

**UNIVERSIDAD MILITAR  
NUEVA GRANADA**



**MODELO DE PROCESOS PARA LA ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL:  
caso de estudio**

**Autor:  
Sandra Liliana Chamorro Muñoz**

Artículo presentado como proyecto de grado para aspirar a título de  
Especialista en Gerencia de la Calidad

Coordinadora Especialización Gerencia de la Calidad  
Ingeniera Erika Johana Ruiz Suárez

Director de trabajo de grado  
Ingeniero Leonardo Juan Ramírez López –DP

**UMNG  
FACULTAD DE INGENIERÍA  
ESPECIALIZACION GERENCIA DE LA CALIDAD  
Bogotá 23 agosto, 2013**



**MODELO DE PROCESOS PARA LA ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL:  
caso de estudio**

**MODEL OF PROCESS TO CUSTOMER CARE: a study case**

Sandra Liliana Chamorro Muñoz  
Odontóloga  
Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia,  
[u6700439@unimilitar.edu.co](mailto:u6700439@unimilitar.edu.co)

**RESUMEN**

*Un modelo de procesos para atención de cliente asistencial*, es un documento que pone en contexto los pasos que se deben seguir para la Acreditación en Salud en Colombia con énfasis en la Atención al Cliente Asistencial el cual forma parte de uno de los tres grupos de estándares contenidos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia el cual fue modificado mediante resolución 123 del 2012.

Este manual se encuentra descrito en el Sistema Único de Acreditación SUA el cual forma parte de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud SOGC y pretende mediante la calificación de los estándares mostrar los niveles superiores considerados óptimos y factibles de alcanzar, que deben ser cumplidos por las entidades para alcanzar niveles superiores de calidad de la atención en salud.

La finalidad de este artículo es entregar una guía al Dispensario Norte perteneciente a la Dirección de Sanidad Ejército explicando de una manera secuencial y sencilla todos estos conceptos no solo a esta organización sino a cualquier Dispensario para que puedan alcanzar la acreditación cuya estrategia y metodología va enfocada a aumentar y mejorar la calidad de la prestación del servicio utilizando métodos específicos del sector salud orientado más hacia resultados de satisfacción del paciente que la conformidad en las especificaciones del proceso los cuales son prerrequisitos para la calidad, pero no son su finalidad.

## **Palabras clave**

Modelo: Arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo.

Proceso: Acción de ir hacia adelante.

Atención: Acción de atender. Asistencia médica inicial que recibe un paciente.

Cliente: Persona que utiliza con asiduidad los servicios de un profesional o empresa.

Odontología: Estudio de los dientes y del tratamiento de sus dolencias.

## **ABSTRACT**

A model of customer assistance attention process is a document that contextualizes the steps that must be followed to Accredited the Colombian Health System based on customer assistance service, which belongs to one of the three groups of standards held in Colombian outpatient and hospital services accreditation. Manuals modified by 123 resolution in 2012.

This manual is described in the Accreditation Unique System SUA which is part of one of the health attention quality guarantee obligatory system components SOGC that tries to show higher levels by means of standards qualifications considered optimus and reachable. They must be followed by the organizations to reach higher levels of health attention quality.

The purpose of this article is to provide a guide to the Army's North Dispensary that belongs to the Army's Health Directions. Explaining in a simple and sequential way all this concepts not only to this Dispensary but also to any other dispensary so they can reach accreditation and which its strategies and methodologies are focused on increase and improve the service quality using the specific methods of the health services directed to the results in patients satisfaction instead of the process itself that at the end are just quality requirements but they are not the mail goal.

## **Keywords**

Model: a representation, usually on a smaller scale, of a device, structure, etc.

Process: a method of doing or producing something.

Care: followed by for: to provide physical needs, help, or comfort.

Client: a person, company, etc., that seeks the advice of a professional man or woman.

Dentistry: the branch of medical science concerned with the diagnosis and treatment of diseases and disorders of the teeth and gums.

## **1. INTRODUCCIÓN**

Los modelos de procesos para atención al cliente asistencial es una recopilación de información que ayuda a entender de manera sencilla las definiciones que se encuentran en el sistema primero acerca de la habilitación y luego como un plan de mejoramiento continuo para conducir finalmente a la acreditación, los cuales forman parte del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social – SOGCS-, establecido por el decreto 1011 de 2006 cuya finalidad es la provisión 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, para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud en Colombia.

El Sistema Único de Habilidadación contiene un 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 de capacidad 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 Entidades Administradoras de Planes de beneficios EAPB.

A partir de este cumplimiento mínimo, podrán implementar los procesos de los Estándares de Acreditación que representan la concreción en la operación de la política de calidad del sistema de seguridad social en salud y definen el modelo de excelencia y óptimo rendimiento hacia el cual se debe mover la atención en salud en Colombia.

Para esto se presenta un modelo que espera pueda proveer información a todos los actores del sistema, sobre qué es, cómo se estructura, cuáles son sus componentes y finalmente, cuáles son las principales características de cada uno de ellos.

## **1.1 CONTEXTO DE LA EMPRESA**

El Dispensario Norte forma parte de la Dirección de Sanidad de Ejército y hace las veces de IPS de éste sistema, presta atención a todos los que se encuentran afiliados al Sistema de Salud denominado Fuerzas Militares.

En la actualidad se rige por El Modelo Estándar de Control Interno MECI que se establece para las entidades del Estado como resultado al cumplimiento de las leyes 87 de 1993 y 489 de 1998 la cual proporciona una estructura para el control a la estrategia, la gestión y la evaluación en las entidades del Estado, cuyo propósito es orientarlas hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales, la contribución de estos a los fines esenciales del Estado y es complementario del Sistema de Gestión de la Calidad pero en este caso esta institución no aplica ni el SOGCS ni la norma NTCGP 1000:2009 que es la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública .

## **1.2 DEFINICIONES**

**Atención de la salud:** Conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento y actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

**Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud:** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada con respecto a calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

**Calidad de la atención de salud:** Provisión 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.

**Condiciones de capacidad tecnológica y científica:** Requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

**Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB:** Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

**Prestadores de Servicios de Salud:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

**Profesional independiente:** Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

**Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS:** Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

**Unidad sectorial de normalización en salud:** Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

## **2.1 MATERIALES**

A continuación se lista la normatividad asociada a este trabajo:

- Ley 100 1993: Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
- ley 100 de 1993 en sus artículos 186 y 227: Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud:
- Decreto 1011 2006: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS.
- Guía Aplicativa del SOGCS para la IPS de Carácter Público: Resolución 2181 2008 La ley 100 de 1993.
- Resolución 1445 2006: Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora.
- Resolución 3960 2008: Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1445 de 2006 y los Anexos Técnicos.
- Resolución 3960 2008: Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1445 de 2006 y sus anexos técnicos.
- Resolución 123 de 2012: por el cual se modifica artículo 2 Resolución 1445 de 2006, estándares de acreditación.

## **2.2 MÉTODO**

La investigación utilizada en la elaboración de esta guía es de tipo descriptivo, porque recopila y analiza los diferentes conceptos descritos en el Decreto 1011 del 2006 por el cual se establece el SOGCS y que de acuerdo a la Resolución 123 de 2012 resuelve modificar el artículo 2 de la resolución 1445 del 2006 que se refiere a los estándares de acreditación específicamente al numeral 5 contenido en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario del Ministerio de Protección Social.

### **2.2.1 Campo de acción**

- Instituciones Prestadoras de Servicios.
- Entidades Promotoras de Salud.
- Administradoras de Régimen Subsidiado.
- Entidades Adaptadas.
- Empresas de Medicina Prepagada.



- Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

### *Excepciones*

- Fuerzas militares y Policía Nacional, las cuales se pueden acoger de manera voluntaria y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios- EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS, o con entidades territoriales.
- Bancos de Sangre.
- Grupos de Práctica Profesional que no cuenten con infraestructura física para la prestación de servicios de salud.
- Los procesos de los laboratorios de genética forense.
- Bancos de Semen de las Unidades de Biomedicina Reproductiva y a
- Todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos.

### **2.2.2 Características del SOGCS**

- *Accesibilidad:* Posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- *Oportunidad:* Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- *Seguridad:* 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.
- *Pertinencia:* Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- *Continuidad:* Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

### **2.2.3 El Sistema Único de Habilitación:**

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 de capacidad 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.

- *Condiciones de capacidad tecnológica y científica.*
  - ✓ Los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social.
  - ✓ Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus correspondientes jurisdicciones, podrán someter a consideración del Ministerio de la Protección Social propuestas para la aplicación de condiciones de capacidad tecnológica y científica superiores a las que se establezcan para el ámbito nacional

*La aplicación de estas exigencias deberá contar con la aprobación previa de este Ministerio.*

- *Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera*
  - ✓ Cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo.
  - ✓ Su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.
  - ✓ Condiciones de capacidad técnico-administrativa
  - ✓ El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
  - ✓ El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.
  - ✓

#### **2.2.4 La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, PAMEC**

- La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.

- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

*Incluye el concepto de Auditoría Médica a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.*

### **Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.**

- **Autocontrol:** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
- **Auditoría Interna:** Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura del autocontrol.
- **Auditoría Externa:** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

### **Tipos de acciones**

- **Acciones Preventivas:** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.
- **Acciones de Seguimiento:** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
- **Acciones Coyunturales:** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de

eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

### **Énfasis de la auditoría según tipos de entidad.**

- **EAPB.** Estas entidades deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.
- **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.** Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.
- **Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.** Estas entidades deberán asesorar a las EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación de los programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

### **Responsabilidad en el ejercicio de la auditoría.**

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

### **2.2.5. Sistema único de acreditación**

Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

*Todo Prestador de Servicios y EAPB deberá contar con la Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación como condición para acceder a la acreditación.*

#### ***Principios del Sistema Único de Acreditación***

- Confidencialidad. La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.
- Eficiencia. Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.
- Gradualidad. El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

#### **Entidad acreditadora**

El Sistema Único de Acreditación estará liderado por una única entidad acreditadora, seleccionada por el Ministerio de la Protección Social de conformidad con lo estipulado en las normas que rigen la contratación pública, quien será la responsable de conferir o negar la acreditación.

#### **Manual de Estándares del Sistema Único de Acreditación**

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.

### **2.2.6 Sistema de información para la calidad:**

El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un “Sistema de Información para la Calidad” con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

#### *Objetivos del Sistema de Información para la Calidad*

- Monitorear. Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
- Orientar. Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
- Referenciar. Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.
- Estimular. Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

#### *Principios del Sistema de Información para la Calidad*

- Gradualidad. La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.
- Sencillez. La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.
- Focalización. La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.
- Validez y confiabilidad. La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.

- Participación. En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Eficiencia. Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

## **2.2.7 Medidas de seguridad y sanciones**

### *Aplicación de las medidas sanitarias de seguridad.*

El incumplimiento de lo establecido en el presente decreto, podrá generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las normas legales, por parte de las Entidades Territoriales de Salud en el marco de sus competencias,

Con base en el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente decreto y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas.

### *Sanciones*

Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades, corresponde a las Entidades Territoriales de Salud, adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar de acuerdo con lo previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

## **3. RESULTADOS**

Del modelo propuesto se obtuvieron los resultados que se mencionan a continuación.

### **3.1 GUÍA PARA ACREDITACIÓN EN SALUD**

#### **3.1.1 ¿Qué es la acreditación en salud?**

La Acreditación en Salud es un proceso voluntario y establece una evaluación específica para el sector salud, que verifica el cumplimiento de estándares de procesos y de resultados de la atención en salud. La acreditación se basa en el cumplimiento de estándares de procesos científicos, administrativos y gerenciales de la atención en salud, enfocados en el usuario y su familia, por parte de las

instituciones de salud (IPS y EPS), los cuales se diseñaron teniendo en cuenta el contexto nacional e internacional y aplican a las instituciones como un conjunto integral.

El 9 de febrero de 2004 el Ministerio de la Protección Social, e ICONTEC, como entidad acreditadora, lanzaron el Sistema Único de Acreditación, uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud establecido mediante el Decreto 1011 de 2006, colocando a disposición de los prestadores de servicios de salud, EPS, del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado y empresas de medicina prepagada una estrategia para utilizar por aquellas que voluntariamente quieran demostrar el cumplimiento de altos niveles de calidad, una importante herramienta de gestión gerencial que pueden impactar de manera notable la resolución de muchos de sus problemas críticos.

El desarrollo del proceso en nuestro país incluyó la revisión de experiencias internacionales y de los diferentes modelos aplicados en algunos países, lo cual permitió incorporar en el diseño del sistema algunos de los elementos que caracterizan las más avanzadas experiencias de calidad en el mundo. Nuestro modelo además incorpora algunas características muy propias nuestras como:

- Es operado por un ente acreditador único el cual lidera el sistema en ejercicio de una concesión del Estado, implementando las políticas de calidad del país y bajo la supervisión del concedente, en este caso el Ministerio de la Protección Social.
- La acreditación se encuentra completamente integrada en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Este modelo nos garantizará procesos únicos, eficientes y transparentes para la etapa de evaluación y otorgamiento del Certificado de Acreditación en Salud y le brindarán al sistema una imagen de credibilidad, solidez y transparencia que han demostrado ser claves en el desarrollo de la estrategia.
- En el caso específico de ICONTEC, sus funciones como ente acreditador mientras dure la concesión otorgada por el Estado están claramente diferenciadas y funcionan independientemente de su rol como ente certificador, normalizador o institución educativa.



El sistema de acreditación se constituye en una oportunidad para que las entidades sean competitivas en el plano internacional, dado que nuestro modelo de acreditación cuenta con el reconocimiento de ISQua, la Sociedad Internacional de Calidad en Salud y su Federación Internacional a nuestro ente acreditador, (al cual ICONTEC está afiliado) encontrándose en proceso la estandarización internacional de nuestros estándares, de esta forma se continúa incrementando la competitividad de nuestras entidades para la exportación de servicios de salud.

Asimismo, el sistema incorpora incentivos de prestigio que generan competencia entre las entidades para ofrecer mejores servicios, lo cual redundará directamente en beneficio de los usuarios, quienes tendrán la opción de escoger entre aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad.

### **3.1.2 ¿Cómo se prepara las IPS para la acreditación?**

Las instituciones de salud que tomen la decisión de prepararse para acreditarse, deberán establecer los mecanismos que les permitan garantizar el cumplimiento de los estándares de habilitación, ser verificadas y certificadas en el cumplimiento de las condiciones de Habilitación por las Direcciones Territoriales de Salud. A partir de este cumplimiento mínimo, podrán implementar los procesos de los estándares de acreditación en salud, utilizando la Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud desarrollada por el Ministerio de Protección Social e ICONTEC en el marco de los Principios de la Acreditación en Salud, los Lineamientos Nacionales e Internacionales por la Seguridad del Paciente, el Mejoramiento Continuo de la Calidad y las directrices y procedimientos institucionales, así como los definidos por ICONTEC en la página web y el conjunto de herramientas y estrategias propias de cada institución, hasta alcanzar los niveles o puntajes que le permitan presentarse y solicitar los servicios de Acreditación a ICONTEC.

La preparación para la acreditación en salud, incluye una profunda reflexión sobre la cultura de la organización, su orientación al usuario, los aspectos éticos del quehacer profesional, las políticas de seguridad de paciente y la concepción de “institución segura” y demás elementos propuestos por el Ministerio del protección Social y el ICONTEC.

La conformación de equipos de auto evaluación multidisciplinarios, que estudien los estándares, propongan e implementen mejoras a partir de ciclos PHVA se ha comprobado como un factor crítico de éxito. El compromiso de la alta dirección y una orientación clara en el direccionamiento estratégico de largo plazo, son condiciones necesarias para el desarrollo del sistema.

### **3.1.3 ¿Qué es el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia?**

Es el Sistema de Calidad del Sector Salud Colombiano definido por el gobierno desde hace doce años, desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud, establecido en la Ley 100 de 1.993.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) fue reglamentado por primera vez mediante el Decreto 1918 de 1994, luego por el decreto 2174 del 1.996, que fue modificado mediante los Decretos 2309 del 2002 y el Decreto 1011 del 2006, actualmente vigente y las Resoluciones 1043 del 2006 y Resolución 1445 del 2006.

### **3.1.4 ¿Cuáles son los componentes del SOGC?**

El SOGC está conformado por cuatro subsistemas denominados componentes (artículo 4, Decreto 1011 del 2006), que son:

- El Sistema Único de Habilitación (SUH)
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud (PAMEC)
- El Sistema único de Acreditación (SUA)
- El Sistema de Información para la Calidad (SIC)

Estos componentes se interrelacionan de manera continua y el cumplimiento de los estándares de Habilitación y la implementación del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, son un pre-requisito para presentarse a la Acreditación en Salud ante ICONTEC, (Instituto Colombiano de Normas Técnicas), como organismo Nacional de Acreditación en Salud. El

cumplimiento de estos requisitos debe ser certificado por la Dirección Territorial de Salud correspondiente.

Es de alta importancia observar que el Ministerio de la Protección Social ajusta de manera periódica y progresiva, todos los estándares de los componentes del SOGCS, de conformidad con el desarrollo del país, 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.

La revisión y ajuste periódicos de los estándares del SOGC estará a cargo de la Unidad Sectorial de Normalización (USN), definida por el Ministerio de Protección Social (para ampliar esta información, se puede consultar [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co), SOGC, USN).

### **3.1.5 ¿A qué organizaciones les aplica el SOGC?**

A los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, del régimen subsidiado y del régimen contributivo, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, que se encuentren dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud).

