

GUÍA METODOLÓGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MANUAL DE  
ACREDITACIÓN EN SALUD AMBULATORIO Y HOSPITALARIO EN COLOMBIA  
CON ENFOQUE EN PROCESOS

ANDREA CATALINA CAMACHO LÓPEZ  
ALINE ANDREA HENAO ZAPATA

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA  
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL  
MAESTRIA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
PEREIRA  
2021

GUÍA METODOLÓGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MANUAL DE  
ACREDITACIÓN EN SALUD AMBULATORIO Y HOSPITALARIO EN COLOMBIA  
CON ENFOQUE EN PROCESOS

ANDREA CATALINA CAMACHO LÓPEZ  
ALINE ANDREA HENAO ZAPATA

Tesis de Grado para optar al título de Magister en Sistemas Integrados de Gestión  
de la Calidad

Director:  
Mg. Enis Paola García García  
Directora del Organismo Certificador de Sistemas de Gestión de la Universidad  
Tecnológica de Pereira QLCT

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA  
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL  
MAESTRIA EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
PEREIRA  
2021

Nota de Aceptación

---

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Pereira (26 de marzo de 2021)

A nuestras familias, que nos apoyaron durante todo el tiempo que estudiamos, a la facultad de Ciencias Empresariales de la Universidad Tecnológica de Pereira, institución que hizo posible el desarrollo del presente trabajo de grado y a nuestra directora de tesis que nos acompañó durante toda la elaboración del proyecto.

## AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

Ingeniera Enis Paola García García, directora del Organismo Certificador de Sistemas de Gestión de la Universidad Tecnológica de Pereira QLCT.

A la Facultad de Ciencias Empresariales de la Universidad Tecnológica de Pereira  
- Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de la Calidad

## CONTENIDO

RESUMEN .....	11
ABSTRACT .....	12
INTRODUCCIÓN .....	13
1. JUSTIFICACIÓN.....	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
2.1 DIAGNÓSTICO O SITUACIÓN DEL PROBLEMA .....	15
2.2 FORMULACIÓN .....	15
2.3 SISTEMATIZACIÓN .....	15
3. OBJETIVOS .....	17
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
4. MARCO DE REFERENCIA.....	18
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES.....	18
4.2 MARCO LEGAL .....	29
4.3 MARCO CONCEPTUAL.....	30
4.4 MARCO ESPACIAL.....	33
4.5 MARCO TEMPORAL.....	33
5. DISEÑO METODOLÓGICO .....	34
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	34
5.2 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	34
5.3 ALCANCE O DELIMITACIÓN .....	34
5.4 VARIABLES E INDICADORES.....	35
5.5 INSTRUMENTOS A UTILIZAR PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	37
5.6 TÉCNICAS DE ANÁLISIS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS.	38

5.7	FASES PROPUESTAS DE DESARROLLO DEL PROYECTO .....	38
6.	PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	40
6.1	IDENTIFICACIÓN DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE APLICABLE.....	40
6.2	CONDICIONES MÍNIMAS PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN	44
6.3	IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS APLICABLES EN ACREDITACIÓN	46
6.4	INTERRELACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN VS PROCESOS .....	48
6.5	GUÍA METODOLÓGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN CON ENFOQUE EN PROCESOS .....	49
6.6	ESTRATEGIAS PARA MANTENER EL PROCESO DE ACREDITACIÓN	51
7.	CONCLUSIONES .....	53
8.	RECOMENDACIONES .....	54
	BIBLIOGRAFÍA .....	55
	WEBGRAFÍA.....	57

## LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Identificación de variables.....	35
Tabla 2. Normograma en Acreditación en Salud.....	40
Tabla 3. Requisitos Acreditación.....	50



## LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura No. 1 Ciclo de Acreditación.....	24
Figura No. 2. Ruta crítica para solicitud de la acreditación.....	25
Figura No. 3. Ruta crítica para la autoevaluación en acreditación en salud .....	26
Figura No. 4. Esquema de mapa de procesos .....	48

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Requisitos legales.

Anexo 2. Matriz de Estándares de Acreditación

Anexo 3. Matriz de Interrelación de Estándares de Acreditación vs Procesos.

Anexo 4. Matriz de Interrelación de Estándares de Acreditación vs Norma ISO 9001:2015.

Anexo 5. Guía metodológica para la implementación del proceso de acreditación con enfoque en procesos.

## RESUMEN

La necesidad de mejorar procesos y servicios, no es ajena al Sector Salud, el cual viene avanzando significativamente en temas de calidad y procesos de acreditación institucional.

Mediante los procesos de acreditación se busca no solo afianzar la competitividad del sector, sino satisfacer las necesidades de los usuarios y sus familias, traducido en mejores procesos, mejores servicios y por ende reconocimiento y permanencia en el mercado.

Con el objetivo de contribuir a este propósito y que las entidades puedan iniciar un camino de mejoramiento continuo, se define el presente trabajo de grado, el cual se convierte en la guía básica para que las entidades puedan optar por procesos de acreditación institucional, basado en un enfoque en procesos sistémico, que le permita su continuidad en el tiempo.

Este trabajo se enfoca en instituciones prestadoras de servicios de salud (hospitalarias y ambulatorias) que tengan como reto o marco normativo avanzar en la implementación de estándares de acreditación institucional, adicionalmente le permite basarse a su vez en un sistema de gestión de calidad bajo los parámetros de la norma ISO 9001 y su enfoque en procesos como base fundamental para el logro de estándares más altos de calidad es decir estándares de acreditación y que sea un proceso sistemático y basado en el principio de la mejora continua.

El documento de guía y sus anexos serán la herramienta de primera mano que contribuirán en la implementación de un sistema de gestión con enfoque en acreditación institucional.

## **ABSTRACT**

The need to improve processes and services is not alien to the Health Sector, which has been making significant progress in matters of quality and institutional accreditation processes.

Through the accreditation processes, the objective is not only to strengthen the competitiveness of the sector, but also to satisfy the needs of users and their families, resulted into better processes, better services and therefore competitiveness and permanence in the market.

Aiming to contribute to this purpose and that the entities can start a path of continuous improvement, this degree work is intended to becomes the basic guide in a such way that entities can opt for institutional accreditation processes, based on a focus of systemic processes, which allows it to remain in time.

This work focuses on institutions that provide health services (hospital and outpatient) that have as a challenge or as a mandatory requisite to advance in the implementation of institutional accreditation standards, additionally it allows them to be based in a quality management system under the parameters of the ISO 9001 standard and its focus on processes as a fundamental basis for the achievement of higher quality standards, it means, accreditation standards and systematic process based on the principle of continuous improvement.

The guidance document and its annexes will be the first-hand tool that will contribute to the implementation of a management system with a focus on institutional accreditation.

## INTRODUCCIÓN

En Colombia la acreditación en salud es el único componente voluntario del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, que consiste en un conjunto de actividades que demuestran el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios. Es aquí, donde esta guía tiene como propósito apoyar técnicamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que buscan implementar estándares de acreditación basados en un enfoque por procesos, conforme a los lineamientos de la ISO 9001:2015.

La estructura de la guía es un marco de referencia para implementar un proceso de acreditación en el sector salud, dentro del Sistema de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por ello se incluyeron aspectos como el marco normativo que soporta el Sistema Único de Acreditación en Salud de Colombia, pasos previos para lograr la implementación satisfactoria del proceso, relación de los estándares de acreditación indicando cómo estos se podrían implementar y adicionalmente un componente de elementos mínimos que se sugieren cumplir y evidenciar por parte de la organización para afrontar con éxito una auditoría externa de acreditación.

Teniendo en cuenta que uno de los pasos previos sugeridos es que la institución cuente con un sistema de gestión bajo el enfoque de procesos, se incorpora una relación de los estándares de acreditación vs los estándares ISO 9001:2015 y una posible orientación sobre qué proceso debería liderar este tipo de estándar en la organización, no siendo esto una mandatorio, sino una orientación de cómo podría realizarse en la organización.

## 1. JUSTIFICACIÓN

La Acreditación en salud en Colombia es un proceso voluntario que garantiza y mejora la calidad de la atención del cliente en una organización de salud. A través, de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Además, de incentivar el manejo de las buenas prácticas, busca afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas.

La necesidad de la acreditación en salud en Colombia es cada vez mayor para mejorar no solo la atención al usuario si no mejorar la calidad de la salud en el país, ya que permite un mejor posicionamiento a nivel internacional y fortalece la exportación de servicios de salud.

Cada vez más las entidades prestadoras de salud, quieren lograr la acreditación de sus instituciones buscando mejorar su eficiencia, lograr sus objetivos y proporcionar un mejor servicio a sus usuarios; es por esto que a través de la presente investigación y teniendo en cuenta la importancia del sector y la necesidad evidente de los usuarios de tener un mejor servicio de salud, realizaremos una guía que permitirá a cualquier institución prestadora de servicios de salud, lograr el proceso de acreditación institucional bajo un enfoque en procesos. Así mismo, bajo este enfoque la organización podrá implementar de una manera integral cualquier requisito o norma.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **2.1 DIAGNÓSTICO O SITUACIÓN DEL PROBLEMA**

La necesidad permanente de mejorar el sector salud, sus servicios y apoyar desde procesos de investigación el fortalecimiento de sus actividades, mediante la aplicación de estándares de acreditación basado en enfoque de procesos, desde el marco normativo aplicable a nivel nacional en el sector salud y usando estándares internacionales en calidad como la norma ISO 9001:2015. La guía que se pretende construir es la base hacia el camino de la mejora continua, con lineamientos para el sostenimiento en el tiempo de altos estándares de calidad.

