de las instituciones de salud en Colombia” (8)

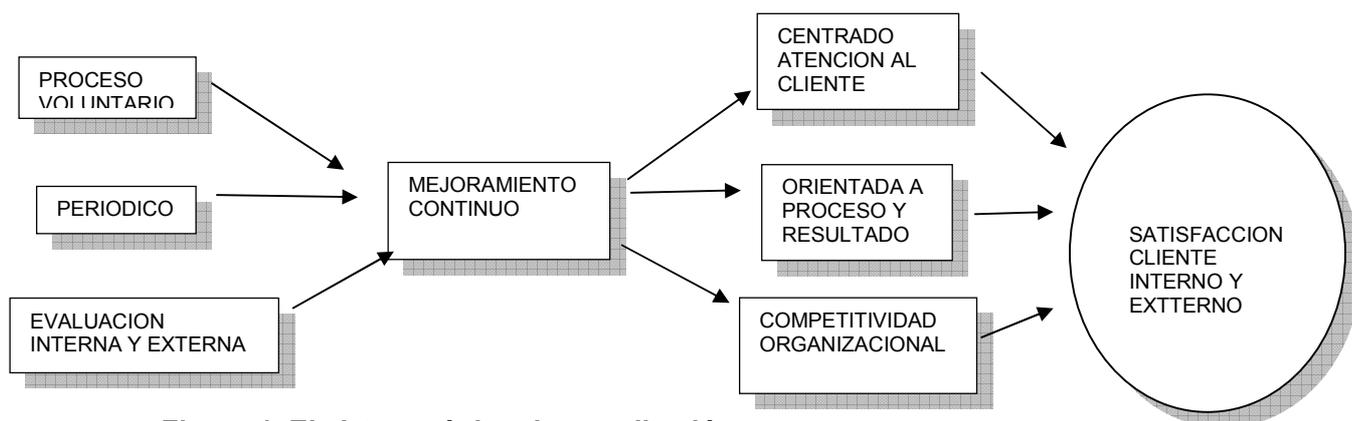


Figura 1. El sistema único de acreditación.

Para la aplicación del Sistema Único de Acreditación la información a la cual se tenga acceso durante el proceso es estrictamente confidencial; no obstante, la calificación final de las instituciones a las cuales se les otorgue la acreditación podrá hacerse pública, previa autorización de las mismas. Igualmente las actuaciones y procesos que se desarrollen procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles; además conlleva un nivel de exigencia cada vez mayor con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud. Las organizaciones deben ser capaces de autoevaluarse teniendo en cuenta los siguientes interrogantes:

- ¿El proceso que se tiene estandarizado se evalúa periódicamente en el tiempo?
- ¿Ese proceso de evaluación es monitorizado a través de indicadores críticos de seguimiento?

- ¿La información arrojada por estos indicadores es utilizada para priorizar necesidades de intervención de los procesos?
- ¿Esas prioridades identificadas están dirigidas al establecimiento de estrategias explícitas de mejoramiento?
- ¿Cómo son implementadas esas estrategias?
- ¿Como se mide el impacto de esa estrategia implementada?

La Acreditación en Salud aplica a: IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud): Hospitalarias, Ambulatorias, Imágenes diagnósticas, Laboratorios clínicos, Centros de Rehabilitación, EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios) como son: EPS (Entidades Promotoras de Salud), EPSS (Empresas Prestadoras de Servicios de salud del Régimen Subsidiado) y EMP (Entidades de Medicina Prepagada).

### **3. MANUAL DE ESTANDARES DE ACREDITACION PARA IPS AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS.**

#### **3.1 ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL**

El propósito es determinar como debe ser la relación del paciente y su familia con la organización en el proceso de atención. La organización debe tener definido y estandarizado el proceso de atención del paciente desde el momento de su ingreso hasta el egreso. Con base en la información obtenida del usuario y su familia y la evaluación clínica que se realice durante este proceso de atención, la organización planea el cuidado, realiza el tratamiento y seguimiento del paciente, y evalúa la prestación del servicio para establecer acciones de mejoramiento.

A continuación se muestra una reflexión general de los estándares del proceso de atención al cliente asistencial tanto para IPS hospitalarias como ambulatorias. La información completa y detallada de los estándares está contenida en la resolución 1445 de 2006 y sus anexos técnicos 1 y 2.

##### **3.1.1 Derechos y deberes de los pacientes.**

El estándar es claro al involucrar al paciente y familia dentro del proceso de atención, con el conocimiento de los derechos que garanticen un servicio con calidad y la obligación de cumplir unos deberes que facilitaran la prestación del servicio y la conservación o recuperación de la salud.