### **3.1.6 ¿Qué es el Sistema de Acreditación en Salud y que legislación lo establece y lo reglamenta?**

El Sistema de Acreditación en Salud (**SUA**) es un componente del **SOGC**, que se define como: “El conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. (Artículo 41, del D. 1011 del 2006).

El Sistema de Acreditación en Salud (SUA) se rige por tres principios fundamentales:

- *Confidencialidad.* La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son

estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.

- *Eficiencia.* Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.
- *Gradualidad.* El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud. (*Artículo 41, D. 1011 del 2006*)

### **3.1.7 ¿Qué otra legislación reglamenta el SUA?**

La Resolución 1445 del 2006 del 8 de mayo del 2006, estableció las funciones de la Entidad Acreditadora, que en Colombia es el ICONTEC (Instituto Colombiano de Normas Técnicas)

*Estas funciones son:*

- Promover el Sistema Único de Acreditación
- Seleccionar y entrenar a los profesionales que cumplirán las funciones de evaluación en el Sistema Único de Acreditación.
- Estandarizar los procedimientos de evaluación.
- Definir el procedimiento operativo que deben efectuar las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y/o Subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para presentarse al proceso de Acreditación.
- Conformar la Junta de Acreditación y el Comité de Apelaciones
- Revocar o suspender la acreditación otorgada, cuando durante el proceso de seguimiento por parte de la entidad acreditadora se evidencie que la institución ha dejado de cumplir las condiciones exigidas para obtener la acreditación en salud, de acuerdo con los procesos de otorgamiento de la acreditación a que hace referencia el artículo 5º de la presente resolución.
- Diseñar, sistematizar y mantener actualizado un banco de datos con la información relativa a las instituciones que participen en el Sistema Único

de Acreditación.

- Realizar la divulgación sobre las organizaciones que han obtenido la acreditación.
- Presentar al Ministerio de la Protección Social sin afectar el principio de confidencialidad los informes que requiera para efectos de definición de políticas.
- Elaborar y enviar un informe ejecutivo semestral al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud.
- Las demás que se establezcan en las bases del concurso de méritos o del proceso de escogencia previsto en la Ley 80 de 1993, o en las normas que la modifiquen, sustituyan o el Estatuto General de Contratación de la Administración. *(Art. 1º, R. 1445 del 2006)*

Es relevante señalar que la legislación aquí relacionada corresponde al marco general del SUA. Dado que el Sistema Único de Acreditación en Salud forma parte del SOGC del SGSSS, le compete observar y cumplir toda la legislación establecida para las organizaciones de salud, por el Ministerio de protección Social y aquella relevante del Ministerio del Medio Ambiente.

### **3.1.8 ¿Cuáles son los beneficios de la Acreditación?**

Institucionalmente cuando una entidad desarrolla procesos de mejoramiento que apuntan a lograr el cumplimiento de los estándares de acreditación obtienen resultados que justifican con creces los recursos que destine a ello, impactando en:

- La atención de los usuarios con el pleno cumplimiento de sus derechos y haciendo exigible el cumplimiento de sus deberes.
- Incremento en la efectividad clínica de los servicios que se presten.
- Disminución en el riesgo al paciente.
- Incremento de la eficiencia en la utilización de los recursos institucionales y en el SGSSS.
- Incremento en la satisfacción de los usuarios en términos de sus percepciones y sus expectativas.
- Incremento en la satisfacción de los equipos de salud.
- Todo lo anterior impacta claramente en la contención de costos de no calidad y genera una tasa de retorno.

Por lo tanto, el alcance de esta estrategia va más allá de las instituciones de excelencia con que cuenta nuestro país y aplica a la totalidad de las entidades del sector, representando una estrategia de mejoramiento del sistema en su conjunto.

Los estándares de acreditación representan la concreción en la operación de la política de calidad del sistema de seguridad social en salud y los estándares definen el modelo de excelencia y óptimo rendimiento hacia el cual se debe mover la atención en salud en Colombia.

### **3.1.9 ¿Cuáles son los actores del SUA?**

El Sistema Único de Acreditación confluyen los actores del SOGC, relacionados de la siguiente forma:

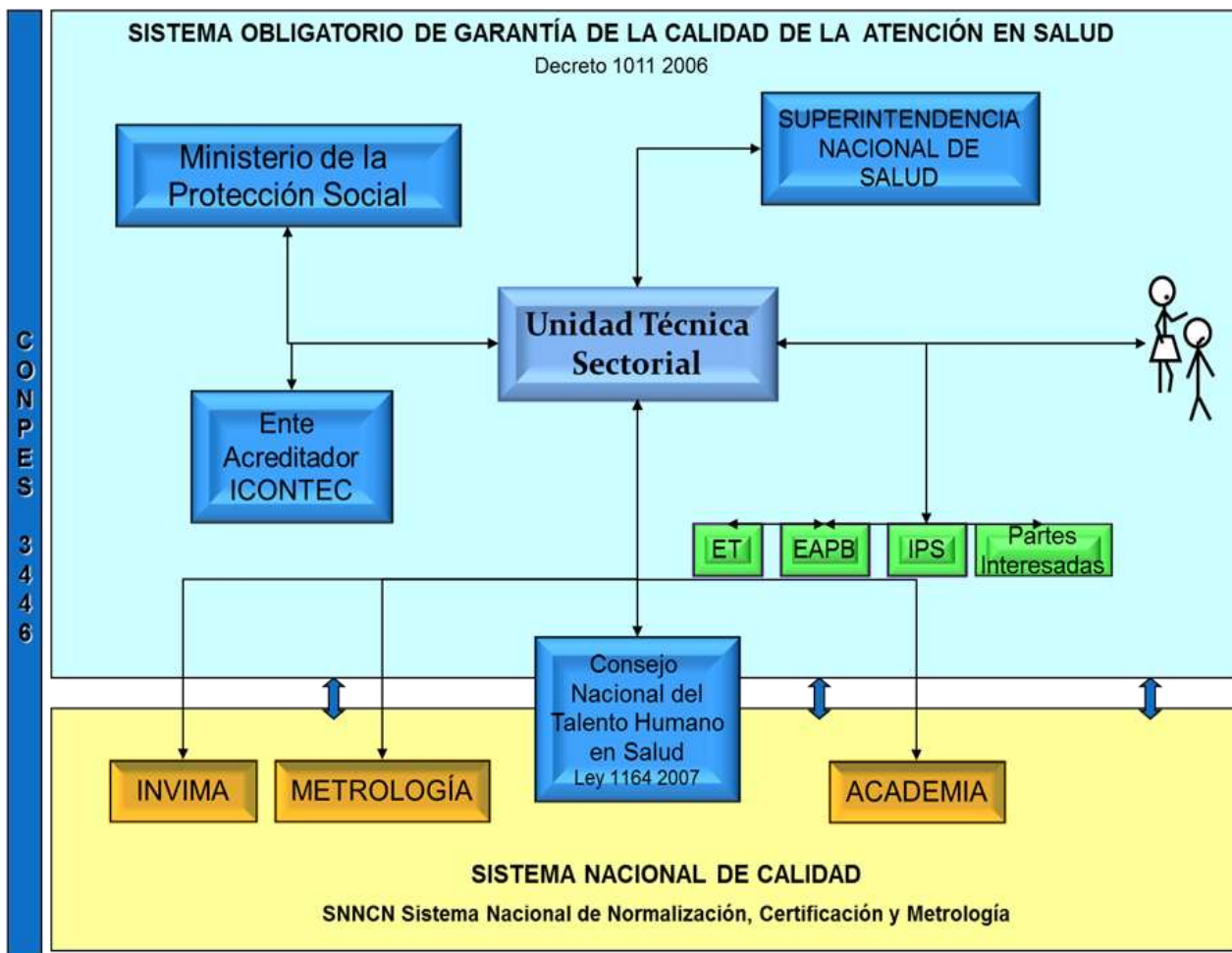


Figura 1. Relación ente el Sistema Único de Acreditación y los actores del SOGC

La Figura 1 muestra el contexto a la articulación del Sistema Nacional de Calidad y el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad.

- *Ente acreditador* El Sistema Único de Acreditación estará liderado por una única entidad acreditadora, seleccionada por el Ministerio de la Protección Social de conformidad con lo estipulado en las normas que rigen la contratación pública, quien será la responsable de conferir o negar la acreditación<sup>1</sup>.

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

La Junta de Acreditación deberá renovarse cada dos años en el 50% de sus miembros, los cuales podrán ser reelegidos. Todas las decisiones que la Junta tome, tanto las que coincidan con las puntuaciones de la tabla de decisiones de otorgamiento de la acreditación, como las que asuma en ejercicio de la discrecionalidad que le permiten las reglas de decisión, deben estar debidamente sustentadas, consignadas en las actas de las reuniones realizadas y son susceptibles de ser llevadas al Comité o Junta de Apelaciones.