### **2.2 FORMULACIÓN**

¿Cuál sería la metodología a seguir por parte de los prestadores de servicios de salud para lograr la acreditación a través del enfoque en procesos?

### **2.3 SISTEMATIZACIÓN**

¿Se tiene identificada la normatividad vigente aplicable, relacionada con la acreditación en salud de acuerdo a la resolución 5095 de 2018?

¿Cuáles son los estándares en acreditación que deben alcanzar los prestadores de servicios de salud?

¿Cuáles son las condiciones mínimas para iniciar el proceso de acreditación?

¿Cuáles son los procesos que generalmente son aplicables a las entidades prestadoras de servicios de salud mediante el enfoque de procesos establecido en la norma ISO 9001?

¿Cuál es la interrelación de estándares de acreditación vs procesos?

¿Al elaborar la guía para el proceso de acreditación con enfoque en procesos, se facilitará el cumplimiento por los prestadores de dichos lineamientos?

¿Qué deben hacer los prestadores de salud para mantener su proceso de acreditación en el tiempo?



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar una guía metodológica que facilite a los prestadores de servicios de salud implementar todos los estándares del proceso de acreditación en salud con enfoque a procesos.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar la normatividad vigente aplicable, relacionada con la acreditación en salud de acuerdo a la resolución 5095 de 2018.
- Establecer las condiciones mínimas para iniciar el proceso de acreditación y determinar los estándares en acreditación que deben alcanzar los prestadores de servicios de salud.
- Identificar los procesos que generalmente son aplicables a las entidades prestadoras de servicios de salud mediante el enfoque de procesos establecido en la norma ISO 9001.
- Establecer la interrelación de estándares de acreditación vs procesos.
- Elaborar la guía metodológica para la implementación del proceso de acreditación con enfoque en procesos, lo cual facilitará el cumplimiento por parte de los prestadores.
- Definir estrategias que deben seguir los prestadores de salud para mantener su proceso de acreditación en el tiempo.

## 4. MARCO DE REFERENCIA

### 4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

“La acreditación en salud es una metodología de mejoramiento continuo de la calidad, específica para las instituciones de salud; esta metodología tiene ya una larga trayectoria en el mundo y probada efectividad”.<sup>1</sup>

A la fecha, esta metodología acumula casi cien años de historia, si se tienen en cuenta los trabajos de Abraham Flexner, que en 1910 desarrolló en Estados Unidos el informe que lleva su nombre, famoso por las recomendaciones para elevar el nivel de calidad de los establecimientos educativos en salud y mejorar la calidad de la práctica médica. De especial interés e importancia fue su indicación sobre la necesidad de desarrollar estándares en los que se definiera en forma explícita el nivel de calidad deseada. En igual forma, se recuerdan los trabajos de Ernest Codman, un médico cirujano que en 1918 definió las bases para los programas de estandarización de hospitales, a partir de la construcción del llamado Estándar mínimo en el que señalaba, en forma sencilla, los parámetros de lo que para la época, debería considerarse una buena práctica profesional, incluyendo aspectos como el lavado de las manos y el diligenciamiento de la historia clínica, entre otros.

A mediados de los años cincuenta, dichas experiencias dieron lugar al desarrollo de los programas de acreditación en salud de Estados Unidos y de Canadá, que son los modelos más importantes sobre el tema en la actualidad. Dichos sistemas han desarrollado esquemas para evaluar instituciones que prestan diferentes servicios de salud, por ejemplo, cuidados ambulatorios, domiciliarios, servicios de aseguramiento, entre otros y no solamente cuidados ofrecidos por hospitales. Estas experiencias han sido la base para que algo más de cuarenta países del mundo cuenten hoy con modelos de evaluación externa de la calidad de atención ofrecida por los organismos de salud.

A mediados de los ochenta surgió la Society For Quality in Healthcare (ISQua) que lidera el desarrollo de los procesos de acreditación en salud en el mundo entero, señalando las directrices para la elaboración de los estándares y los mecanismos para la evaluación de los organismos encargados de realizar el proceso de evaluación externa en los países. A la fecha, existen unos diez modelos de

---

<sup>1</sup> La acreditación en Colombia. Pasado, Presente y futuro de la acreditación. Revista normas y calidad. Carlos Édgar Rodríguez H, Md., ICONTEC. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Normas%20y%20Calidad%20No%2076.pdf>

acreditación en salud, especialmente en Norteamérica y Europa, que cuentan con el aval internacional de este organismo.

A comienzos de los años noventa, en América Latina la Organización Panamericana de la Salud apoyó, en coordinación con la Federación Latinoamericana de Hospitales, la elaboración de un manual de acreditación en salud para instituciones hospitalarias, el cual sirvió de modelo para la implementación de estándares en varios países.

### **Antecedentes en Colombia**

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: 1) salud pública; 2) los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema Privado de Servicios. El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.

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 IPS", 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 un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto.

En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, 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 como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud

Cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social 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 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, 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.

Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una 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. El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC)

Es importante anotar que la primera reglamentación del SOGC se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 2309 de 2002 (derogado).

El decreto 780 de 2016 establece La Calidad de la Atención en Salud como "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, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

- Accesibilidad.
- Oportunidad.
- Seguridad.
- Pertinencia.
- Continuidad.

En el mismo Decreto en mención se definen como componentes del SOGC para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes:

- La habilitación de IPS y EPS.
- La Auditoría para el mejoramiento de la calidad.
- La acreditación en salud.
- El sistema de información para los usuarios.

Así mismo, en el decreto se describen las funciones de la Entidad Acreditadora y los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación.

En concordancia, es importante comprender que la acreditación en salud es uno de los componentes del sistema, que se articula con los otros para garantizar la calidad de la atención en salud y proveer servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la adhesión y satisfacción del usuario, bajo el control y tutela del Ministerio de salud y Protección Social. Los estándares de todo el sistema deben ser ajustados de manera progresiva de tal forma que, poco a poco, el país incremente el nivel global de la calidad en los servicios de salud.

El Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de concesión 000187 de 2003 para desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema.

## 4.2 MARCO TEÓRICO

Cualquiera que sea el tamaño y los servicios que presten las organizaciones de salud, estas deben decidir sobre la importancia de la Acreditación dentro de su plan estratégico, su visión y objetivos en general. El punto de partida de la decisión de aplicar al proceso formal de Acreditación es la autoevaluación interna, que está concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización. Dicha evaluación le permite a la alta gerencia, que se forme un juicio objetivo de su desempeño y compromiso con el proceso de mejoramiento continuo, en el contexto del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

La autoevaluación interna ayuda a la organización a cumplir sus objetivos, con un enfoque sistémico, sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno. Con un uso y una ejecución adecuados, la evaluación interna se convierte en un instrumento esencial para conocer las fortalezas, debilidades, desviaciones, aciertos, eficacia, eficiencia, economía, legalidad y mejoras de los sistemas de la institución. También puede estimular la decisión de obtener la Acreditación como mecanismo para evidenciar dicho mejoramiento ante los clientes externos. Una vez que se tome esta decisión, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, podrán presentar su solicitud (aplicación) para la Acreditación en Salud ante Icontec, Organismo acreditador.

La Acreditación en Salud será otorgada por la Junta de Acreditación y ratificada por el Consejo Directivo de Icontec, entidad acreditadora a nivel nacional identificada con el número 001 del Registro Especial de Acreditadores en Salud (Resolución 346 del 17 de febrero de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social), a las instituciones de salud, de conformidad con los procedimientos establecidos en el proceso de Acreditación en Salud.

Es importante anotar que para que una institución de cualquier tipo pueda acceder al proceso de Acreditación, debe haberse habilitado previamente, para lo cual debe tener vigente el certificado de verificación del cumplimiento de los estándares, expedido por la Entidad Territorial de Salud.

El organismo acreditador se reservará el derecho de no adelantar el proceso de Acreditación en salud cuando:

1. Se tenga conocimiento del incumplimiento de las condiciones mínimas de habilitación
2. Existan sanciones impuestas y no resueltas a la institución por fallas en la calidad de la atención en salud impartidas por los organismos de control
3. La institución se encuentre en paro

4. Exista alguna condición que pueda implicar riesgo o afectar la seguridad de los evaluadores.

El proceso recorrido por las organizaciones de salud desde la decisión de acreditarse ante Icontec, hasta la decisión final de la Acreditación y su seguimiento, se ha denominado Ruta Crítica de la Acreditación. A continuación se describe cada una de las etapas de la ruta crítica y en las figuras anexas muestra el Ciclo de preparación para la Acreditación (o ciclo de mejoramiento) y el esquema de prestación del servicio de Acreditación o ruta crítica.

#### **Pasos del Proceso y Ciclo de Acreditación:**

La ruta crítica es el proceso y etapas que las organizaciones de salud deben recorrer, desde el momento de tomar la decisión de acreditarse y solicitar la evaluación ante el ente acreditador, hasta la decisión final de la acreditación y su seguimiento.