Actualmente algunas instituciones tienen muy bien documentada esta información y el personal participa en la elaboración del contenido de los derechos y deberes y facilita el acceso de esta información al usuario y familia, en otras se incluye a los usuarios en la identificación de estos derechos y deberes. El reto de la organización es encontrar mecanismos para lograr su adherencia, elaborarlos en un lenguaje comprensible para el usuario, de la misma manera, el personal de la institución debe estar preparado en su conocimiento y aplicación.

### **3.1.2 El acceso al paciente.**

En el acceso se debe garantizar una información suficiente y adecuada al usuario desde su ingreso a la institución; en los casos en que el paciente no tenga derecho a los servicios solicitados la organización debe establecer mecanismos para explicarle y orientar los pasos a seguir para acceder a dichos servicios.

Para los servicios ambulatorios la organización debe contar con un sistema de información muy completo que permita al usuario y/o a la institución:

- Elegir libremente el profesional de su preferencia siempre y cuando se encuentre dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.
- Verificar la disponibilidad y oportunidad del personal para resolver las necesidades de atención del paciente.
- Tener una adecuada programación de los tiempos de los profesionales, teniendo en cuenta el tiempo necesario para cada uno de los procesos de atención. A partir de esto definir los indicadores y estándares de oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con los que cuenta.
- Verificar la oportunidad para la atención; en caso de inoportunidad definir las causas que obstaculizan el acceso para intervenirlas.
- Tener un proceso de asignación de citas estandarizado, el cual incluya procesos de autorización, bases de datos actualizadas de los pacientes, conocimiento de la disponibilidad de servicios, horarios de atención, profesionales, especialidades y localización geográfica de los prestadores a los cuales los solicitantes tienen derecho de atención. Al momento de asignar la cita al paciente se le informe la fecha, hora, dirección y profesional asignado. Se debe dejar constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita
- Garantizar que el personal que asigna las citas envía, desde el día previo o antes que comiencen a ser atendidos los pacientes, el listado de pacientes, su orden de atención y el profesional asignado, así como información sobre copagos, cuotas moderadoras o pagos especiales que debe hacer el paciente. La organización debe distribuir esta información o listados a las personas que están directamente involucradas en la gestión de los procesos de atención (Ej.: portería, recepción, profesionales, etc.)

### **3.1.3 Registro e ingreso.**

Es necesario hacer énfasis en la información suministrada al usuario en cuanto a Derechos o servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios y medicamentos, debido a que muchas veces pasa inadvertido y puede generar insatisfacción del usuario con el servicio. La organización debe tener un proceso de asesoramiento para la resolución de inconvenientes, en los casos en los cuales los pacientes carezcan de algún soporte, o no cumplan con todos los trámites administrativos pertinentes. La información suministrada debe ser completa y debe satisfacer las necesidades del usuario. Esta debe ser tanto verbal como escrita para garantizar la comprensión y evitar confusiones.

El personal de salud debe realizar una evaluación del conocimiento del paciente y su familia frente a la enfermedad. Este aspecto es clave para coordinar todas las actividades del proceso de atención del paciente y planear el cuidado, además permite bajar los

niveles de ansiedad y facilita la cooperación del paciente y familia durante la estancia hospitalaria.

En relación con la educación de los pacientes y sus familias, se debe organizar un programa con base en las necesidades de educación identificadas en la población. La institución define los mecanismos para obtener la información ya sea a través del estudio epidemiológico de la región, o teniendo en cuenta las principales causas de consulta. Este programa debe ser manejado por un equipo interdisciplinario y debe contar con objetivos, metas e indicadores que permitan evaluar la efectividad del programa.

La institución debe diseñar la forma de captación de los pacientes, a través de campañas, medios de comunicación, búsqueda activa o los que defina la institución para lograr la cobertura del programa.

Por los riesgos que implica para los usuarios y los prestadores del servicio los tipos de aislamiento deben ser definidos con anterioridad y aplicados al momento del ingreso,. El personal debe ser entrenado periódicamente en el manejo de infecciones y técnicas de aislamiento.

En la espera para la atención la organización debe tener definidos los tiempos óptimos para la consulta o realización de exámenes, evaluarlos y en caso de no cumplimiento establecer las acciones correctivas requeridas que permitan disminuir las reclamaciones por esta situación. Esta información debe estar preferiblemente a la vista del público en la sala de espera. Si por algún motivo se sobrepasa el tiempo previamente estipulado, se le explica personalmente al paciente las causas de retraso y el tiempo máximo que debe seguir esperando para su atención.

#### **3.1.4 Planeación del cuidado y tratamiento.**

La institución debe contar con procesos para planear el cuidado y tratamiento basados en el desarrollo, adopción o adaptación de guías de práctica clínica basada en la evidencia. Todos los procesos de atención deben estar documentados en las diferentes unidades funcionales.