- *Unidad sectorial de normalización en salud* es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

### **3.1.10 ¿Cuáles son los estándares de acreditación?**

Un estándar, en el marco del SUA, es el nivel deseado de desempeño. Los estándares de acreditación son los niveles superiores, considerados óptimos y factibles de alcanzar, que deben ser cumplidos por las entidades que logren niveles superiores de calidad de la atención en salud.

El entendimiento de cuáles son los estándares que aplican a cada organización es una labor que debe dimensionarse al empezar el proceso de preparación. Esto proporciona claridad y foco.

El Ministerio de la Protección Social adopta a través de Resoluciones los manuales de estándares correspondientes a los diferentes tipos de entidades dentro del SOGC, los siete (7) manuales vigentes son:





**Figura 2. Manuales de acreditación vigentes**

Cada entidad reconoce cual es el manual que le aplica, el cual a su vez está conformado por grupos de estándares y en su unidad mínima estándares, los cuales individualmente o en grupo pueden o no aplicar a la entidad.

### **3.2 GUÍA PRÁCTICA DE PREPARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN**

El objetivo de este documento es informar, orientar y dar elementos prácticos a las instituciones de salud, tanto prestadora como aseguradora, con el fin de adelantar su preparación para el proceso de acreditación y de este modo puedan alcanzar los beneficios que esta estrategia de mejoramiento continuo de la calidad les brinda. Hace parte del sistema integral de acreditación de entidades de salud de Colombia definido por el Decreto 1011 de 2006.

#### **3.2.1 ¿Cómo se prepara una entidad para la Acreditación?**

En consecuencia, los estándares de acreditación son aplicables a cualquier entidad, independientemente de su estado de desarrollo. Por esa razón hablamos de dos ciclos operacionales durante la ejecución de las acciones que la institución despliega en desarrollo de la estrategia de mejoramiento hacia el logro de niveles superiores de calidad.



Figura 3. Ciclo de preparación para la acreditación o ciclo de autoevaluación y mejoramiento

El ciclo se inicia con la decisión firme y sincera de la alta dirección de desarrollar un proceso de mejoramiento continuo que forje la cultura de calidad en la organización. Implica analizar y estudiar cada uno de los estándares y comparar

contra ellos el desempeño organizacional, evaluándolo tanto en su enfoque como en su implementación y en sus resultados. El proceso de análisis de los diferentes grupos de estándares incluye la comparación de la realidad institucional con dichos estándares, la definición de brechas de cumplimiento, el desarrollo de acciones de mejoramiento y la realización de autoevaluaciones formales. La organización realizara tantos ciclos de mejoramiento como sean necesarios hasta lograr niveles de desempeño superiores, antes de pasar al ciclo de aplicación.

El ciclo de preparación también incluye la autoevaluación del cumplimiento de los requisitos de presentación, los cuales son determinados por el ente acreditador y el Ministerio de la Protección Social. Los requisitos de entrada y formularios para presentación se pueden encontrar en la página, <http://www.acreditacionensalud.org.co/requisitos.php>



Figura 4. Ruta crítica o ciclo de aplicación

Inicia cuando la institución toma la decisión de aplicar al proceso formal de acreditación y su evaluación interna le indica que ha alcanzado un nivel de cumplimiento de los estándares que le permiten estimar una probabilidad razonable de “pasar” la evaluación por parte del ente acreditador y cumple con los prerequisites o también denominados “requisitos de entrada” para aplicar formalmente.

Si el ciclo de preparación para la aplicación a la acreditación se ha desarrollado correctamente es de esperarse que la ruta crítica termine en el otorgamiento de la acreditación.

No obstante, existe la posibilidad de que la institución no “pase” la evaluación por parte del ente acreditador, en cuyo caso se le abren dos opciones:

- Iniciar de inmediato nuevas acciones de mejoramiento que le permitan corregir las deficiencias existentes y de nuevo volver a aplicar, o
- Apelar la decisión de acreditación, si en su concepto considera que tiene argumentos suficientes para demostrar ante el ente acreditador el cumplimiento.

Para las instituciones del Estado existen algunos incentivos adicionales en el caso de la acreditación: además de beneficiarse de los procesos que regularmente se desarrollan de asistencia técnica y apoyo a sus procesos de modernización de la gestión, el Ministerio de la Protección Social adelanta dos acciones de apoyo específicas:

- A un número de IPS públicas escogidas por sus méritos y por su distribución geográfica en el país se les brindará un proceso de asesoría intensiva de preparación para la acreditación.
- Adicionalmente, cada año el Ministerio seleccionará una entidad pública que podrá aplicar a la acreditación a la cual se le eximirá de pagar el costo normado de tal proceso. La primera institución seleccionada fue el Hospital General de Medellín.

### **3.2.2 Planeación y preparación para la evaluación de acreditación**

*El papel de la gerencia*

Una organización, sin importar qué tan grande o pequeña sea, qué clase de servicios de salud preste, debe decidir cómo se ajusta la acreditación con sus metas generales, su misión y su plan estratégico. Una vez hecho esto, puede determinar el tiempo y los recursos que le dedicará al proceso de acreditación antes y después de la evaluación, para así enviar un mensaje claro a todo el personal a fin de solicitar su compromiso y colaboración en el proceso.

### *Grupo de planeación y liderazgo de la acreditación*

Debe haber un líder organizacional que debe tener muy claramente definido el rol que representará y el respaldo de la dirección. Generalmente, todas las organizaciones que pasan por la acreditación tienen una persona (para instituciones pequeñas) o un equipo (para instituciones grandes) responsable de esta labor.

### *Plan de acción*

Los siguientes son posibles pasos en un plan de acción:

- Establecimiento de los equipos de trabajo.
- Planeación de los objetivos y actividades de los equipos.
- Decisión del tiempo de duración del periodo de autoevaluación.
- Desarrollo de un plan de comunicación.
- Desarrollo de un plan educativo.

Establecimiento de la fecha en la cual debe enviarse el material a la entidad de acreditación, si la institución ya ha tomado la decisión de aplicar ante ICONTEC, o en caso contrario, definición de una fecha en la cual la institución considere que ya ha terminado el ciclo de preparación para la aplicación ante el ente acreditador y procederá a aplicar

- Propuesta de un horario de evaluación.
- Negociación con el equipo de evaluación.
- Llevar a cabo una celebración después de la evaluación.
- Elaboración de planes posteriores a la evaluación para los equipos de trabajo.

### *Equipos de autoevaluación*

Un aspecto clave del mejoramiento es la conformación de equipos y el trabajo en equipo.

a) Equipos de servicio/atención al cliente:

Los equipos de servicio/atención al cliente pueden existir actualmente en la organización o pueden conformarse solo para la evaluación. Cada uno sirve a un grupo particular de clientes y completa la autoevaluación con los estándares de atención o servicio elaborados para esta clase de equipos .

b) Equipos de apoyo:

Los equipos de apoyo se enfocan en el manejo de los recursos humanos, de información y del ambiente físico y pueden reunirse por primera vez para examinar los estándares pertinentes.

c) Equipos de liderazgo:

Estos equipos son los responsables de evaluar el direccionamiento y gerencia e implementar las acciones estratégicas. Usualmente incluyen miembros de la junta y personal de alta y media gerencia

Para que los grupos funcionen eficientemente, el apoyo es muy necesario. El grupo de planeación es el responsable de asegurarse de que los grupos reciban todo el apoyo que necesitan para trabajar efectiva y eficientemente.

*Funcionamiento*

Para que los equipos funcionen eficientemente deben seguirse algunas reglas básicas.

- Se deben organizar aspectos logísticos como lugar de reuniones, frecuencia, agendas y tiempos en los que estas se deben llevar a cabo.
- También se debe tener en cuenta el manejo del tiempo para la conducción de las reuniones y el cumplimiento de los objetivos de equipo.
- Debe haber discusiones sobre los objetivos de la organización para la autoevaluación y el papel de los equipos en el cumplimiento de estos.
- Los equipos deben acordar un proceso para tomar decisiones del grupo .
- Se deben encontrar métodos para mantener el ánimo y el entusiasmo de los equipos.
- Los equipos crecen y evolucionan para responder a las necesidades cambiantes de los clientes. Este crecimiento puede implicar que los equipos deben cambiar.
- Los equipos deben hacer una pausa y evaluar si están en el camino correcto hacia sus objetivos y metas.

- Los equipos deben demostrar cómo su trabajo está ligado a otras actividades diarias.
- Un proceso para evaluar las necesidades funcionales de los equipos debe ser desarrollado e implementado, por ejemplo, cada seis meses.
- Debe haber un mecanismo para el levantamiento de actas
- Definir en forma explícita las reglas de comportamiento: el inicio oportuno; lo que se discute en el grupo solo se discute allí.

Algunas experiencias de autoevaluación con frecuencia sugieren: un líder por equipo y un secretario, todos deben participar, cuando alguien falta no se hace la reunión. Se definen tareas. Los roles y responsabilidades de los equipos deben estar claramente establecidos y enunciados desde el principio.