A continuación se relaciona el Ciclo de preparación para la Acreditación o ciclo de autoevaluación y mejoramiento, que inicia una institución de salud, previo a solicitar la evaluación de acreditación por parte del ente acreditador. En este primer ciclo la institución toma la decisión de mejoramiento, se autoevalúa contra los estándares de acreditación, implementa acciones de mejoramiento y verificado el cumplimiento de los requisitos para la presentación, solicita la evaluación externa de acreditación.

La Ruta Crítica de Acreditación se inicia con la solicitud de la evaluación externa de acreditación al ente acreditador, quien realiza la visita de campo y envía el informe de la evaluación externa a la Junta de Acreditación, para su decisión o no del otorgamiento del certificado de acreditación. En caso de otorgamiento del certificado, la institución será objeto de 2 visitas de evaluación de seguimiento durante el ciclo de 4 años, para verificar los avances, mejoramiento y sostenibilidad del proceso de acreditación. En caso que la institución acreditada desee renovar el certificado de acreditación, voluntariamente realiza la solicitud de otorgamiento del nuevo ciclo de acreditación en salud y reinicia la Ruta Crítica.

#### **ETAPA DE PREPARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN ó DE AUTOEVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO**

Una vez las instituciones de salud han tomado la decisión de acreditarse, inician la revisión de sus procesos para confrontarse con los estándares de Acreditación adoptados por la Resolución 2082 de 2014 y de aquellas que la modifiquen o adicionen, que serán utilizados para la evaluación externa del ente acreditador. Este trabajo interno y exhaustivo de revisión debe conducir a la identificación, levantamiento, implementación y mejoramiento de los procesos definidos en los estándares de Acreditación y al aprendizaje organizacional frente a unos estándares óptimos.

La duración del proceso de autoevaluación (Ciclo de preparación para la Acreditación o Ciclo de Mejoramiento), estará en función de la evaluación y el trabajo de mejoramiento realizado por la organización, su tamaño y el nivel de adopción de los estándares definidos; en todo caso sus autoevaluaciones le deben indicar 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. El resultado de la autoevaluación se debe presentar en un informe de autoevaluación, que debe suministrarse al ente acreditador sobre los resultados de este proceso, el cual contendrá la calificación dada frente a cada estándar y una lista de fortalezas y oportunidades de mejoramiento para sustentar la evaluación solicitada. Este informe debe ser remitido al ente acreditador dentro de la documentación incluida en el formato de solicitud de Acreditación en Salud, teniendo en cuenta si se trata de una visita de otorgamiento, seguimiento o nuevo ciclo, de acuerdo a los formatos correspondientes.

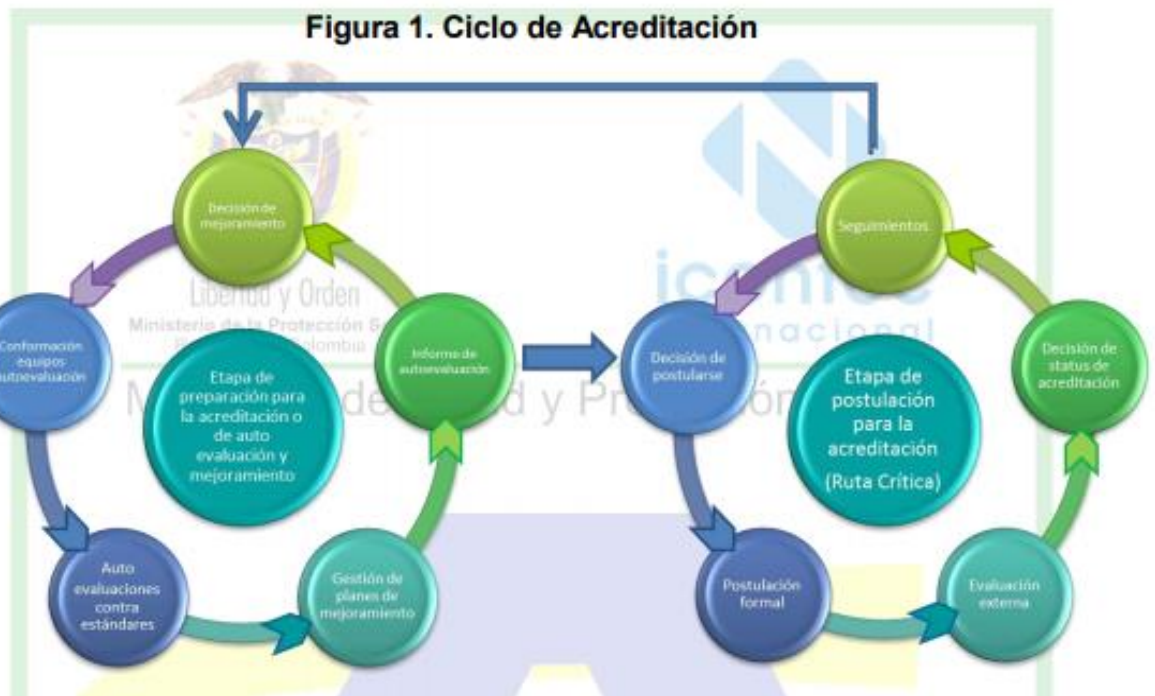


Figura No. 1 Ciclo de Acreditación

### ETAPA DE POSTULACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN - RUTA CRÍTICA. POSTULACIÓN FORMAL

Es un proceso formal de la institución que desea acreditarse, en el que presenta por escrito su intención de acreditarse mediante el diligenciamiento de los formatos de



Solicitud de evaluación para Acreditación en Salud, en los cuales muestra información referida a la solicitud de la visita de evaluación, la relación de sedes y/o regionales que serán evaluadas, tamaño en número de camas, empleados, servicios, sistema de calidad y anexa la documentación y soportes requeridos, Igualmente el certificado de cumplimiento de habilitación expedido por la Dirección Territorial de Salud para las IPS y la autorización de la Superintendencia Financiera para las ARL, además se declara la veracidad de la información suministrada, el conocimiento de la responsabilidad adquirida y se autoriza a Icontec para obtener la información que se requiera dentro del proceso de Acreditación en salud y para la publicación de la obtención de la Acreditación, si corresponde.

