

Beneficios resultantes del proceso de acreditación de la calidad en Salud

Ana Cristina Henao Herrera

Universidad Nacional de La Plata

Facultad de Ciencias Económicas

Maestría en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de la Salud

La Plata, Argentina

2013



Facultad de
Ciencias Económicas
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Beneficios resultantes del proceso de acreditación de la calidad en Salud.

Ana Cristina Henao Herrera

Investigación para optar por el título de Magister en Economía de la Salud y
Administración de Organizaciones de la Salud

Director

Luis Alberto Gutiérrez Mejía

Docente

Universidad de Antioquia – Colombia

Fecha de entrega

17 de septiembre de 2013

Universidad Nacional de La Plata

Facultad de Ciencias Económicas

Maestría en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de la Salud

La Plata, Argentina

2013

Tabla de Contenido

Índice de Tablas.....	4
Índice de Ilustraciones.....	5
Resumen.....	7
Introducción.....	8
1. Objetivo General.....	10
1.1. Objetivos específicos	10
2. Planteamiento del Problema.....	11
3. Justificación	14
4. Marco Teórico.....	16
4.1. Antecedentes del concepto de calidad.....	16
4.2. Antecedentes de la acreditación en salud.....	19
4.3. Sistema de salud Colombiano.....	21
4.4. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud	24
4.4.1. Componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.....	26
4.4.1.1. Sistema Único de Habilitación	27
4.4.1.2. Auditoría para el mejoramiento de la calidad.....	27
4.4.1.3. Sistema Único de Acreditación.....	29
4.4.1.4. Sistema de información para la calidad.....	32
4.5. Generalidades de las Instituciones prestadoras de salud en el Departamento de Antioquia.....	33
4.5.1. Instituciones acreditadas	33
5. Metodología.....	36
5.1. Consideraciones éticas.....	37
6. Resultados.....	38
6.1. Identificar y describir las características del proceso de implementación de la acreditación en las instituciones de salud.....	38
6.2. Detallar el grupo de indicadores del proceso de acreditación.....	45
6.3. Estudiar la percepción de las directivas de las instituciones acreditadas frente a la obtención de la acreditación.....	61
Conclusiones.....	66
Bibliografía	70

Índice de Tablas

Tabla 1 Algunas definiciones de referencia sobre el concepto de calidad.	18
Tabla 2 Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica especializada.	46
Tabla 3 Oportunidad de la asignación de cita en la consulta por medicina general.	48
Tabla 4 Tasa de Infección Intrahospitalaria.....	50
Tabla 5 Tasa de Satisfacción Global.....	52
Tabla 6 Proporción de Cancelación de Cirugías Programadas.....	54
Tabla 7 Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados.....	56
Tabla 8 Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias	58
Tabla 9 Proporción de vigilancia de Eventos adversos	60

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 Sistema de Salud Colombia.....	23
Ilustración 2 Componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.	27
Ilustración 3 Ruta Critica PAMEC	28
Ilustración 4 Ejes de la acreditación	31
Ilustración 5 Ciclo preparación para la acreditación.....	38
Ilustración 6 Autoevaluación	39
Ilustración 7 Flujograma Proceso de Acreditación	44
Ilustración 8 Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica especializada.	47
Ilustración 9 Desviación Estándar Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada	47
Ilustración 10 Comparación oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada	48
Ilustración 11 Oportunidad de la asignación de cita en la consulta por medicina general.	49
Ilustración 12 Desviación Estándar oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general.....	49
Ilustración 13 Tasa de Infección Intrahospitalaria.	50
Ilustración 14 Desviación Estándar Tasa de infección intrahospitalaria	51
Ilustración 15 Comparación Tasa de infección intrahospitalaria	51
Ilustración 16 Tasa de Satisfacción Global.	52
Ilustración 17 Desviación Estándar Tasa de Satisfacción Global.....	53
Ilustración 18 Comparación tasa de Satisfacción Global.	53
Ilustración 19 Proporción de Cancelación de Cirugías Programadas.	54
Ilustración 20 Desviación estándar Proporción de cancelación de cirugía programada	55
Ilustración 21 Comparación Proporción de cancelación de cirugía programada.....	55
Ilustración 22 Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados.	56
Ilustración 23 Desviación Estándar Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	57
Ilustración 24 Comparación tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	57

Ilustración 25 Oportunidad de atención en consulta de urgencias.	58
Ilustración 26 Desviación Estándar Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Urgencias	59
Ilustración 27 Comparación Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Urgencias	59
Ilustración 28 Proporción de vigilancia de eventos adversos	60

Resumen

El Sistema Único de Acreditación es un componente del Sistema de Garantía de Calidad, reglamentado por la resolución 1445 de 2006, modificada en su artículo 2 por la Resolución 123 de 2012, dirigido a Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), Empresas Promotoras de Salud (EPS), Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), Entidades Adaptadas de Salud (EAS) y Empresas de Medicina Prepagada que voluntariamente quieran demostrar el cumplimiento de altos niveles de calidad. Es una metodología de mejoramiento continuo de la calidad basada en cuatro ejes centrales: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión de la tecnología y enfoque del riesgo.