*Durante el desarrollo del ciclo de preparación para la aplicación ante el ente acreditador, la autoevaluación tiene como propósito principal identificar la no coincidencia del desempeño organizacional, contra el desempeño ideal planteado en el estándar, estableciendo un diagnóstico e iniciando un proceso de análisis y mejoramiento.*

#### *Plan de comunicación*

La organización debe tener un plan de comunicación en marcha. Es muy importante para el éxito de una evaluación centrada en el cliente que todos los involucrados e interesados en el proceso estén informados. El plan de comunicación debe generar una estrategia para la comunicación entre tres equipos principales y la organización en su conjunto:

- Personal y médicos, tanto aquellos que están participando directamente en la evaluación como los que se encuentren indirectamente involucrados.
- Pacientes y familia.
- La entidad de acreditación y los evaluadores.

#### *Plan de educación*

Dependiendo de la clase de educación que la organización necesite, puede ser posible educar a todos estos grupos al mismo tiempo o una organización puede enfocarse en sesiones educativas específicas para grupos específicos. Una persona por equipo puede ser entrenada en trabajo de equipos y convertirse en la persona que soluciona los problemas internos durante el trabajo en grupo.

#### *Apoyo continuo*

La gerencia y el grupo de planeación y liderazgo deben dar apoyo continuo a los equipos y a todas las demás personas involucradas en el proceso. ICONTEC responderá dudas de la organización en los aspectos referentes a precisión acerca de los procesos operacionales a través de los cuales se desarrollará la aplicación y evaluación externa, puesto que en su carácter de ente acreditador tiene absolutamente prohibido desarrollar cualquier actividad que pueda ser interpretada como asesoría a la institución.

### **3.3 AUTOEVALUACIÓN**

Existen cuatro momentos durante los cuales se realiza autoevaluación:

- Durante el desarrollo del ciclo de preparación para la aplicación ante el ente acreditador, la autoevaluación tiene como propósito principal identificar la no coincidencia del desempeño organizacional, contra el desempeño ideal planteado en el estándar, estableciendo un diagnóstico e iniciando un proceso de análisis y mejoramiento. A este momento también lo llamamos evaluación interna.
- Cuando la autoevaluación, además de lo anterior, tiene el propósito de implementar la ruta crítica de acreditación, es decir de documentar el estado de cumplimiento del estándar y evidenciar suficientemente ante el ente acreditador su cumplimiento, este ciclo de autoevaluación, documentación y mejoramiento tiene un tiempo límite, dependiente de los períodos establecidos por la entidad acreditadora.
- Para implementar la auditoría para el mejoramiento de la calidad, la ruta crítica inicia con autoevaluar la institución para identificar procesos prioritarios de mejoramiento.
- Es necesario desarrollar procesos de autoevaluación y mejora contra los estándares de acreditación.

#### *Análisis de los estándares*

El manual de estándares para la acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia muestra los lineamientos que guiarán el proceso para las instituciones hospitalarias y ambulatorias, y la normatividad correspondiente para este año en el país.

Uno de los propósitos principales de la creación del manual es que las instituciones, tanto las acreditadas como las que están en un proceso de auto



evaluación, lo apropien y se concentren en optimizar los resultados ya logrados y en obtener nuevos en la atención de sus pacientes.

Según la entidad, lo anterior se logra identificando, con la ayuda de estos estándares, los procesos que agregan valor, desechando aquellos que son ineficientes y determinando a través de mediciones correctas, el alcance de los resultados que se obtengan tanto en lo clínico como en la recuperación de las funcionalidades del paciente, y se expresen en la percepción del usuario que en efecto es atendido con calidad y seguridad.

Los estándares se basan en un enfoque sistémico que entiende la atención en salud enfocada al usuario y su familia, en el mejoramiento continuo de la calidad, en la promoción de la excelencia y en el enfoque de riesgo, en el cual se basan las normas y se traduce en la identificación, prevención, intervención, reducción e impacto del riesgo.

Si bien el proceso de análisis de los estándares no tiene una norma básica que diga cómo se debe hacer, es pertinente sugerir el siguiente enfoque.

a) Una buena práctica que se ha ido aprendiendo de la experiencia de las autoevaluaciones realizadas por nuestras instituciones es leer todos los estándares antes de empezar la calificación, ya que como todos los de un mismo grupo están interrelacionados, este procedimiento ayuda a los equipos a entender la globalidad y facilita en gran medida el proceso de calificación del estándar individual.

b) A continuación, leer el estándar que se quiere calificar, a renglón seguido realizar por consenso del equipo la interpretación del estándar; se sugiere escribirla, no olvidar que este se convierte en el referente de evaluación y preguntar si todos los participantes entendieron el estándar de la misma forma. Si la respuesta es afirmativa entonces se puede continuar, si es negativa se debe buscar aclaración (bien sea a través de los miembros del equipo, el equipo de planeación o un asesor externo, si lo hay).

c) Una vez aclarado el significado del estándar se deben registrar todas las fortalezas que el equipo considere que están relacionadas con este. Hay que tener siempre presente la redacción del estándar, este es el “polo a tierra” del equipo y es el que guía la redacción de las fortalezas. Debe enfocarse puramente en la frase estándar. Hay que tener en cuenta en la calificación de los estándares, que estos son los que se deben calificar.

d) Una vez discutidas todas las fortalezas hay que determinar qué soportes pueden encontrarse en la organización. Aquí es donde la persona previamente seleccionada para recabar todos estos soportes juega un papel determinante.

Debe relacionar todos los soportes que se mencionen, recopilarlos y ordenarlos, en caso de que la institución se esté evaluando para presentarse ante el ente acreditador. Posteriormente, serán motivo de revisión por parte de los evaluadores externos.

e) El paso que sigue en el análisis es la redacción de todas las debilidades de la organización frente al estándar. Nuevamente, la redacción del estándar es la guía para el grupo.

f) La respuesta lógica al encontrar debilidades es definir acciones de mejoramiento para las debilidades. Este ejercicio orientará de antemano un posterior plan de mejoramiento.

g) Por último, se calificará el estándar por consenso del equipo.

#### *Actividades de los equipos durante la autoevaluación*

a) Discusión de los estándares y textos

Los equipos deben responder las siguientes preguntas al discutir los estándares

- ¿Cuáles son los procesos a través de los cuales la organización obtiene el cumplimiento de los estándares?
- ¿Cómo se ejecuta o se hacen los procesos, actividades o tareas a través de los cuales se cumplen los estándares?
- ¿Qué de lo que se hace es un hecho o una evidencia de cumplimiento de los estándares?
- ¿Cuál es el resultado de lo que se hace?
- ¿Cómo se miden los resultados de lo que se hace?
- ¿Qué se debe cambiar para mejorar el resultado de los procesos?
- ¿Cómo cubrir la diferencia entre lo que se está haciendo y lo que se necesita hacer?
- ¿Hacia dónde se van a enfocar las energías?

b) Documentación del cumplimiento del estándar

De cada reunión deben levantarse actas. No olvidar que en la Acreditación en Salud lo importante es el resultado de la atención centrada en el cliente. Evidencia del cumplimiento del estándar no es solamente la documentación de un proceso; lo es también la evidencia de que los procesos están obteniendo su despliegue y alcanzando los resultados esperados.

c) Fortalezas y oportunidades para el mejoramiento.

Este es el primer ejemplo para documentar la memoria institucional. Como se observa, el cuadro de la izquierda es del estándar, a la derecha y superior las fortalezas clave y en el cuadro inferior las oportunidades de mejoramiento.

ESTÁNDARES Y CRITERIOS	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p><b>Estándar III.D.</b> La EPS debe garantizar a sus prestadores, una vez contratados, un proceso de inducción y mantenimiento de información sobre tópicos relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué se espera de los prestadores durante el proceso de atención al cliente?</li> <li>• ¿Cuál es la filosofía de la EPS frente al cliente?</li> <li>• Los procesos organizacionales y/o planes de desarrollo de la EPS que soportan e impactan sobre la atención de los clientes.</li> <li>• Los derechos y deberes de los clientes y el proceso que se ha de seguir en caso de no autorizar servicios.</li> </ul>			X			
	<p><b>Fortalezas clave</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La empresa cuenta con guías que son entregadas a los proveedores una vez se formalicen los contratos</li> <li>2. Se llevan a cabo reuniones periódicas de retroalimentación entre la EPS y la IPS.</li> <li>3. Se evalúa la satisfacción del paciente y de los familiares frente a los procesos de atención de los prestadores contratados.</li> <li>4. Se entregan folletos informativos a los pacientes frente a los compromisos de las organizaciones contratadas con el paciente</li> </ol> <p><b>Oportunidades de mejoramiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las inducciones se están realizando varias semanas después de la formalización del contrato y no concomitantemente.</li> <li>• La información del presente año no se ha actualizado.</li> </ul>					

Tabla 1. Estándar, Oportunidades y Fortalezas

Sin importar cuál sea la metodología escogida, a continuación hay unos consejos que ayudan a escribir las memorias.