Es necesario acordar mecanismos para lograr la adherencia a las guías por parte del personal de la institución, incluyendo los prestadores adscritos, para garantizar la pertinencia en la prestación del servicio. Una forma de comprometer al personal es distribuir la elaboración de las guías por especialidades, permitir la revisión de las mismas por pares y realizar cronogramas de trabajo para que todo el personal se involucre.

El consentimiento informado es un documento mediante el cual el paciente es informado sobre los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas. Este procedimiento es igual cuando el paciente va a participar en un proyecto de investigación en donde se le explica el objetivo, beneficios e inconvenientes del mismo. La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.

### **3.1.5 Consulta - ejecución del tratamiento**

#### **3.1.5.1 Atención al usuario.**

Se debe garantizar que durante la atención, el paciente tenga la posibilidad de ser escuchado respecto a sus inquietudes y se le provea información básica para lograr un mayor entendimiento.

La organización debe establecer un proceso sistemático y periódico que permita monitorizar las sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones y reclamos de los usuarios, el cual debe contar con un proceso de consolidación, análisis y formulación de acciones de mejoramiento.

#### **3.1.5.2 Remisión de pacientes (referencia y contrarreferencia).**

El proceso de remisión de pacientes a cualquier servicio (urgencias, hospitalización, consulta por especialistas, farmacia, programas de promoción y prevención), debe ser lo suficientemente claro y detallado para que el paciente no presente ninguna complicación derivada de una mala remisión o peor aún por fallas en el proceso administrativo de la remisión. En el caso de provisión de medicamentos, la organización debe establecer mecanismos para verificar la entrega completa y oportuna de medicamentos a los pacientes, pues esto repercute en gran medida en la adherencia al tratamiento. Para los casos de remisión a servicios de hospitalización, la organización debe asegurarse que el paciente fue atendido por la organización donde fue remitido.

Es importante que se cuente con un sistema de información que le permita recordar la remisión de los pacientes a programas especiales de promoción y prevención. Este sistema puede funcionar a través de alarmas predeterminadas en la historia clínica del paciente, de esta manera el profesional puede realizar un seguimiento sobre la participación del paciente en estos programas y sobre las posibles causas de la no asistencia.

#### **3.1.6 Evaluación del tratamiento.**

La mejor manera de evaluar el tratamiento es implementar un proceso de auditoría interna en la organización que tenga como objetivo, entre otros, La evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas para calificar la efectividad, oportunidad y validez de la atención y la información consignada para ajustar y mejorar los procesos.

#### **3.1.7 Egreso.**

La organización debe tener un plan de egreso por escrito que incluya la explicación y determinación del nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia acerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese, contiene además información de los medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, alimentación y rehabilitación, si aplica.

Comunicar de toda información relevante a la Empresa Promotora de Salud, Administradora de Régimen Subsidiado, medicina prepagada o póliza, para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento.

Se debe tener establecido que la organización cuente con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluyendo la facturación de los servicios. Se garantiza asimismo la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, aplicación y evaluación de los mecanismos

correctivos, cuando se observe un patrón de comportamiento deficiente frente al estándar establecido.

### **3.1.8 Mejoramiento de la calidad.**

Las organizaciones deben desarrollar un plan para mejorar la calidad del proceso de atención y tratamiento del paciente. Se hace una selección de los procesos más críticos con el fin de evaluarlos teniendo en cuenta las fallas de calidad que se presentan para determinar las causas y diseñar e implementar actividades de mejoramiento con base en las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Estas actividades deben contar con un proceso de monitorización permanente y Los resultados deben ser comunicados a todo el personal, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.

## **3.2 ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA**

### **3.2.1 Estándar de direccionamiento.**

Son actividades fundamentales en el proceso de planeación para determinar estrategias que mediante su aplicación permitan el adecuado desarrollo y desempeño institucional.

El Direccionamiento estratégico está compuesto por el Pensamiento Estratégico, el Plan Estratégico y el Plan Operativo.

Para su formulación cabe preguntarse:

- Quienes Somos?
- Porqué existimos?
- Hacia dónde vamos?

#### **3.2.1.1 Pensamiento estratégico.**

Es un ejercicio participativo, de mucha creatividad en dónde se define el futuro de la organización, es el pensamiento filosófico institucional.

El Pensamiento Estratégico de Empresa se determina por un grupo de personas de la misma, con el compromiso de la Dirección, las cuales mediante su compromiso y apoyados en experiencias y metodologías crean los componentes para alcanzar un futuro con perspectivas de alcanzar logros satisfactorios en un tiempo de mediano ó largo plazo.

El propósito del Pensamiento Estratégico es servir de guía para lo que se desencadenará en un futuro. Es el cimiento para la toma de decisiones estratégicas.

El Pensamiento Estratégico es considerado como una perspectiva, está constituido por: la Misión, Visión, Valores y la Política.

**Visión:** Es un “sueño” que requiere acciones para llevarlo a la realidad. Es lo que se espera que sea la institución en un futuro; debe ser entendida y compartida por empleados, propietarios y comprendida por los clientes.