### RUTA CRÍTICA PARA SOLICITUD DE LA ACREDITACIÓN

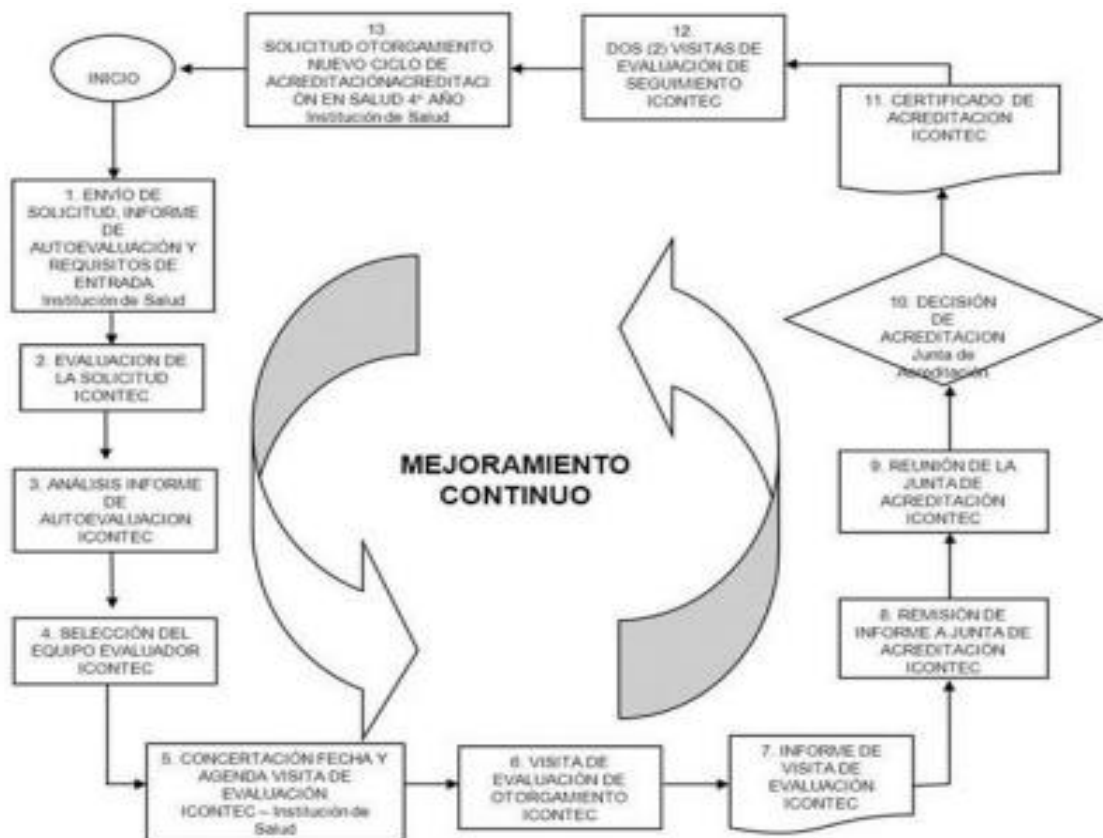


Figura No. 2. Ruta crítica para solicitud de la acreditación

## RUTA CRÍTICA PARA LA AUTOEVALUACIÓN EN ACREDITACIÓN EN SALUD

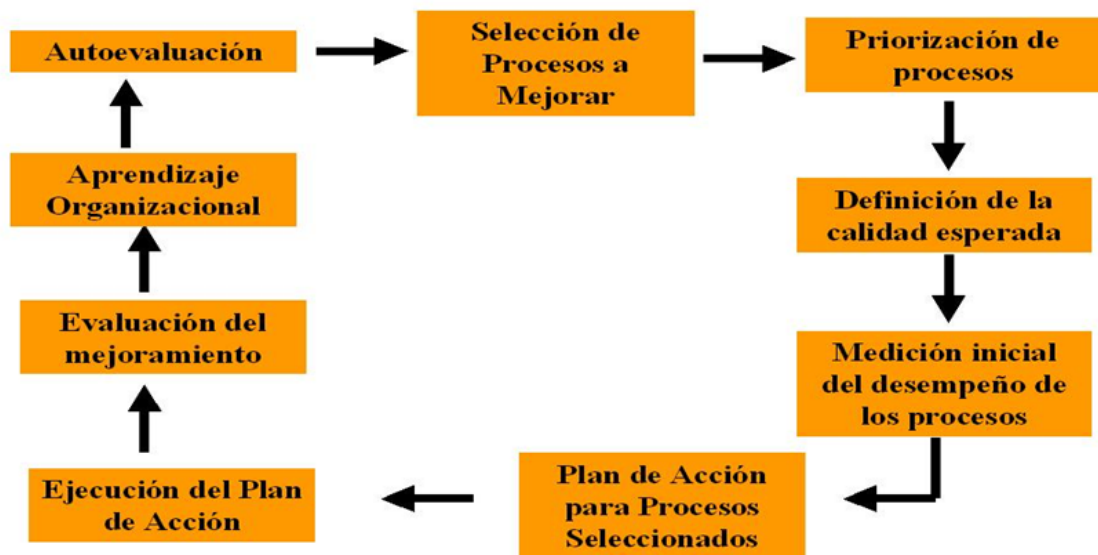


Figura No. 3. Ruta crítica para la autoevaluación en acreditación en salud

## ENFOQUE A PROCESOS

“La gestión por procesos, es considerado como uno de los elementos más importantes y extendido en la gestión de las empresas innovadoras, especialmente de las que basan su gestión en la calidad total” (empresa, [www.virtuniversidad.com](http://www.virtuniversidad.com), 1999)

La gestión por procesos es considerada como la base organizacional, por medio de la cual se fundamenta y consolida la gestión de la organización hacia el logro de los objetivos establecidos. Independiente del tamaño y razón social de la organización el enfoque por procesos está implícito en cualquier organización.

Este enfoque por procesos puede estar o no estar formalizado y se convierte en la base organizacional que permitirá si es bien gestionado, el cumplimiento de los objetivos organizacionales.

En este sentido es importante indicar que los modelos administrativos y estructurales han establecido que los procesos son la base de la gestión de las organizaciones, teoría que se ha mantenido en el tiempo adecuándose a los mercados actuales, siempre teniendo en cuenta que estos procesos deben

diseñarse y estructurarse pensando en sus clientes y partes interesadas. En este sentido es pertinente indicar que todo proceso debe no solo diseñarse, sino ejecutarse y estar en permanente fortalecimiento para cumplir tanto necesidades como expectativas de sus clientes y partes interesadas las cuales son cambiantes y exigentes en el tiempo.

En marco de la gestión por procesos es importante resaltar algunas bases que permitirán su adecuado establecimiento, implementación y fortalecimiento en cualquier organización:

El enfoque a proceso es el resultado de un adecuado proceso de direccionamiento estratégico y planeación que incluye también la definición de la estructura orgánica, la definición del esquema de negocio, la definición de la estructura funcional o administrativa, planta de personal.

“Cualquier cambio que se presente en la organización debe estar debidamente justificado a partir de la cadena de valor y los procesos, pues son estos la unidad principal para determinar y fortalecer las capacidades de las entidades.” (MIPG, 2018)

“Los procesos se pueden definir como secuencias ordenadas y lógicas de actividades de transformación, que parten de unas entradas, para alcanzar unos resultados programados, que se entregan a quien los han solicitado, los clientes de cada proceso” (empresa, [www.virtuniversidad.com](http://www.virtuniversidad.com), 1999)

Estos procesos están adicionalmente integrados por recursos, por documentos, por riesgos, por oportunidades, por mecanismos de seguimiento y control que si son gestionados adecuadamente permitirán que se logren eficientemente los objetivos propuestos. Es importante indicar que cualquier elemento que no se cumpla puede afectar significativamente el logro de los objetivos establecidos. Se debe tener en cuenta en la gestión por procesos, que cualquiera de estos elementos que falte o se implemente de manera no adecuada puede impactar en el resultado no solo del proceso sino de la organización.

Los procesos cruzan los límites funcionales, aportando a una cultura organizacional menos rígida, más flexible y cuyo objetivo es el logro de los resultados. Sin embargo, el enfoque por procesos puede implementarse independiente de la estructura organizacional.

Los procesos como herramienta de gestión, permiten que una organización sea orientada a resolver problemas de una manera más eficaz y eficiente.

Los procesos bien establecidos y fundamentados, deberán responder a las estrategias trazadas por la organización y permitirán cumplir la misión y la visión de la organización.

Los procesos a su vez son la base para la implementación de cualquier modelo de gestión puede ser este, un modelo de calidad total, un sistema de gestión bajo los estándares de las normas ISO 9000 u otra familia de normas ISO, o modelos que ha implementado el estado como el modelo integrado de planeación y gestión, entre otros.

En el enfoque por procesos se debe tener en cuenta que estos son categorizados según sus objetivos y resultados o salidas, comúnmente en tres niveles: procesos estratégicos, procesos misionales u operativos también llamados cadena de valor, procesos de apoyo, soporte o administrativos, sin embargo en entidades públicas, se clasifican en cuatro niveles procesos estratégicos, misionales, de apoyo, control y evaluación. Es importante indicar que, según el tipo de modelo a implementar, éste podrá definir su categorización y/o división, lo cual también podrá depender de los criterios, cultura y necesidades de la organización.

En marco de los sistemas de gestión y demás modelos, se debe tener en cuenta las siguientes pasos o lineamientos mínimos para trabajar un adecuado enfoque por procesos:

- Identificar procesos necesarios para la prestación del servicio, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de clientes / partes interesadas.
- Establecer el objetivo.
- Establecer alcance es decir su principio y fin.
- Definir los responsables de cada uno de los procesos y sus respectivas obligaciones.
- Establecer la secuencia e interacción de dichos procesos.
- Establecer actividades y desagregarlas en procedimientos o tareas.
- Identificar riesgos del proceso y establecer los controles correspondientes.
- Definir controles de seguimiento y medición.
- Gestionar y controlar dichos procesos, de tal manera que agreguen valor y permitan el logro de los objetivos trazados por la organización con eficiencia.
- Establecer mecanismos para garantizar que las actividades se realicen acorde a lo documentado y formalizado.
- Revisar permanentemente los procesos para su mejora continua.
- Documentar y formalizar estos lineamientos a través de un mapa de procesos y demás tipos de documentos como pueden ser (descripciones / caracterizaciones de proceso, planes, procedimientos, instructivos, formatos, políticas de operación, entre otros).

## **4.2 MARCO LEGAL**

Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS Versión 2007

Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS Versión 2007

Decreto 903 de 2014 "Por el cual se dictan las disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud"

Resolución 2082 de 2014 " Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud"

Resolución 2427 de 2014 "Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud" hasta el 31 de enero de 2017

Resolución 256 de 2016 y anexos técnicos.

Resolución 6055 de 2016 "Por la cual se determina la integración y el funcionamiento del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud".

Resolución 346 de 2017 "Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud" hasta el 31 de enero de 2021

Resolución 5095 de 2018 "Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1"

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

Paquetes instruccionales Seguridad del Paciente MSyPS Paquetes instruccionales

Guía Práctica de preparación para la Acreditación en Salud. Julio de 2005

Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia Manual acredita salud amb y hosp V 3.1.pdf

Resolución 2378 de 2008. Por la cual se adoptan las Buenas prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigaciones con medicamentos en seres humanos.

### 4.3 MARCO CONCEPTUAL

- **Sistema único de acreditación en salud:** Acreditación en salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función (Decreto 780 - Resolución 2082 de 2014).

La acreditación en salud es una metodología de evaluación externa, establecida y reconocida desde hace casi 50 años en Norteamérica, específicamente diseñada para el sector salud, realizada generalmente por una organización no gubernamental, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad. Se basa en requisitos de procesos de atención en salud, orientados a resultados y se desarrolla por profesionales de salud que son pares o contrapartes del personal de las entidades que desean acreditarse y de reconocimiento público en el ámbito nacional e internacional, con efectos de mejoramiento de calidad demostrados. Esta evaluación corresponde a un proceso voluntario en el cual se reconoce públicamente a una Institución Prestadora de Servicios de Salud, (IPS), Entidad Promotora de Servicios de Salud del Régimen Contributivo y Régimen subsidiado (EPS), Entidad de Medicina Prepagada (EMP) o Entidad Adaptada, Entidades Territoriales de Salud (ETS), el cumplimiento de estándares superiores de calidad, previo cumplimiento de los requisitos mínimos determinados por el Sistema Único de Habilitación.