- Debe enfocarse puramente en la frase estándar. No es necesario comentar todos los criterios de soporte o subcriterios.
- Identifique los puntos más destacados. Dé breves ejemplos de evidencia que sean soporte del cumplimiento del estándar por parte de la organización.
- Trate de ser exhaustivo en la idea sin que su descripción se vuelva anecdótica o extensa.

#### d) Indicadores de desempeño

Los indicadores de desempeño se utilizan para medir la calidad de los procesos específicos. Algunas organizaciones tendrán indicadores para los procesos que también están contemplados en los estándares.

### **3.4 MEJORAMIENTO**

Al terminar cada ciclo de autoevaluación se deben identificar claramente las acciones de mejoramiento que se adelantarán para alcanzar el pleno cumplimiento del estándar, haciendo énfasis en:

- Apuntar las acciones hacia los procesos que son la causa raíz del incumplimiento
- Adelantar acciones planificadas para mejorar la calidad
- Desarrollar, a través de un proceso sistemático y basado en la evidencia científica, el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento
- Definir un proceso de monitorización del mejoramiento de los procesos
- Comunicar a la organización los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad, con el propósito de incentivar el mejoramiento como cultura organizacional e internalizar y asegurar los procesos mejorados.
- Esta secuencia de autoevaluación y mejoramiento se debe repetir las veces que sean necesarias hasta alcanzar el cumplimiento del estándar en todas las dimensiones y variables que caracterizan su evaluación.

### **3.5 PASOS QUE GUÍAN A LA VISITA DE EVALUACIÓN**

Cuando la organización ha desarrollado sus procesos de autoevaluación y considera que ha alcanzado un grado de cumplimiento que le permita enfrentarse exitosamente a la evaluación por parte de la entidad acreditadora, toma la decisión de aplicar a la acreditación y se inscribe para iniciar el proceso formal por parte del ICONTEC, inicia una etapa que también debe ser desarrollada cuidadosamente.

De acuerdo con el proceso de acreditación y la ruta crítica establecida por el ICONTEC, la organización presenta su solicitud de acreditación, adjuntando como parte de esta el informe de autoevaluación y los demás soportes requeridos.

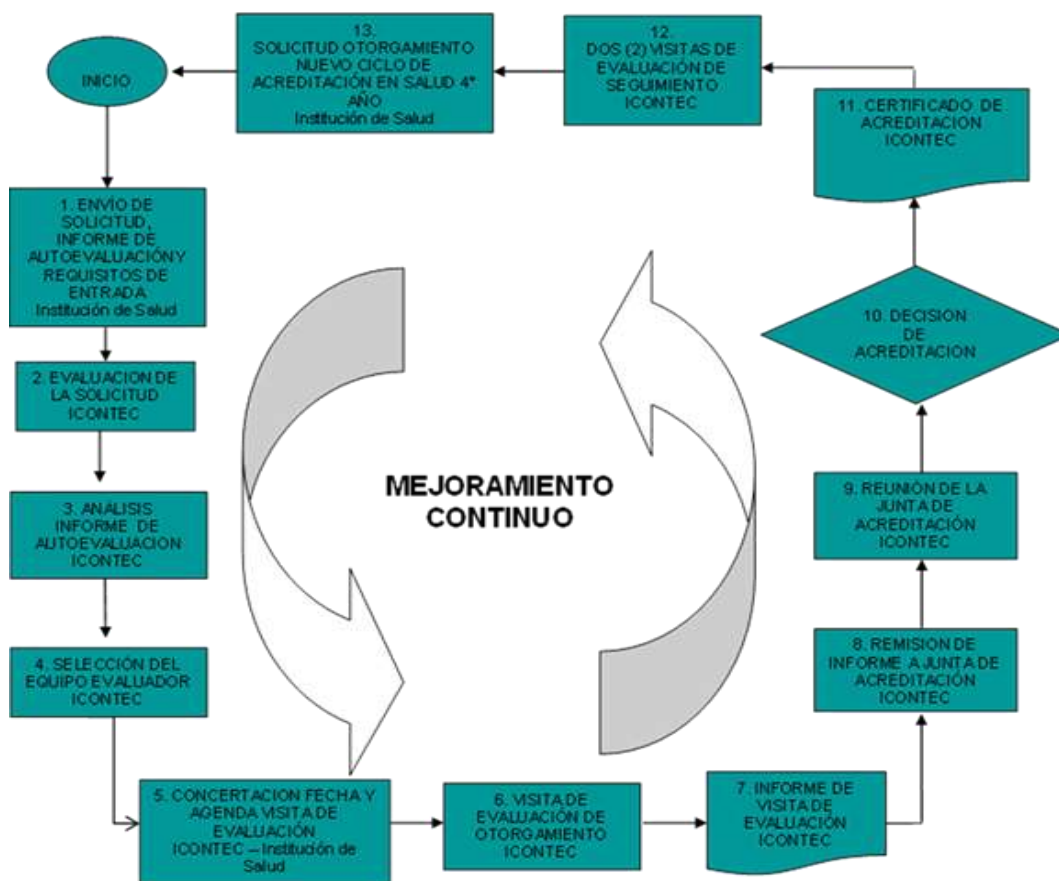


Figura 5. Pasos que guían a la visita de evaluación

Los evaluadores, trabajando como un equipo, revisan la información y deciden si los objetivos propuestos pueden alcanzarse, si la selección de equipos de servicio y atención es apropiada, si los roles de los miembros de los equipos son adecuados para atender adecuadamente a la evaluación. La organización e ICONTEC establecerán comunicación para aclarar las preocupaciones y para hacer ajustes.

Los evaluadores también pueden aprovechar este momento para indicar qué información adicional necesitan antes de la evaluación.

ICONTEC envía después a cada evaluador el paquete completo de los documentos.

La autoevaluación de todos los equipos debe estar disponible durante la visita de evaluación en caso de que los evaluadores la quieran consultar.

#### *Visita de evaluación*

En la visita de evaluación, el equipo de evaluadores verifica el grado de cumplimiento de la organización frente a los estándares, con base en los criterios e instrucciones definidos para los evaluadores, en el Sistema Único de Acreditación, confrontando la calificación dada por la propia organización a cada uno de los estándares, con la calificación de los evaluadores. La duración de la visita de evaluación estará en función de la complejidad de la institución.

La visita de evaluación incluye reunión de apertura, entrevistas con los grupos de mejoramiento o autoevaluación, revisiones de documentos y aplicativos, recorridos institucionales, entrevistas con trabajadores, usuarios y familias y reunión de cierre de la evaluación. La institución debe estar preparada para proveer evidencias y resultados del cumplimiento e implementación de los estándares. En la reunión de cierre se dan a conocer los alcances de la visita y las generalidades de los resultados, resaltando los tópicos de interés recogidos dentro de la visita.

Durante la visita de evaluación, el equipo evaluador de ICONTEC se reúne e interactúa en forma permanente con los responsables de los servicios y con el líder de Acreditación designado por la institución, quien por lo general es una persona de la alta gerencia que tiene gran reputación y credibilidad dentro de los trabajadores de la organización. Además, ICONTEC realizará entrevistas con los proveedores y personal que considere necesario, como en el caso del personal de las instituciones y servicios subcontratados.

Previo a la reunión de cierre se realizará una reunión con el gerente y líder de Acreditación de la institución para informarle las principales fortalezas y oportunidades de mejora. En la reunión de cierre el evaluador líder motiva la participación de los asistentes para que expresen su visión respecto del proceso para contribuir a su mejoramiento. Posteriormente el evaluador líder presenta un resumen general de fortalezas y oportunidades de mejora del sistema en relación con los estándares evaluados. Finalmente el gerente de la institución retroalimenta a los asistentes. La terminación de la visita es formalizada con la firma del acta por los asistentes de la institución evaluada y por parte del equipo de ICONTEC.

Es importante mencionar que el equipo de evaluadores no determina la Acreditación o no, de una institución, dado que esta función es responsabilidad exclusiva de la Junta de Acreditación.

#### *Informe de evaluación*

Después de la visita, el equipo de evaluadores debe procesar los datos obtenidos durante la evaluación para facilitar la interpretación de los resultados y la conclusión sobre el cumplimiento parcial o total, o el incumplimiento de cada uno de los estándares. Con la información procesada, el líder del equipo de evaluadores presenta el informe final en el que se entrega la calificación dada a los estándares y se resaltan los que tienen fortalezas y los que generan oportunidades de mejoramiento y que deben ser abordados por la organización a través de planes de trabajo específicos. Este informe es de carácter confidencial, será revisado por la Dirección de Acreditación de ICONTEC y posteriormente será enviado a la Junta de Acreditación en Salud, la cual toma la decisión con respecto a la Acreditación de la decidirá si acredita o no a la organización.