**Misión:** Es el camino que tenemos que recorrer para conseguir la visión. Son las actividades que nos ayudan para alcanzar el “sueño”. Describe el concepto de la empresa.

**Valores:** Directrices que guían el día a día de la Misión para avanzar en hacer realidad la visión. Son las convicciones filosóficas de la empresa las cuales van contribuir para el logro del éxito. Algunos valores son basados en los que tiene cada integrante y los otros pueden ser diversos y pueden cambiar en el tiempo.

La responsabilidad del Pensamiento Estratégico está a cargo del Director general y del equipo administrativo seleccionado por la Empresa. Entre ellos debe haber líderes y un responsable - facilitador encargado de que se complete el proceso de planeación.

El tiempo requerido es variable, se sugiere que se realicen reuniones por fuera de la empresa, aproximadamente tres con separaciones en términos de días para poder realizar las correcciones necesarias.

Se debe hacer circular la información y obtener retroalimentación del personal para realizar los ajustes requeridos al pensamiento estratégico institucional.

### **3.2.1.2 Plan estratégico.**

Se procede a iniciar la formulación del Plan estratégico institucional teniendo en cuenta los elementos que se definieron en el Direccionamiento estratégico para garantizar la coherencia.

Es necesario realizar un diagnóstico institucional a partir de determinar Fortalezas y Debilidades ó limitaciones para observar que Oportunidades y Amenazas ofrece el medio en que se mueve la organización (DOFA ó FLOA). (9) esto permitirá establecer estrategias que deben ser contempladas en el Plan estratégico.

De la Visión es necesario identificar las Áreas Clave que se deben trabajar en el Plan estratégico. Para este ejercicio la IPS MEGA estableció las siguientes Áreas Clave:<sup>1</sup>

1. Satisfacción al Usuario
2. Gestión del Talento Humano
3. Gestión Administrativa
4. Entorno y Ambiente Físico
5. Gestión Financiera
6. Mercadeo

A cada área clave se le define un Objetivo estratégico y de este se obtienen las Estrategias (incluidas las resultantes del DOFA); a las estrategias se le definen Metas para los años en que se va a realizar el Plan estratégico.

Continuando con el PHVA del Direccionamiento este Plan se debe evaluar anualmente y realizar los ajustes correspondientes para su cumplimiento; Se pueden utilizar Indicadores de cumplimiento en donde se relacionaran las actividades realizadas con las programadas.

### **3.2.1.3 Plan operativo.**

Su alcance en el tiempo es Anual. Se deriva del Plan Estratégico al enlazar las metas de este con las actividades del Plan Operativo. Las actividades son eventos sencillos que se deben realizar para llevar a cabo lo planeado.(10)

---

<sup>1</sup> IPS MEGA, Direccionamiento estratégico. Medellín, 2006.

Cada Unida Funcional (Área ó Servicio) debe adoptar las Actividades para ser concertadas con el personal en su realización, haciendo parte de la Evaluación del desempeño de cada trabajador. De esta forma todos participan del Direccionamiento estratégico Institucional.

**Figura 2. Formato Plan Operativo**

NOMBRE DEL AREA CLAVE

META	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CRONOGRAMA												Porcentaje de cumplimiento	
			E	F	M	A	M	JN	JL	A	S	O	N	D	Fecha de la Medición	
1																
2																
3																

El tiempo para medir el plan operativo puede ser cada tres meses, lo cual permite realizar ajustes trimestrales que permitan un avance más preciso en el tiempo. Se considera una carta de vuelo la cual va arrojando datos y según estos se pueden hacer los cambios necesarios en el transcurso del año, en caso de ser necesario. Dicha información debe ser divulgada a todo el personal.

Puede utilizarse el concepto de Presidente de Unidad para destacar la responsabilidad para la planeación. Son los directores (Coordinadores) de las Unidades Funcionales los cuales pueden utilizar el proceso de cascada para encargarse de la divulgación de la información a todos los empleados de sus áreas y establecer compromisos con cada trabajador. La función principal es asegurarse de que su unidad se encamine hacia una ruta que sea compatible con el Direccionamiento.

Debe incluirse un análisis de los problemas críticos de cada unidad funcional y es responsabilidad de la gerencia de la organización garantizar espacios, recursos y mecanismos para desarrollar las decisiones y lograr mantenerlos en el día a día. Aquí se evidencia la toma de decisiones. Se pretende interrelacionar los procesos estratégicos con los del día a día; generando procesos de integración con el personal y sus unidades funcionales.