Los estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad y, por ende, se ajustan cada cuatro años. Las organizaciones de salud que deseen mantener su certificado de acreditación, deberán renovarlo igualmente cada cuatro años

El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la Acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas

- **Resolución 2082 de 2014:** Por las que se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema único de Acreditación en Salud.

- **ISQUA:** Es la Sociedad Internacional para la Calidad en Salud (ISQua) que lanzó su primer programa de Acreditación Internacional (IAP) usando originalmente la sigla ALPHA.

La acreditación de ISQua para organismos de evaluación externa de la atención en salud, es un proceso de aprendizaje y desarrollo que incluye la autoevaluación organizacional contra el criterio de los Estándares de ISQua y la valoración externa de evaluadores pares internacionales.

- **Acreditación:** Procedimiento mediante el cual un organismo autorizado reconoce formalmente que una organización es competente para la realización de una determinada actividad de evaluación de la conformidad. Los organismos de acreditación son los encargados de realizar comprobaciones independientes e imparciales de la competencia de los evaluadores de la conformidad, (organismos de certificación, de inspección y laboratorios) con objeto de dar confianza al comprador y al legislador y facilitar, a su vez, el comercio internacional.

- **Actividad de evaluación de conformidad de tercera parte:** Actividad de evaluación de la conformidad que lleva a cabo una persona u organización, es independiente de la persona u organización que provee el objeto y también de los intereses del usuario en dicho objeto.

- **Auditoría:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.

- **Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

- **Condición:** Requisitos o regulaciones que se deben cumplir para lograr o acceder a algo.

- **Confidencialidad:** Actividades que se hacen o dicen de manera reservada o secreta o con seguridad recíproca entre varias personas.

- **Conformidad:** Cumplimiento de un requisito.

- **Documento:** Información y su medio de soporte.

- **Equipo Auditor:** Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría.

- **Estructura:** Distribución y orden de las partes importantes que componen un todo.

- **Funciones:** Actividad propia de un cargo, oficio.
- **Imparcialidad:** Presencia real y percibida de objetividad.
- **No Conformidad:** Incumplimiento de un requisito.
- **Norma Técnica Colombiana:** Norma técnica aprobada o adoptada como tal por el organismo nacional de normalización.
- **Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
- **Sistema de Gestión:** Conjunto de elementos de una organización interrelacionados o que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos para lograr estos objetivos.
- **Sistema de Gestión de la Calidad:** Parte de un sistema de gestión relacionada con la calidad.
- **Salida:** Resultado de un proceso.
- **Producto:** Salida de una organización que puede producirse sin que se lleve a cabo ninguna transacción entre la organización y el cliente.
- **Servicio:** Salida de una organización con al menos una actividad, necesariamente llevada a cabo entre la organización y el cliente.
- **Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto.
  - Nota 1 a la entrada: Que resultado previsto de un proceso se denomine salida, producto o servicio, depende del contexto de la referencia.
  - Nota 2 a la entrada: Las entradas de un proceso son generalmente las salidas de otros procesos y las salidas de un proceso generalmente las entradas de otros procesos.
  - Nota 3 a la entrada: Dos o más procesos en serie que se interrelacionan e interactúan pueden también considerarse como un proceso.
  - Nota 4 a la entrada: Los procesos de una organización generalmente se planifican y se realizan bajo condiciones controladas para agregar valor.
  - Nota 5 a la entrada: Un proceso en el cual la conformidad de la salida resultante no pueda validarse de manera fácil o económica, con frecuencia se le denomina “proceso especial”:
  - Nota 6 a la entrada: Este término es uno de los términos comunes y definiciones esenciales para las normas de sistemas de gestión que se



proporcionan en el anexo SL del Suplemento ISO consolidado de la Parte 1 de las Directivas ISO/IEC.

- **Desempeño:** Resultado medible.
- **Eficiencia:** Relación entre el resultado alcanzado y los resultados utilizados.
- **Eficacia:** Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se logran los resultados planificados.

#### **4.4 MARCO ESPACIAL.**

La presente tesis se limita a realizar la guía metodológica que facilite a los prestadores de servicios de salud lograr la acreditación en salud a través de la herramienta de gestión de enfoque por procesos.

#### **4.5 MARCO TEMPORAL.**

El marco temporal definido para la presente tesis es de once (11) meses a partir de la aprobación del presente anteproyecto.

## 5. DISEÑO METODOLÓGICO

### 5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación aplicable para la presente tesis, es la investigación descriptiva ya que en el marco de las competencias adquiridas en la presente maestría y mediante la comprensión y entendimiento de las necesidades del sector salud en lo que respecta a procesos de calidad y mejora continua, se hace necesario construir una guía metodológica que facilite a los prestadores de servicios de salud implementar los estándares de acreditación con un enfoque a procesos.

### 5.2 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se toma como población todos los grupos de estándares del Sistema Único de Acreditación. La población objeto de investigación son todas las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud IPS, a las cuales les aplica el Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. Versión 3.1.

### 5.3 ALCANCE O DELIMITACIÓN

**5.3.1 Delimitación Temática:** Corresponde a la implementación del proceso de acreditación institucional para instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, mediante un enfoque basado en procesos.

**5.3.2 Delimitación Demográfica:** La presente tesis está delimitada demográficamente para el sector salud y para las entidades prestadoras de servicios de salud, que buscan alcanzar estándares superiores de calidad en sus procesos, es decir, la Acreditación Institucional.

**5.3.3 Delimitación Geográfica:** Se delimita geográficamente para Colombia.

**5.3.4 Delimitación Temporal:** Esta investigación se llevará a cabo en cinco (5) meses. Para el desarrollo del proyecto se tendrá en cuenta el marco teórico y normativo vigente relacionado con acreditación institucional y enfoque basado en procesos bajo el estándar ISO 9001.

## 5.4 VARIABLES E INDICADORES.

- Identificar la normatividad vigente aplicable, relacionada con la acreditación en salud de acuerdo a la resolución 5095 de 2018.
- Establecer las condiciones mínimas para iniciar el proceso de acreditación y determinar los estándares en acreditación que deben alcanzar los prestadores de servicios de salud.
- Identificar los procesos que generalmente son aplicables a las entidades prestadoras de servicios de salud mediante el enfoque de procesos establecido en la norma ISO 9001.
- Establecer la interrelación de estándares de acreditación vs procesos.
- Elaborar la guía metodológica para el proceso de acreditación con enfoque en procesos, que facilitará el cumplimiento por parte de los prestadores.
- Definir estrategias que deben seguir los prestadores de salud para mantener su proceso de acreditación en el tiempo.

Tabla 1. Identificación de variables

<b>PROYECTO DE INVESTIGACIÓN</b>			
<b>FACTOR A ANALIZAR EN DIMENSIÓN LOCAL</b>	<b>VARIABLES IDENTIFICADAS</b>	<b>DEFINICIÓN DE VARIABLES</b>	<b>INDICADORES</b>
Identificación de normatividad vigente aplicable relacionada con Acreditación en salud	Normatividad vigente aplicable frente a la Acreditación institucional.	Marco normativo en Colombia relacionado con procesos de acreditación del sector de salud.	Normas identificadas relacionada con procesos de acreditación institucional sector salud.
	Requisitos mínimos para acreditación	Descripción de requisitos, estándares mínimos frente al proceso de acreditación institucional.	No. de requisitos identificados

<b>PROYECTO DE INVESTIGACIÓN</b>			
<b>FACTOR A ANALIZAR EN DIMENSIÓN LOCAL</b>	<b>VARIABLES IDENTIFICADAS</b>	<b>DEFINICIÓN DE VARIABLES</b>	<b>INDICADORES</b>
Identificación de condiciones mínimas frente al proceso de acreditación	Identificación y de de análisis estándares de Acreditación	Estándares de Acreditación de aplicables a instituciones prestadoras de servicios de salud	No. estándares de acreditación aplicables a instituciones prestadoras de servicios de salud.
Enfoque de procesos en IPS.	Identificar los procesos que generalmente son aplicables a las entidades prestadoras de servicios de salud mediante el enfoque de procesos establecido en la norma ISO 9001.	Identificación de procesos aplicables a las IPS.	Procesos identificados
	Identificar normas o documentos técnicos que establezcan lineamientos frente al enfoque de procesos.	Consultar normas, documentos técnicos frente al enfoque de procesos.	Normas y/o documentos técnicos relacionados con enfoque en procesos.
Relación de estándares vs procesos	Establecer la interrelación de estándares de Acreditación vs procesos.	Interrelación de estándares de acreditación vs procesos.	Matriz de interrelación como insumo para la construcción de la guía metodológica.
Guía metodológica	Documentación de guía	Identificar cuáles son los	Contenido de guía metodológica para la

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN			
FACTOR A ANALIZAR EN DIMENSIÓN LOCAL	VARIABLES IDENTIFICADAS	DEFINICIÓN DE VARIABLES	INDICADORES
		elementos técnicos que debe contener una guía	acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud mediante un enfoque en procesos
Estrategias para sostenimiento de Acreditación	Experiencias exitosas de entidades acreditadas.	Investigar frente a experiencias exitosas de entidades acreditadas para identificar elementos comunes básicos a mantener para garantizar la continuidad en procesos de acreditación.	Estrategias para sostenimiento de procesos de acreditación identificadas.