#### *Decisión de acreditación*

La Junta de Acreditación en Salud, instancia responsable de la decisión de otorgar o negar la Acreditación, estudia el informe elaborado por el equipo de evaluadores. La Acreditación es otorgada por cuatro años en las siguientes categorías: acreditado con excelencia, acreditado, acreditado condicionado (máximo por un período de 12 meses) y no acreditado. La decisión de la Junta es ratificada por el Consejo Directivo de ICONTEC. A partir de la fecha de ratificación se inicia para la institución el ciclo de Acreditación de 4 años.

#### *Notificación de la decisión de la junta de acreditación a las instituciones*

El resultado final de la visita de evaluación se da a conocer a la institución de salud, a través del informe de evaluación de estándares y la carta con los aspectos relevantes planteados por la Junta de Acreditación.

- **Acreditado con excelencia:** Se otorga cuando la organización evaluada obtiene una calificación dentro del rango establecido (400 puntos en adelante), cumpla con las reglas de decisión de otorgamiento para esta categoría y el análisis de la Junta de Acreditación así lo considere.
- **Acreditado:** Se otorga cuando la organización evaluada obtiene una calificación dentro del rango establecido (entre 280 y 399 puntos), le apliquen las reglas de decisión de otorgamiento para esta categoría y el análisis de la Junta de Acreditación así lo considere.
- **Acreditación condicionada:** Se define cuando la organización evaluada obtiene una calificación dentro del rango establecido (entre 200 y 279 puntos), le apliquen las reglas de decisión para esta categoría, no cumple con la totalidad de las exigencias de las categorías superiores y el análisis de la Junta de Acreditación así lo considere. Cuando se defina Acreditación condicionada, la institución deberá presentar un plan de mejora en un plazo no mayor a dos (2) meses, después de notificada, acompañado de su intención de continuar en el proceso. La visita complementaria se realizará en los diez (10) meses posteriores a la entrega del plan de mejora, previa entrega a ICONTEC del informe de autoevaluación para la visita complementaria, con un (1) mes de antelación. En esta visita se evaluarán las acciones de mejoramiento propuestas por la institución y si el resultado es favorable, se otorgará la Acreditación. En este caso se entenderán cubiertas las dos (2) visitas de seguimiento previstas en el ciclo. En caso contrario, se modificará el estatus de Acreditación condicionada por el de no acreditada. En caso que la institución desista, se entenderá terminada la relación contractual, no habrá lugar a nuevas visitas y no será posible utilizar ni mencionar la categoría de Acreditación condicionada. La institución podrá presentarse un (1) año después de la notificación del condicionamiento.
- **No acreditado:** Este resultado se produce cuando la organización evaluada obtiene un puntaje por debajo del rango establecido para la Acreditación (menos de 200 puntos), le apliquen las reglas de decisión para esta categoría y el análisis de la Junta de Acreditación así lo considere. En este caso la institución podrá volver a presentarse en un plazo mínimo de un (1) año, después de haber sido notificada.



### *Apelación*

Una vez conocida la decisión de la Junta de Acreditación si la institución no la comparte, ésta puede solicitar la revisión de la decisión en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles. En el evento de presentarse controversia sobre los aspectos de carácter científico relacionados con los estándares, ICONTEC se apoyará en el concepto de pares científicos.

Así mismo, cuando la organización de salud no esté de acuerdo con la calificación obtenida en la evaluación de ICONTEC, puede presentar su apelación ante el Comité de Apelaciones, mediante solicitud escrita y argumentando los motivos de su desacuerdo, en el lapso establecido por ICONTEC.

El Comité de Apelaciones operará según el reglamento establecido para tal fin. En todo caso, incluirá un representante o delegado de la organización que presenta la apelación. Este organismo colegiado decidirá en última instancia sobre la Acreditación que debe otorgarse o sobre la negación de la misma.

### *Seguimiento de la acreditación*

La Acreditación en salud es un proceso periódico que debe realizarse cada cuatro (4) años para mantener el estatus de "institución acreditada". Por tanto, después de otorgada la Acreditación durante el ciclo, previo informe de autoevaluación, se efectuarán dos (2) visitas de seguimiento, en la que se evaluará las acciones tomadas con respecto a las oportunidades de mejora propuestas por la institución, con el fin de ratificar la Acreditación o revocarla. Los informes de autoevaluación para las visitas de seguimiento deben presentarse por las instituciones a ICONTEC, en los meses 13 y 28 del ciclo de Acreditación; si la institución no presenta los informes de autoevaluación la Junta de Acreditación procederá a retirar la condición de acreditado. Durante el cuarto año de vigencia, en el mes 43 del ciclo, la institución debe presentar el informe de autoevaluación, en caso que desee continuar con el proceso de Acreditación en salud, para el inicio del nuevo ciclo.

Si como consecuencia de una visita de seguimiento la institución, queda en la categoría de Acreditación condicionada, deberá cumplir los trámites descritos anteriormente para este tipo de situación. Si no solicita la visita de evaluación complementaria, se entenderá que ha desistido de continuar con el proceso y deberá esperar 12 meses para presentar su solicitud de Acreditación nuevamente. Si como consecuencia de una visita de seguimiento, la institución,

pierde su calidad de acreditada, podrá presentarse nuevamente un (1) año después de la notificación.

La visita de evaluación para el otorgamiento de la Acreditación y las dos (2) visitas de seguimiento, están incluidas dentro de la tarifa establecida en la Acreditación.

Durante el período de los cuatro años de Acreditación, las organizaciones deben llevar a cabo el trabajo de mejoramiento, de manera que puedan avanzar para presentarse al nuevo ciclo de la Acreditación.

Después de otorgada la Acreditación, cuando las organizaciones realicen cambios que puedan afectar el alcance de la Acreditación otorgada, no podrán utilizar el distintivo entregado por ICONTEC, con fines publicitarios, en los nuevos servicios o para los cambios realizados, hasta que no sean incluidos en el nuevo alcance. Toda modificación o novedad debe ser reportada al organismo de Acreditación en salud en el momento que ocurra, para proceder a su evaluación en la siguiente visita.

<http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Ruta%20cr%C3%ADtica.pdf>

<http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Gu%C3%ADa%20preparaci%C3%B3n%20acreditaci%C3%B3n%20MPS.pdf>

*La resolución número 1445 de 2006 8 de mayo de 2006 anexo técnico 1 define: **Los manuales de estándares del sistema único de acreditación.***

La resolución 123 del 2012 modifica el artículo 2 de la resolución 1445 del 2006 que habla sobre los estándares de acreditación y dice textualmente así:

Para efecto que el ente acreditador evalúe el nivel de calidad en la atención alcanzada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Direcciones Territoriales de Salud, se adoptan los manuales de estándares que se señalan a continuación:

Manual de Estándares de Acreditación para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB.

Manual de Estándares de Acreditación para los Laboratorios Clínicos.

Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de Imagenología.

Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de salud de Habilidadación y Rehabilitación

## **Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario**

### **3.6 MANUAL DE ACREDITACIÓN EN SALUD AMBULATORIO Y HOSPITALARIO DE COLOMBIA**

Este Manual, elaborado en la Unidad Sectorial de Normalización en Salud a través de un amplio proceso de consenso y con la participación de expertos del Ministerio de la Protección Social, del Icontec y de las instituciones participantes en el Comité Sectorial, ha sido actualizado para responder a las nuevas exigencias de los estándares internacionales y a la necesidad de impulsar las instituciones hacia nuevos desarrollos en los procesos de calidad que enfatizan en el enfoque dirigido a la obtención de resultados centrados en el paciente.

El manual de estándares para la acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud presenta los lineamientos que guiarán el proceso de acreditación para las instituciones hospitalarias y ambulatorias y los estándares de acreditación correspondientes.

#### **3.6.1 Metodología**

Grupos de técnicos expertos del Ministerio de la Protección Social, Icontec y de empresas contratadas realizaron:

- Propuesta de unificación de estándares en un manual único.
- Propuesta de estándares de acreditación para las actividades de promoción y prevención.
- Propuesta de estándares de seguridad del paciente a partir de las recomendaciones de la
- Guía técnica en Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente.
- Se aplicó una encuesta a 59 IPS públicas que se encontraban en el proceso de preparación para la acreditación, y se les preguntó su opinión sobre la promulgación de un manual único. 96% de las IPS consultadas manifestaron estar completamente de acuerdo y de acuerdo con la estrategia de la USNS para simplificar la autoevaluación y mejorar la comprensión de los estándares de acreditación con la promulgación de un manual único de estándares de acreditación

- El manual se presentó y aprobó en el Consejo de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud el 14 de julio de 2011.

### **3.6.2 Objeto y campo de aplicación**

Este manual aplica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que ofrecen servicios ambulatorios, hospitalarios o ambos. Están excluidas las instituciones que ofrecen servicios de habilitación y rehabilitación, a las cuales se les aplicará el manual específico para este tipo de instituciones.

Igualmente, en el caso de los laboratorios clínicos y las instituciones que ofrecen servicios de imagenología exclusivamente, se les aplicará el manual específico para esta clase de entidades.