### 3.2.2 Gerencia del recurso humano.

El trabajo organizacional hoy día esta basado en la cultura del mejoramiento continuo. Este se logra en la medida que el trabajador participe en el desarrollo y evaluación del proceso interno al que pertenece y en la solución de problemas organizacionales en forma individual y colectiva. Para alcanzar la Visión la organización debe apuntar a una buena gestión del recurso humano, teniendo en cuenta los procesos de planeacion, selección, vinculación, evaluación, capacitación, satisfacción, promoción y retiro del personal. Dentro de todo este proceso es importante que la organización establezca mecanismos para identificar las necesidades y expectativas del cliente interno en cuanto a cumplimiento de

legislación, escalas salariales, evaluaciones de desempeño, políticas de compensación, estímulos e incentivos, bienestar laboral, necesidades de comunicación organizacional, entre otras.

La Planeación del personal debe hacerse teniendo en cuenta factores como: cambios en el plan estratégico, reestructuración de planta física, complejidad de los servicios, disponibilidad de recursos, nueva legislación, necesidades de los clientes, sus derechos o el Código de Ética organizacional y el diseño de cada uno de los procesos de atención. Esta debe responder a necesidades de acuerdo a perfiles, requisitos de cargos o reubicación cuando se requiera.

Hay que garantizar que el personal de la institución y el personal contratado a través de terceros, tenga la suficiente calificación, competencia y cumplimiento de la responsabilidad para el trabajo a desarrollar, como Conocimientos y habilidades, relaciones interpersonales, habilidades de liderazgo y administrativas y conocimiento de estrategias para el mejoramiento de la calidad. De allí la importancia de evaluar el clima organizacional e identificar en forma permanente las necesidades de educación y capacitación del personal, para disminuir las debilidades encontradas y darle la oportunidad de mejorar el desempeño. Temas relacionados con el liderazgo, relaciones interpersonales y mejoramiento de calidad son poco abordados por las instituciones. La estrategia es capacitar a todo el personal, no solo a los cargos directivos, en estos aspectos desde el ingreso a la institución, esto contribuye a descubrir el potencial de cada uno de los empleados, el cual se vera reflejado en el buen desempeño de su labor.

Otro punto importante es el proceso de evaluación de los trabajadores, el cual debe ser bien planeado, estructurado y sobretodo realizarse en forma periódica, con la respectiva retroalimentación al personal. En el se pretende identificar el potencial de cada trabajador, sus fortalezas, sus debilidades para establecer objetivos concertados, incluidos los del plan operativo que permitan su crecimiento dentro de la institución. El mejoramiento va muy ligado al ambiente laboral y a los incentivos de la empresa. Las instituciones que se preocupan por garantizar al personal un ambiente laboral adecuado contribuyen al buen desempeño organizacional.

La Acreditación pretende que el trabajador tenga un espacio amplio de participación dentro de la empresa, en donde se establezcan procesos formales de comunicación y dialogo, que hagan parte de la política de recursos humanos de la institución.

También cabe preguntarse: Qué mecanismos de control tienen las instituciones para la protección de los registros del personal y como se garantiza que estos registros son procesados exclusivamente para ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del recurso humano propias de la organización?. Las respuestas a este interrogante y las acciones desarrolladas fortalecen la gestión del personal.

Las instituciones deben reforzar los programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud. Acciones como realizar un trabajo conjunto con las ARP, buscar mayor cobertura y participación del personal, crear estrategias para que la información llegue más fácil al empleado, sensibilizarlo al cambio de prácticas inseguras de trabajo y mejorar las condiciones laborales contribuyen en gran medida al desarrollo del personal.

### **3.2.3 Gerencia de sistemas de información.**

El tener un sistema de gerencia de la información estandariza los requerimientos de los clientes y su familia, integra la información administrativa – asistencial de cada una de las unidades funcionales de la organización y permite priorizar en función de necesidades, expectativas y contribuir así a la toma de decisiones.

La estandarización se asegura desde el momento de la captura de la información, su análisis, difusión, confidencialidad tanto en el acceso como en el almacenamiento con el fin de integrar y estructurar su coherencia de tal manera que se pueda monitorear su tendencia y trazabilidad. La gerencia de los sistemas de información debe trabajar conjuntamente con el PAMEC de la organización en busca del mejoramiento continuo.

De igual manera los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial de aquellas necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención al cliente; de esta forma se responde de manera efectiva a las necesidades de información de todos los clientes organizacionales (profesionales y no profesionales) y se evita la desmotivación, que pueda traer un desempeño laboral inapropiado reflejado en la atención al cliente externo.

Para facilitar el desempeño del Sistema se puede contar con listas sistematizadas de acrónimos o siglas definidas por la organización que permiten abreviar información, relacionada con los procesos de atención en salud.

Actualmente las instituciones de salud están muy comprometidas con éste estándar en la medida en que han comprendido la importancia que tiene el conocer las necesidades de sus clientes para satisfacer sus expectativas; de esta forma se hacen cada vez más competitivos lo cual se logra mediante el mejoramiento continuo. Aún se observa que todavía se encuentran brechas que están por mejorar, siendo esto más notorio en la capacitación del cliente interno y la investigación (11).