Fuente. Elaboración propia

## 5.5 INSTRUMENTOS A UTILIZAR PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

### 5.5.1 Definición de las fuentes de información

Las fuentes de información que se utilizarán para el desarrollo del trabajo serán secundarias, ya que para ello será necesaria la consulta en documentos impresos, información tomada de internet entre otros.

Las fuentes de información son las relacionadas con el sector salud, específicamente en lo que corresponde a estándares de Acreditación y el enfoque de procesos establecido en el estándar ISO 9001.

**Fuentes de información secundaria.** Estándares de acreditación aplicables en resolución 5095 de 2018, Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. Versión 3.1, enfoque de procesos estándar ISO 9001, documentación relacionada.

### **5.5.2 Definición del instrumento de recolección de información.**

Análisis documental y referencias: Revisión y evaluación de la documentación vigente disponible para la identificación de requisitos de Acreditación y enfoque de procesos aplicables, para realizar ejercicio de interrelación con estándares de acreditación como insumo para la construcción de la guía.

### **5.5.3 Definición de las técnicas de recolección de información.**

Los datos necesarios para el trabajo a realizar, se obtendrán a través de la identificación de requisitos del Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. Versión 3.1, Resolución 5095 y la norma NTC-ISO-IEC 9001:2015 y la construcción o elaboración de estos.

## **5.6 TÉCNICAS DE ANÁLISIS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS.**

Las técnicas a implementar serán: relación con marco normativo, definición según análisis de la información y contenido de la guía metodológica.

## **5.7 FASES PROPUESTAS DE DESARROLLO DEL PROYECTO**

- ✓ Revisión de la documentación y marco normativo relacionado con procesos de acreditación institucional y sistemas de gestión en sector salud.
- ✓ Identificar condiciones mínimas para iniciar proceso de acreditación y determinar los estándares que deben alcanzar los prestadores de servicios de salud.
- ✓ Identificación de los procesos que generalmente son aplicables a las entidades prestadoras de servicios de salud mediante el enfoque de procesos establecido en la norma ISO 9001.
- ✓ Establecimiento de la interrelación de estándares de acreditación vs procesos.
- ✓ Construcción de guía metodológica para la implementación del manual de

acreditación en salud ambulatorio y hospitalario en Colombia con enfoque en procesos.

- ✓ Definir estrategias que deben seguir los prestadores de salud para mantener su proceso de acreditación en el tiempo.

## 6. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

### 6.1 IDENTIFICACIÓN DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE APLICABLE

Con el objetivo de identificar la normatividad vigente aplicable que debe tenerse en cuenta por parte de la institución prestadora de servicios que decide iniciar el proceso de Acreditación en Colombia, se realizó para efectos de la presente investigación, una matriz de requisitos legales que presenta de manera general dichas normas.

#### 6.1.1 Matriz de requisitos legales en Acreditación

Tabla 2. Normograma en Acreditación en Salud

<b>MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES EN ACREDITACIÓN</b>	
<b>NORMA</b>	<b>DESCRIPCIÓN (APLICABILIDAD)</b>
Decreto 903 de 2014	Por el cual se dictan las disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud
Resolución 2082 de 2014	Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud
Resolución 2427 de 2014	Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud" hasta el 31 de enero de 2017
Resolución 256 de 2016 y anexos técnicos.	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud
Resolución 6055 de 2016	Por la cual se determina la integración y el funcionamiento del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud".
Resolución 346 de 2017	Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud" hasta el 31 de enero de 2021
Resolución 5095 de 2018	Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1"
Ley 100 de 1993.	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
Resolución 2378 de 2008.	Por la cual se adoptan las Buenas prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigaciones con medicamentos en seres humanos.



## MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES EN ACREDITACIÓN

NORMA	DESCRIPCIÓN (APLICABILIDAD)
Resolución NÚMERO 4343 DE 2012	Por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones.
Resolución No. 008430 de 1993	Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud; Colombia.
Ley 1581 de 2012.	Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.
Resolución 2011020764 de 2011	Por la cual se establece el reglamento relativo al contenido y periodicidad de los reportes de eventos adversos en la fase de investigación clínica con medicamentos en humanos, de qué trata el artículo 146 del decreto 677 de 1995.
Decreto 780 de 2016	Artículo 2.5.1.6.1 Objeto. El presente Capítulo tiene por objeto dictar disposiciones y realizar ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, así como definir reglas para su operación en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales.
Resolución 3100 de 2019	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud
Resolución 1403 de 2007	Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones
Decreto 4725 de 2005.	Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano.
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Resolución 429 de 2016	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud
Resolución 1995 de 1999	Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, el consentimiento informado y los anexos de la Historia Clínica.
Resolución No. 839 de 2017	Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones
Resolución 1164 de 2002.	Por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares

## MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES EN ACREDITACIÓN

NORMA	DESCRIPCIÓN (APLICABILIDAD)
Resolución 4445 de 1996	Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.
Resolución 3202 de 2016 (MSPS)	“Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones”
Resolución 429 de 2016 (MSPS)	“Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud”
Decreto 1082 de 2015	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del sector Administrativo de Planeación Nacional
Decreto 342 de 2019	Por el cual se adiciona la Sección 6 de la Subsección 1 del Capítulo 2 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1082 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional
Directiva Presidencial 9 de 2010	Directrices para la elaboración y articulación de los planes estratégicos sectoriales e institucionales e implementación del Sistema de Monitoreo de Gestión y Resultados
Decreto 2376 de 2010	Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud.
Decreto 2376 de 2010	Plantea las prácticas formativas
Resolución 1058 de 2010	Por medio del cual se reglamenta el servicio social obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud y se dictan otras disposiciones.
Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS Versión 2007	Sistema obligatorio de garantía de calidad
Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS Versión 2007	Sistema obligatorio de garantía de calidad
Paquetes instruccionales Seguridad del Paciente MSyPS Paquetes instruccionales	Sistema obligatorio de garantía de calidad
Guía Práctica de preparación para la Acreditación en Salud. Julio de 2005	Versión 2. Su propósito es brindar recomendaciones técnicas para la operativización e implementación de los lineamientos en los procesos asistenciales, recopila las prácticas disponibles en la literatura médica, cuentan con evidencia suficiente o son recomendadas por grupos de expertos.

<b>MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES EN ACREDITACIÓN</b>	
<b>NORMA</b>	<b>DESCRIPCIÓN (APLICABILIDAD)</b>
Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia Manual acredita salud amb y hosp V 3.1.pdf	Aplica para instituciones prestadoras de servicios de salud que ofrecen servicios ambulatorios, hospitalarios o ambos. Están excluidas las instituciones que ofertan servicios de habilitación y rehabilitación, a las cuales se les aplicará el manual específico para este tipo de institución  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.
Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente	Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente
Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 001 2010	Su propósito es brindar recomendaciones técnicas para la operativización e implementación de los lineamientos en los procesos asistenciales, recopila las prácticas disponibles en la literatura médica, cuentan con evidencia suficiente o son recomendadas por grupos de expertos.
Manual de medidas básicas para el control de infecciones en IPS	A continuación, en este documento encontrará las orientaciones técnicas y gráficas para poner en práctica las medidas pertinentes para el control de la transmisión de infecciones a nivel institucional.

Ver Anexo 1. Matriz de Requisitos legales.

### **6.1.2 Estándares de acreditación para los prestadores de servicios de salud**

El Ministerio De Salud De La Protección Social En Conjunto con ente acreditador aprobado en Colombia, han definido el Manual De Acreditación En Salud Ambulatorio Hospitalario versión 3.1, con el cual deben autoevaluarse las instituciones prestadoras de servicios de salud que deseen iniciar el proceso de acreditación. Este manual contempla los siguientes grupos de estándares:

- Estándares asistenciales (proceso de atención al cliente)"
- Direccionamiento
- Gerencia
- Gerencia del talento humano
- Gerencia del ambiente físico
- Gestión de la tecnología

- Gerencia de la información
- Estándar mejoramiento de la calidad

Ver Anexo 2. Matriz de Estándares de Acreditación

## **6.2 CONDICIONES MÍNIMAS PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN**

Para la identificación de condiciones mínimas requeridas por una institución prestadora de servicios de salud, dentro del proceso de acreditación y de acuerdo a lo definido por el actual organismo Acreditador en Colombia se evidenciaron los siguientes criterios:

### **6.2.1 Requisitos previos Organismo Acreditador**

La Acreditación en Salud será otorgada por la Junta de Acreditación y ratificada por el Consejo Directivo de Icontec, entidad acreditadora a nivel nacional identificada con el número 001 del Registro Especial de Acreditadores en Salud, a las instituciones de salud, de conformidad con los procedimientos establecidos en el proceso de Acreditación en Salud.

Es importante anotar que para que una institución de cualquier tipo pueda acceder al proceso de Acreditación, debe haberse habilitado previamente, para lo cual debe tener vigente el certificado de verificación del cumplimiento de los estándares, expedido por la Entidad Territorial de Salud.