Frente a cada estándar, se encuentra una columna en la cual la institución debe precisar durante su autoevaluación si el estándar le aplica o no. Esta decisión debe ser concertada previamente a la evaluación con el ente acreditador, durante el momento de aplicación, para la obtención de la certificación de acreditación.

### **3.6.3 Periodo de transición**

Las instituciones en proceso de preparación para la acreditación que han realizado procesos de autoevaluación con los manuales anexos de la Resolución 1445 de 2006 tendrán un plazo de 18 meses contados a partir de la expedición de la resolución que adopte el manual único, para presentarse al proceso de evaluación externo ante el ente acreditador. Durante este periodo de transición las instituciones podrán presentarse con el manual establecido en la Resolución 1445 de 2006 o con el nuevo manual.

De obtener la acreditación, el ciclo completo (otorgamiento y dos seguimientos) se realizará conforme a los manuales de la Resolución 1445 de 2006, y la institución podrá solicitar de manera voluntaria la evaluación de otorgamiento inicial con este manual.

Las entidades que al momento de expedición de la resolución que adopte el nuevo manual, se encuentren acreditadas, podrán solicitar que sus seguimientos se realicen con este manual o esperar hasta el nuevo ciclo de otorgamiento.

El nuevo manual incluye:

- Integración de los manuales hospitalario y ambulatorio.

- Inclusión, como subgrupos, de estándares de las sedes integradas en red y, como grupo, la gestión de tecnología.
- Nuevos estándares de seguridad del paciente.
- Nuevos estándares de humanización del servicio.
- Nuevos estándares para evaluar la relación docencia-servicio y la condición de hospital universitario
- Nuevos estándares de salud oral.
- Nuevos estándares de promoción y prevención.
- Mejoramiento y complementación de la redacción en algunos estándares y criterios.
- Claridad en la intencionalidad del grupo total de estándares al cual pertenecen.
- Inclusión como nuevo grupo de los estándares de mejoramiento de la calidad.

En el manual 2012, el Ministerio ha mostrado un interés particular porque las instituciones mejoren su tecnología buscando que los procesos institucionales, y en particular los de atención del paciente, cuenten con el respaldo de una gestión tecnológica, orientada a la eficiencia, la efectividad y la seguridad, en un marco de aplicación sensible a las necesidades de los usuarios y los colaboradores.

- Para tal efecto, la organización debe contar con procesos de:
- Gestión de equipos biomédicos.
- Gestión de medicamentos y dispositivos médicos.
- Mejoramiento de la gestión de tecno vigilancia y fármaco vigilancia.
- Incorporación de nuevas tecnologías.
- Gestión de tecnologías de la información.
- Gestión de tecnologías de soporte.

Esto incluye el manejo seguro de la tecnología, con enfoque de riesgo, la consistencia con el direccionamiento estratégico y la promoción de cultura institucional para el buen manejo de la tecnología.

#### **3.6.4 Modelo evaluativo**

- Evaluación orientada a resultados centrados en el paciente/cliente
- Evidencia del comportamiento de elementos medibles
- El evaluador se debe concentrar en el “qué”, dejando el “cómo” a las instituciones
- Seguimiento a pacientes trazadores

##### *1. Grupo de estándares*

Los estándares se encuentran organizados en tres secciones:

- 11 Grupos de estándares del proceso de atención al cliente asistencial.
- 6 Grupos de estándares de apoyo Administrativo- gerencial a dichos procesos asistenciales.
- 5 Grupos de estándares de mejoramiento de la calidad.



Figura 6. Estándar asistencial

En este documento se hablara solamente de los estándares de atención al cliente asistencial:



Figura 7. Estándar Cliente Asistencial

### 3.6.5 Intencionalidad del grupo de estándares asistenciales:



El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo a partir de un enfoque de humanización de servicios.



Figura 8. Intencionalidad

### 3.6.6 Prólogos

Cada grupo de estándares va precedido por un prólogo, que tiene la finalidad de presentar explícitamente la intencionalidad con la cual ha sido diseñado cada grupo.

Esto con el propósito de orientar a la institución en su autoevaluación y definir de manera explícita el campo de evaluación por parte del evaluador de acreditación durante el ciclo de aplicación, para la obtención de la certificación de la acreditación en salud.

### 3.6.7 Estándares y criterios

- El estándar, que va en negrilla, es el requisito de calidad superior sobre el cual se evalúa el desempeño organizacional
- Los criterios hacen referencia a condiciones particulares que deben ser consideradas para cumplir con lo requerido en cada estándar. En otras palabras, cumple la función de “no se le olvide”

Ejemplo:

GRUPO DE ESTÁNDARES ASISTENCIALES					
DERECHOS DE LOS PACIENTES					
Estándar 1. Código: (AsDP1)	5	4	3	2	1
<p>La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.</p>					
<p><i>Criterios:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros o dialectos que utilice el usuario cuando aplique).</li> <li>• La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.</li> <li>• La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención.</li> <li>• El comité de ética hospitalaria tiene entre sus funciones la promoción, la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados.</li> <li>• La participación de los usuarios en investigaciones debe contar con su aceptación escrita y explícita. Previamente a esta aceptación, se le informará verbalmente y por escrito al usuario de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación.</li> <li>• Toda investigación amerita la reunión de un comité de ética de la investigación; debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta.</li> <li>• La negativa por parte del usuario no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.</li> <li>• La organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.</li> </ul>					

#### **4. CONCLUSIONES**

La finalidad del modelo de procesos para la atención al cliente asistencial es explicar de manera sencilla los pasos que tiene que seguir la IPS caso estudio para llegar a alcanzar la acreditación haciendo énfasis en los procesos para la atención al cliente asistencial que es objeto de este trabajo pero además que pueda servir también para ser aplicados por otras organizaciones similares a ésta.

Mediante el desarrollo de los conceptos propios del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud SOGC se explica la forma de implementación de un Sistema de Gestión de Calidad propio del sector salud desde la habilitación hasta llegar al nivel superior que es la acreditación.

El mayor propósito en el desarrollo de este artículo es llegar a entender la importancia de la protección de la vida y garantía de la salud de la población pero al mismo tiempo incentivando la competitividad, aumentando el mejoramiento de la calidad de la prestación del servicio en salud y tratando de persuadir a las organizaciones para que vean una oportunidad para ser competitivas en el plano internacional, dado que el modelo de acreditación cuenta con el reconocimiento de ISQua , la Sociedad Internacional de Calidad en Salud y su Federación Internacional.

#### **5. REFERENCIAS**

1. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos (NTC - ISO -9001). Consultada el 13 de Abril de 2013, disponible en:  
<http://farmacia.unmsm.edu.pe/noticias/2012/documentos/ISO-9001.pdf>
2. Manual de estándares de acreditación para las direcciones territoriales de salud. Consultada el 12 de Junio de 2013, disponible en:  
<http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Res%203960%20Manual%2007.pdf>

3. Requisitos de Entrada y Formularios para la presentación Sistema único de acreditación en salud. Consultada el 12 Junio de 2013, disponible en:

<http://www.acreditacionensalud.org.co/requisitos.php>

4. Proceso para la acreditación en salud, ruta crítica. Consultada el 2 de Julio de 2013, disponible en:

<http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Ruta%20cr%C3%ADtica.pdf>

5. Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud. Consultada el 3 Julio de 2013, disponible en:

<http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Gu%C3%ADa%20preparaci%C3%B3n%20acreditaci%C3%B3n%20MPS.pdf>

6. Manuales de estándares del sistema único de acreditación, anexo técnico 1. Consultada el 3 de Julio de 2013, disponible en:

[http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Res%201445%20de%202006%20\(Anexo%20Tecnico%201\).pdf](http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Res%201445%20de%202006%20(Anexo%20Tecnico%201).pdf)

7. Manual único de procedimientos de habilitación, anexo técnico 2. Consultada el 5 de Julio de 2013, disponible en:

<http://www.consultorsalud.com/biblioteca/resoluciones/Proyecto%20Resolucion%202011%20-%20Modifica%201043%20habilitacion%20IPS%20Anexo%2002.pdf>

8. Anexo N° 29, Guía para la formulación e implementación del PAMEC. Consultada el 25 Julio de 2013, disponible en:

<http://sgccalidad.com/index.php/centro-de-descargas/func-startdown/5/>

9. Marco Legal Colombiano para el SOGCS. Consultado 12 de Noviembre 2012, disponible en:

<http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=118&IdCat=29>

10. Resolución 123 de 2012. Consultado el 12 de Noviembre 2012, disponible en:

<http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Res123%20ene26de2012%20modificRes1445.pdf>

11. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia. Consultado 12 de Noviembre de 2012, disponible en :

[http://www.metrosalud.gov.co/intra-joomla/images/Manual de Acreditacion en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia 1.pdf](http://www.metrosalud.gov.co/intra-joomla/images/Manual_de_Acreditacion_en_Salud_Ambulatorio_y_Hospitalario_Colombia_1.pdf)