Además no se puede desconocer que el sector salud está empezando a gestionar los sistemas de información, aún con algunas dificultades debido a que la gran mayoría de las herramientas se han construido basados en las necesidades que surgen; en otros casos se carece de información articulada entre asegurador, prestador y usuario, pero de igual manera cada vez se trabaja más en ello debido a las exigencias competitivas del mercado y a los conocimientos que adquieren los usuarios de los servicios de salud.

Para la evaluación de la planeación y prestación del servicio, los indicadores hacen parte de la información que se debe procesar para la mejora, algunos de ellos pueden ser: disminución de tiempo en la adjudicación de servicios, en la organización de historias clínicas, en los procesos de facturación y manejo de información de pacientes, cubrimiento de servicios, efectividad en procesos administrativos y satisfacción del Usuario.

Es necesario conocer, que la gestión de la información se puede realizar utilizando el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) con los siguientes pasos:

1. Identificar las necesidades de información con participación de las unidades funcionales de la institución, a partir de una evaluación objetiva, priorizada y teniendo en cuenta requisitos de ley, las necesidades del cliente (externo e interno), de la organización y requisitos normativos del sistema de garantía de la calidad.
2. Identificar los responsables para la gestión de la información y medios más efectivos para su transmisión.
3. Elaborar el proceso que permita garantizar la seguridad y confidencialidad de la información previendo pérdidas, acceso no autorizado, alteraciones, mal uso de los equipos y deterioro o pérdida de los archivos.
4. Divulgar al personal la información que requiere la empresa para su buen funcionamiento y toma de decisiones, sensibilizándolo de tal forma que comprenda y apropie la importancia de esta para el crecimiento institucional.
5. Capacitar en recolección de información, calidad del dato, manejo de programas, equipos informáticos y entrega de información a tiempo.
6. Recolectar la información teniendo en cuenta quien lo va a hacer, como, cuando, donde, por o para que y en lo posible su costo (cuanto).
7. Analizar la información que permita definir las no conformidades y determinar las causas para implementar planes de mejora que conlleven a corregir los no cumplimientos.
8. Divulgar los resultados de la gestión de la información de acuerdo con los medios identificados en la planeación.
9. Verificar que se esté implementando el plan de información, la toma de decisiones, el almacenamiento seguro, la confidencialidad y la trazabilidad (entendida como la capacidad para seguir el rastro que determine la ubicación rápida; un ejemplo es la trazabilidad de la historia clínica).
10. Estandarizar la información, asegurando los procedimientos que se estén realizando convenientemente y divulgando las mejoras al personal.

El objetivo es cambiar el paradigma de medir para informar, por el de medir para decidir, teniendo en cuenta que los indicadores en salud representan una fuente de información valiosa para el mejoramiento de la atención y el cuidado de los pacientes y con ello el crecimiento de la organización siempre y cuando sean bien administrados. (15)

#### **3.2.4 Gerencia del ambiente físico.**

La provisión de servicios de salud se desarrolla dentro de un ambiente que implica una serie de riesgos para el bienestar de los usuarios-pacientes y empleados de la organización.

La gerencia del ambiente físico pretende generar una serie de procesos y políticas encaminados a establecer mecanismos operativos de prevención y manejo de esos potenciales riesgos para garantizar la seguridad y calidad del entorno donde se desarrollan los procesos de la institución.

La entidad debe contar con una política y procesos de gerencia del ambiente físico que contemple: recursos físicos, el mantenimiento de la seguridad, la preparación para

emergencias y desastres, control de infecciones de acuerdo con la legislación y estándares de manejo de pacientes, recolección, análisis y reporte de infecciones o enfermedades de transmisión, así como la detección y manejo cuando es intrahospitalaria; empleo adecuado de los equipos e insumos acorde con la legislación y procedimientos internos. De igual manera, el manejo y disposición de los desechos en forma segura.

Se debe contar con procesos definidos para el control y manejo de emergencias y desastres debidamente documentados y articulados con entidades coordinadoras; se contempla la realización de ejercicios periódicos para revisar protocolos y mantener una disciplina y organización de responsabilidades del personal en temas tales como incendios, donde se cuente con prácticas de prevención y capacitación para el manejo de las situaciones de emergencia, la activación de alarmas, el manejo de pacientes y su reubicación adecuada, sistemas de evacuación y desactivación de sistemas inflamables; proceso de recepción de personas involucradas en emergencia o desastre, áreas dispuestas, registro e ingreso de los pacientes, proceso de triage, señalización y protocolos de egresos para estas situaciones. Se debe contar también con un proceso para el manejo de pacientes extraviados dentro de la entidad, identificación de las personas con posibilidad de extravío, protocolo de búsqueda e información a la familia y organismos de seguridad.