El ente Acreditador se reservará el derecho de no adelantar el proceso de Acreditación en salud cuando:

- Se tenga conocimiento del incumplimiento de las condiciones mínimas de habilitación
- Existan sanciones impuestas y no resueltas a la institución por fallas en la calidad de la atención en salud impartidas por los organismos de control
- La institución se encuentre en paro
- Existe alguna condición que pueda implicar riesgo o afectar la seguridad de los evaluadores.

El proceso recorrido por las organizaciones de salud desde la decisión de acreditarse, hasta la decisión final de la Acreditación y su seguimiento, se ha denominado Ruta Crítica de la Acreditación.

## AUTOEVALUACIÓN

Cuando las organizaciones de salud han tomado la decisión de acreditarse, inician la revisión de sus procesos para confrontarse con los estándares de acreditación establecidos por la 5095 del 2018.

Este trabajo interno de revisión debe conducir a la identificación, levantamiento, implementación y mejoramiento de los procesos. Y sus autoevaluaciones le deben indicar que ha alcanzado un nivel de cumplimiento de los estándares que le permiten estimar una probabilidad para pasar la autoevaluación por parte del organismo acreditador. El resultado de esta autoevaluación se debe presentar en un informe que se debe suministrar al organismo acreditador

## INFORME DE AUTOEVALUACIÓN

Una vez adelantado el proceso de autoevaluación, la institución debe redactar un informe sobre los resultados de este proceso; él debe contener la calificación dada frente a cada estándar y una lista de fortalezas y oportunidades de mejoramiento para sustentar la evaluación propuesta.

## SOLICITUD

Las organizaciones que desean obtener información sobre la acreditación pueden hacerlo a través de diferentes medios: telefónicamente, vía mail, página web, carta o personalmente al visitar la oficina, de esta manera tendrá acceso a conocer el campo de actividad del Organismo Acreditador.

En los casos que las organizaciones deseen acreditar, renovar, ampliar, suspender, reducir, o retirar la Acreditación, el representante legal o la persona autorizada para dicho trámite debe diligenciar el Formulario Información de acreditación o en línea a través de la página web, link formulario de solicitud.

Se aclaran las inquietudes que pueden surgir en la presentación de la solicitud tanto para la organización como para el Organismo Acreditador.

Ver anexo 5. Guía metodológica para la implementación del proceso de acreditación con enfoque en procesos.

### **6.3 IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS APLICABLES EN ACREDITACIÓN**

El enfoque basado en procesos parte de la idea de que las empresas son tan eficientes como lo son sus procesos, todo trabajo dentro de la organización se realiza con el propósito de cumplir un objetivo y el objetivo se logra más eficazmente cuando los recursos y actividades se gestionan como un proceso.

Teniendo como base la gestión por procesos, el cual aplica a cualquier organización independiente de su razón social, se pueden mencionar en su generalidad 3 niveles de procesos en una organización: procesos estratégicos, procesos misionales, procesos de apoyo.

A nivel estratégico: en este nivel se establece el rumbo de la organización, dónde y cómo va a competir. Se establecen la dirección y toma de decisiones fundamentales para el propósito de la organización. Ejemplos: Gestión del plan estratégico, planificación y seguimiento de objetivos.

A nivel misional (cadena de valor), o procesos operacionales, productivos o de prestación del servicio: en este nivel se identifican los procesos propuesta de valor de la organización, es decir aquellos procesos que prestarán los servicios correspondientes que se van a ofrecer al cliente. Su resultado forma parte del producto o servicio final que recibe el cliente. Ejemplos: Todas las actividades en línea de producción o las diferentes fases de la prestación de un servicio.

A nivel de apoyo-procesos de soporte: en este nivel se identifican los procesos que apoyan u administran los recursos requeridos para la operación a satisfacción de los demás procesos. También se incluyen todos los necesarios para que se lleve a cabo de una manera eficaz la actividad principal. Los resultados de estos procesos suponen normalmente entradas para otros procesos. Ejemplos: gestión del talento humano, gestión de compras, facturación y cobro, gestión del mantenimiento etc.

En otras organizaciones en especial del sector público, se identifica además procesos de seguimiento, medición y análisis: estos procesos evalúan el cumplimiento de requisitos. Detectan, analizan y corrigen desviaciones. Establecen mejora. Ejemplo: Seguimiento y medición del producto o servicio, de los procesos, de la satisfacción del cliente, auditoría interna, etc (Guía para la aplicación de la ISO 9001:2015 - Jose Antonio Gómez Martínez)

Es pertinente indicar que la identificación y clasificación de procesos dependerá de la cultura organizacional y direccionamiento de la alta dirección, quienes finalmente tendrán la discrecionalidad de clasificar sus correspondientes procesos conforme a los propósitos organizacionales.

#### PROCESOS EN SECTOR SALUD:

#### POSIBLES PROCESOS ESTRATÉGICOS:

- Gestión Estratégica
- Sistemas de Gestión
- Gestión Clínica

POSIBLES PROCESOS MISIONALES (DEPENDERÁ DE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA ORGANIZACIÓN, NIVEL DE COMPLEJIDAD, RESPECTIVOS SERVICIOS QUE OFRECE LA RESPECTIVA IPS).

- Atención al usuario
- Atención ambulatoria
- Urgencias
- Hospitalización
- Quirófanos y sala de partos
- Servicio farmacéutico
- Soporte Terapéutico
- Apoyo diagnóstico
- Gestión de Docencia e Investigación

#### PROCESOS DE APOYO:

- Gestión del Talento Humano y Humanización
- Gestión del Ambiente Físico
- Gestión de la Tecnología
- Gestión de Sistemas de Información
- Gestión Jurídica
- Gestión Financiera

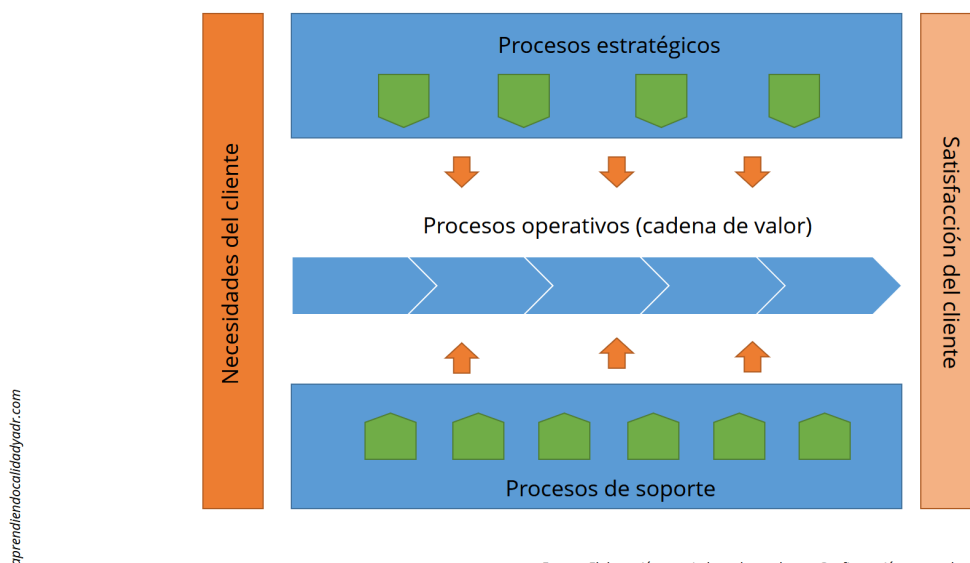
#### PROCESOS DE EVALUACIÓN

- Gestión de Control Interno
- Auditorías

Referencia: Mapa de procesos de Hospital Universitario Departamental de Nariño.(Página web)

ESQUEMA DE MAPA DE PROCESOS (TRADICIONAL): El cual puede servir de referencia para el bosquejo del mapa de procesos en cada ips, conforme a los servicios que ofrece.

MAPA DE PROCESOS CONVENCIONAL



Fuente: Elaboración propia basada en el texto Configuración y usos de un mapa de procesos. AENOR.

Figura No. 4. Esquema de mapa de procesos

## 6.4 INTERRELACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN VS PROCESOS

Teniendo en cuenta que el enfoque en procesos es la base para la operación de cualquier organización, se hace necesario identificar por cada grupo de estándares los procesos que podrán soportar dichos requerimientos y garantizar su planificación, implementación, verificación y mejora continua. Así mismo se documenta como apoyo la matriz de interrelación de estándares vs Requisitos de la Norma ISO 9001:2015 para las organizaciones que opten en marco del proceso de acreditación institucional, iniciar con la implementación de un sistema de gestión de calidad usando como referente la ISO 9001.



Ver Anexo 3. Matriz de Interrelación de Estándares de Acreditación vs Procesos.

Ver Anexo 4. Matriz de Interrelación de Estándares de Acreditación vs Norma ISO 9001:2015.

## **6.5 GUÍA METODOLÓGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN CON ENFOQUE EN PROCESOS**

### **6.5.1 Contenido de la Guía**

La guía metodológica para la implementación del proceso de acreditación, tiene como propósito apoyar técnicamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que buscan implementar estándares de acreditación en salud basados en un enfoque por procesos conforme a los lineamientos de la ISO 9001:2015.