Además, se miden con indicadores la gerencia del ambiente físico, teniendo en cuenta los factores de calidad del proceso de atención de manera priorizada por el riesgo, el volumen y su incidencia sobre factores clave de calidad. De su medición se desarrollan procesos de mejoramiento que son compartidos y monitorizados permanentemente.

#### **4. IMPLEMENTACION DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION**

En esta última parte del capítulo se pretende ofrecer algunas pautas para la implementación del SUA, sin desconocer el análisis interno y externo que cada organización debe realizar para llevar a feliz realización este proceso.

##### **4.1 PREPARACION PARA ACREDITACION**

###### **4.1.1 Formación de líderes gestores de la calidad.**

Se desarrolla en esta etapa un proceso de enseñanza, aprendizaje y entrenamiento dirigido a profundizar el conocimiento y dominio del Mejoramiento Continuo de la Calidad, de la planificación estratégica y del desarrollo organizacional en un conjunto de trabajadores líderes de la institución, debidamente seleccionados, que se constituyan en un equipo facilitador del proceso y que proporcione apoyo técnico y docente para todos los niveles de la organización.

La formación de facilitadores requiere de esfuerzos, recursos y de un proceso educativo cuidadosamente estructurado y planificado. Una propuesta de formación cuyo propósito fundamental, no sea solo el planteamiento de las bases técnicas del proceso educativo, para formar y desarrollar equipos de facilitadores que apoyen técnicamente la

institucionalización del Mejoramiento Continuo de la Calidad; sino también, impulsar el desarrollo del liderazgo y de una cultura, orientados hacia la calidad.

Se pueden desarrollar seminarios teóricos-prácticos con trabajo de campo y asesoría técnica, de manera que los participantes apliquen las enseñanzas mediante el desarrollo de proyectos de mejoramiento a la vez que multiplican el proceso y lo extienden a otros miembros del equipo de trabajo.

#### **4.1.2 Sensibilización a la cultura de calidad.**

Se pretende en esta etapa obtener el apoyo e involucrar a las personas de la Institución, mediante la presentación, interpretación y análisis del marco filosófico de la calidad; así como el empleo de un proceso intencionado de discusión y análisis del enfoque de mejoramiento continuo de la calidad y sus perspectivas de desarrollo en la Institución<sup>2</sup>.

La estrategia a emplear será el desarrollo de seminarios-taller para el análisis conceptual, la motivación y discusión de posibles alternativas de apoyo directivo al proceso de desarrollo del mejoramiento continuo de la calidad en la institución.

Desarrollar un programa de aprendizaje basado en el principio fundamental, de que las personas aprenden mejor en el trabajo si se toman el tiempo necesario para reflexionar sobre este, y emplear una metodología participativa de estudio.

La estrategia a utilizar es la participación, el trabajo en equipo y el desarrollo de proyectos de mejoramiento continuo, de manera que se produzca una expansión en cascada del enfoque metodológico.

Se dará énfasis al desarrollo organizacional, especialmente en el liderazgo transformacional, la toma de decisiones, la motivación, la creatividad e innovación, para lograr el compromiso de los equipos de trabajo con el cambio y transformación de la cultura organizacional.

Por último y no menos importante, utilizar como herramienta metodológica el Ciclo de Mejoramiento Continuo de la Calidad, aplicado a problemas operativos y clínicos concretos, optimizando el uso de los recursos disponibles.

#### **4.1.3 Apropriación de la normatividad.**

Con la apropiación por parte de los Facilitadores, de la metodología y las herramientas para el mejoramiento continuo, se procede al estudio disciplinado de la normatividad relacionada con el Sistema único de Acreditación y el conocimiento e interpretación de sus estándares.

La Dirección representada en el comité de Calidad ó en el equipo líder para la Acreditación elabora el plan para implementar el SUA, para ello debe tener en cuenta los ciclos de preparación y Ruta crítica.

---

<sup>2</sup> Hospital del Sur, Gabriel Jaramillo Piedrahita, informe de entrevistas de experiencias en acreditación, Itagüí, 2007.

Con la participación de los facilitadores se procede a capacitar al personal de la institución en los conceptos y estándares para ir familiarizando a los trabajadores con el cumplimiento de la normatividad. Se pretende que la información fluya a todo nivel de la organización y que la situación organizacional sea conocida por el personal. Luego se conformaran los diferentes equipos que la institución planeó para la implementación del sistema, con sus respectivos responsables.

#### **4.1.4. Auto evaluación y mejoramiento.**

En este punto los equipos examinan qué tan efectivamente están trabajando, comparando el quehacer diario contra los estándares.

Este procedimiento se realiza teniendo en cuenta que el equipo revisa el cumplimiento del estándar, documenta el hallazgo y determina el cumplimiento del indicador del estándar respectivo. Comprende todas las fortalezas y oportunidades de mejora encontrados. Posteriormente establece las acciones de mejora para su implementación.

Se establecerán mecanismos de monitoreo y evaluación de la implementación del Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad, para determinar el grado de avance de las etapas de implementación, direccionar los esfuerzos y conocer el impacto de usuarios y prestatarios de los servicios.

Es necesario divulgar a todo el personal los avances en la implementación del SUA. Como estrategias, se realizarán reuniones, boletines informativos periódicos, carteleras ó cualquier otro medio que la organización determine para este fin.

## **4.2 RUTA CRÍTICA**

Por Ruta Critica se entiende todo el proceso que la Institución experimenta desde el momento de tomar la decisión de aplicar a la acreditación hasta la elaboración del reporte final de la visita de evaluación. Comprende:<sup>3</sup>

5.2.1 Solicitud de Acreditación: Es un proceso formal en que la institución presenta por escrito su intención de acreditarse.

5.2.2 Auto evaluación: Basado en la Guía Práctica para la Preparación. Se desarrolla una revisión de los procesos y estándares para verificar el cumplimiento del Anexo técnico de la Resolución 1445 de 2006.

5.2.3 Informe de Auto evaluación: Se realiza como resultado de la Auto evaluación, en donde fortalezas y oportunidades de mejora.

5.2.4 Evaluación: La preparación se planea de forma conjunta entre la institución y el organismo evaluador quien realiza la visita y proporciona un informe de evaluación.

5.2.5 Notificación de Acreditación en Salud: Previo estudio del informe de evaluación a la institución, la Junta de Acreditación por medio de un informe da a conocer el resultado de Acreditación.

---

<sup>3</sup>ICONTEC. Guía básica para la acreditación en salud. Bogotá. 2004

5.2.6 Seguimiento de la Acreditación: La institución debe implementar procesos para mantener y mejorar el nivel de entidad Acreditada, que debe ser demostrado cuando la entidad evaluadora realice las visitas de verificación.

## **6. CONCLUSIONES**

6.1 La acreditación en salud es una herramienta gerencial que permite demostrar niveles óptimos de calidad en la prestación de servicios de salud. Requiere del compromiso de todo el personal de la organización para su implementación y sostenimiento del nivel de calidad obtenido.

6.2. El Sistema Único de Acreditación (SUA) es una oportunidad de mejoramiento para alcanzar estándares exigentes de calidad en la prestación de los Servicios de Salud.

6.3. Las organizaciones que han implementado el SUA con un compromiso serio, han alcanzado mejoras significativas en la atención de los clientes.

6.4 La acreditación es un proceso que requiere un alto grado de exigencia por parte de las entidades que asesoran y certifican las instituciones de salud, pues no basta con tener procesos estandarizados, se busca además medir el impacto de la prestación de los servicios frente al usuario.

6.5 Los estándares de acreditación son patrones de referencia para evaluar los procesos al interior de la organización. En términos generales exigen estrategias para mantener bien informado al usuario y mecanismos para evaluar la satisfacción frente a los servicios prestados.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de la protección social, Decreto 1011 2006, Bogotá 2006.
2. INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. Historia de la Acreditación en el Mundo. [www.unydos.com/acreditacion/antecedentes.php](http://www.unydos.com/acreditacion/antecedentes.php). Consultado en septiembre de 2007.
- 3.. DONABEDIAN,Avedis. Evaluating the quality of medical care. milbank memorial fund q, 1966,p.166-206.
5. INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. Historia de la Acreditación en el Mundo.[www.unydos.com/acreditación/antecedentes.php](http://www.unydos.com/acreditación/antecedentes.php). Consultado en septiembre de 2007.
6. INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. Acreditación en Colombia.[www.unydos.com/acreditación/antecedentes.php](http://www.unydos.com/acreditación/antecedentes.php). Consultado en septiembre de 2007.
7. Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria – Canadian Council on Health Services Accreditation – Qualimed. Proyecto Garantía de Calidad. Revisión de Experiencias Nacionales de Acreditación de IPS. 2000.
8. ESE HOSPITAL DEL SUR GABRIEL JARAMILLO PIEDRAHITA, Entrevista implementación de la acreditación, Itagüí 2007.
- 9 MORRISEY,George. Pensamiento estratégico. Planeando con Morrisey. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A,1996,p 1-56.
- 10 MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL., Ley 100 de 1993
11. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 1445 Anexo técnico 1 y 2. Bogotá.2006
12. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL,. Resolución 1446 Anexo técnico. bogota,2006
13. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Guía práctica de preparación para la acreditación en salud. versión 2007.Bogota.
14. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Reglamento unidad sectorial de normalización en salud, versión final 2006
15. INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. Guía básica para la acreditación en salud. 2004. Bogotá, d. c. Colombia.