La guía contiene marco normativo, explicación del ciclo de acreditación y lineamientos de cómo se podría implementar dicho proceso en la institución, adicionalmente describe cada uno de los estándares, su interrelación con la norma ISO 9001 y posible proceso que en marco del sistema de gestión podría liderar la implementación, por último una descripción de los productos mínimos que se deberán desarrollar para cumplir con los estándares y criterios correspondientes.

Esta guía se puede utilizar como un documento de apoyo y de referencia para lograr la acreditación en salud bajo un enfoque en procesos. Es pertinente indicar que los productos mínimos dependen de la naturaleza de cada institución y de la evaluación del cumplimiento de los estándares y está sujeto a los lineamientos definidos por el organismo acreditador.

### **TABLA DE CONTENIDO GUÍA DE ACREDITACIÓN**

1. Introducción
2. Objeto y campo de aplicación (ambulatorio y hospitalario)
3. Referencias normativas
4. Términos y definiciones

5. Preparación proceso de acreditación (proceso para la acreditación en salud ruta crítica)

- Etapa de preparación
- Equipos de autoevaluación
- Autoevaluación
- Mejoramiento
- Etapa de postulación
- Evaluación – preparación para la evaluación
- Visita de evaluación
- Seguimiento de la acreditación
- Elementos claves (recomendaciones)

6. Requisitos acreditación

Tabla 3. Requisitos Acreditación

Grupo de estándares	Proceso de atención a cliente asistencial Direccionamiento Gerencia Gestión del talento humano Gestión del ambiente físico Gestión de la tecnología Gestión de los sistemas de información Gestión del mejoramiento continuo		
Estándar	Interrelación iso 9001	Orientación (cómo cumplir requisito)	Productos mínimos
Código: Xxx	Requisito 9001 aplicable interrelacionado		

7. Conclusiones generales

8. Bibliografía

Ver anexo 5. Guía metodológica para la implementación del proceso de acreditación con enfoque en procesos.

## **6.6 ESTRATEGIAS PARA MANTENER EL PROCESO DE ACREDITACIÓN**

- Es importante que la organización aborde el proceso de acreditación teniendo en cuenta que éstos son altos estándares de calidad y para llegar a cumplir dichos requisitos se requiere de unas condiciones mínimas en calidad para que el proceso sea entendible y sostenible en el tiempo. Un buen inicio sería la implementación de un sistema de gestión de calidad usando como referente el estándar ISO 9001.
- La cultura organizacional y el talento humano son la base para que este tipo de procesos y retos puedan implementarse y mantenerse a satisfacción en las instituciones. Esto se puede lograr mediante procesos sensibilización y capacitación a todo el personal independiente de su forma de vinculación para lograr compromiso esperado.
- Compromiso de la alta dirección evidenciado mediante un adecuado liderazgo, asignación de recursos, definición de responsabilidades y autoridades para que el proceso se pueda implementar a satisfacción.
- Implementar cada uno de los estándares bajo un enfoque sistémico de mejora continua (ciclo PHVA), dejando evidencia preferiblemente documentada del cumplimiento de dicho ciclo.
- Contar con sistemas de información que apalanquen la implementación de estos sistemas que son robustos y deben transversalizarse a toda la institución, personal y sedes adscritas.
- Seguimiento permanente de la alta dirección frente al avance del proyecto para validar avances y reajustar lo que sea necesario en marco del cumplimiento de los objetivos establecidos.
- Realizar una correcta planificación y socialización del proyecto para lograr participación activa de todo el personal.
- Garantizar un liderazgo efectivo, basado en competencias frente a sistemas de gestión y procesos de acreditación en el sector salud para que el proceso se pueda implementar de manera exitosa.
- Es importante destacar que los pasos del proceso de Acreditación contemplados en la ruta crítica se recomienda dividirlo en dos partes, la primera parte contempla la preparación y la autoevaluación de los estándares establecidos y la segunda parte es la postulación formal.

- Fomentar el trabajo en equipo por parte de cada uno de los integrantes el proceso de Acreditación en cualquiera de los niveles, ya sea primer nivel o ejecutor de actividades segundo nivel o responsables de la autoevaluación y gestión táctica o tercer nivel y responsable de la gestión estratégica para la para el logro de los objetivos propuestos.
- Desarrollar las competencias y habilidades necesarias en el talento humano con el que cuenta la organización de manera que puedan ser altamente competentes es el desarrollo de las actividades requeridas dentro de la gestión de la ruta crítica de acreditación.
- Las demás están inmersas en cada uno de los estándares y criterios esperados en pro de contar con los más altos estándares de calidad en la prestación de servicios de salud.

## 7. CONCLUSIONES

- Se identificó el marco normativo aplicable a procesos de acreditación institucional en el Sector Salud.
- Se establecieron las condiciones mínimas para iniciar el proceso de acreditación que deben cumplir las Instituciones prestadoras de servicios de salud con servicios ambulatorios y hospitalarios. Igualmente se determinaron los estándares mínimos que deben cumplir.
- Se realizó identificación de posibles procesos que hacen parte de los sistemas de gestión de instituciones de salud que han estado acreditadas. Dejando una guía para la adopción por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud que se encaminan en procesos de acreditación institucional usando como base un sistema de gestión de calidad.
- Se documentó matriz de estándares de acreditación y se realizó su respectiva interrelación con los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015, la cual puede ser usada como referente para aquellas instituciones que optan por iniciar el proceso con la estructuración de un sistema de gestión de calidad.
- Se documentó guía metodológica para la implementación del proceso de acreditación, la cual tiene como propósito apoyar técnicamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que buscan implementar estándares de acreditación en salud, basados en un enfoque por procesos conforme a los lineamientos de la ISO 9001:2015.
- La acreditación en salud es un proceso riguroso que demanda diferentes recursos por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, por tanto, es vital que desde el inicio, la organización diseñe y planee todos los elementos necesarios para llevar a feliz término la gestión de la ruta crítica.

## 8. RECOMENDACIONES

- Para lograr el objetivo propuesto las instituciones prestadoras de servicios de salud, deben garantizar que se cuenta con las condiciones mínimas para la implementación del proyecto de acreditación institucional.
- Es importante que las instituciones prestadoras de servicios de salud, realicen acercamiento con el ente acreditador para conocer costos, requisitos previos y cómo opera el ciclo de acreditación, para que desde el principio del proyecto pueda planificar y preparar lo correspondiente.
- Es importante que la alta dirección de la institución prestadora de servicios de salud, garantice un adecuado liderazgo del equipo de trabajo, basado en competencias y apoye de manera permanente su fortalecimiento para el logro de los objetivos previstos.
- Establecer planes de acción con recursos, responsables, plazos, y realizar de manera permanente seguimiento y evaluación a los avances del proyecto para ajustar de manera oportuna lo correspondiente y evitar desviaciones que puedan afectar el logro de los objetivos previstos por la institución.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Ley 100 de 1993. "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 780 de 2016 "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud".

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Decreto 903 del 13 de mayo de 2014, Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2082 del 29 de mayo de 2014, Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 6055 de 2016 "Por la cual se determina la integración y el funcionamiento del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud"

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2427 de 2014 "Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud" hasta el 31 de enero de 2017

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 346 de 2017 "Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud" hasta el 31 de enero de 2021

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 5095 de 2018 "Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1"

Norma ISO 9000:2015 “Sistemas de Gestión de la Calidad - Fundamentos y Vocabulario”. ICONTEC.

Norma ISO 9001:2015 “Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos ”.  
Agudelo, L. 2007. Gestión por procesos. ICONTEC.

Guía para la aplicación de la ISO 9001:2015 - Jose Antonio Gomez Martínez.  
AENORediciones.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Guía práctica para la acreditación en salud. Bogotá Colombia 2007. 104pp.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2427 de 2014. Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en salud.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTHCARE (ISQUA). ISQua’s International Accreditation Standards for Healthcare External Evaluation Organizations 4TH Edition September 2015.



## WEBGRAFÍA

Sistema Único de Acreditación. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-unico-acreditacion-sistemaobligatorio-garantia-calidad.aspx>

Conceptos y definiciones en Acreditación. Disponible en:

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

La acreditación en Colombia. Pasado, Presente y futuro de la acreditación. Carlos Édgar Rodríguez H, Md., magíster Bioética, director Nacional Acreditación en Salud, ICONTEC.

Disponible en:

<http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Normas%20y%20Calidad%20No%2076.pdf>

Que es la Acreditación en Salud. Disponible en:

<https://acreditacionensalud.org.co/que-es-la-acreditacion-en-salud/>

La Acreditación. Disponible en:

<http://www.onac.org.co/modulos/contenido/default.asp?idmodulo=243>

Solicitud de acreditación. Disponible en:

<http://www.onac.org.co/modulos/contenido/default.asp?idmodulo=235>

Empresa, L. G.-S. (1999). [www.virtuniversidad.com](http://www.virtuniversidad.com). Obtenido de [www.virtuniversidad.com:https://www.virtuniversidad.com/greenstone/collect/administracion/import/Cuatrimestre%20X/Análisis%20del%20Entorno%20y%20Estrategia%20Administrativa%20Empresarial/gestiónporprocesos.pdf](https://www.virtuniversidad.com/greenstone/collect/administracion/import/Cuatrimestre%20X/Análisis%20del%20Entorno%20y%20Estrategia%20Administrativa%20Empresarial/gestiónporprocesos.pdf)