Algunos factores que llevan a las instituciones a buscar la acreditación es la existencia de estímulos concretos, que pueden brindarse como: facilidades para la contratación, mejora en las condiciones que imponen las aseguradoras, reducción en los aranceles de importación, entre otros. Sin embargo, la mayoría de los prestadores comparten la idea que estos estímulos deberían ser de tipo económico (1).

Por otro lado, la acreditación es un poderoso impulsador del mejoramiento continuo y de la calidad, fomenta una adecuada cultura organizacional envolviendo a todo el personal de la organización en el desarrollo de esta metodología, fomenta la satisfacción del usuario y la obtención de mejores resultados de salud confluyendo en el prestigio institucional.

Palabras clave: *Acreditación, Calidad, Atención en salud.*

Introducción

La realidad que actualmente registran los sistemas de salud, implican varias características: en primer lugar, la obligación de cumplir altas amplias exigencias normativas en segundo lugar, atender pacientes mas informados; todo esto obliga a las instituciones prestadoras de servicios de salud a estar a la vanguardia en el proceso de mejoramiento continuo de sus servicios y la forma de producirlos y ofrecerlos. Esta búsqueda de más y mejores métodos, ha derivado en la implementación de metodologías como el sistema único de acreditación.

En la actualidad, la acreditación es una metodología muy difundida para evaluar la calidad en salud y una herramienta de gestión de procesos; está definida como un proceso voluntario de evaluación externa realizada generalmente por un ente no gubernamental, que califica y evalúa una organización para determinar el cumplimiento de los estándares dirigidos a mejorar la calidad de la atención en salud, basándose en las buenas prácticas de atención, seguridad del paciente, humanización del servicio y responsabilidad social empresarial (1).

No obstante, también se espera, de acuerdo con el principio de eficiencia expresado en la norma, que las instituciones acreditadas “procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles” (2), lo cual debe reflejarse en mejores resultados en términos administrativos y de atención.

El panorama de la acreditación en Colombia es de 29 instituciones prestadoras de salud acreditadas, 20 de ellas de carácter privado y 9 públicas; en el Departamento de Antioquia lugar elegido para desarrollar esta investigación tienen su domicilio seis de estas instituciones, lo cual nos llevó a preguntarnos sí, existen beneficios o no después de adoptar esta metodología (3).

Se ha observado que quienes aspiran a la acreditación obtendrán una serie de beneficios que van desde el reconocimiento por parte de los pacientes hasta beneficios

por parte del Gobierno como estímulo y reconocimiento al esfuerzo que representa todo el trabajo, algunos de estos estímulos son acceder al Plan Vallejo el cual permite tener reducciones en los aranceles de importación de equipos o ser zona franca.

Sin embargo, las instituciones acreditadas coinciden en que la ganancia de aplicar la metodología de la acreditación ha sido al interior de la institución logrando mayor gestión de los procesos con información consolidada, análisis de la misma y planteamiento de acciones de mejoramiento a partir de resultados, establecimiento estrategias en busca de mejorar los tiempos de atención, fortalecimiento de la comunicación con los pacientes, familias, cliente externo y cliente interno, entre otros.

1. Objetivo General

Identificar y analizar los beneficios resultantes del proceso de acreditación de la calidad mediante la comparación entre las instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas y no acreditadas del Departamento de Antioquia, Colombia durante los años 2009-2010.

1.1. Objetivos específicos

- Identificar y describir las características del proceso de implementación de la acreditación en las instituciones de salud.
- Detallar el grupo de indicadores del proceso de acreditación.
- Estudiar la percepción de las directivas de las instituciones acreditadas frente a la obtención de la acreditación.

2. Planteamiento del Problema

El contexto internacional, caracterizado, de un lado, por un fuerte proceso competitivo impulsado por la aprobación de tratados de libre comercio con otros países, y, por otro, por las crecientes presiones por distribuir de manera eficiente los recursos de las organizaciones, ha obligado a las instituciones de salud en Colombia a responder de manera creativa a este proceso de cambio que vive el sector (4).

En la actualidad, la acreditación es una metodología muy difundida para evaluar la calidad en salud y al mismo tiempo, una herramienta de gestión de procesos. Uno de los principales factores que lleva a las instituciones a buscar la acreditación es la existencia de estímulos concretos a los que pueden acceder en tanto estén acreditadas, tales como facilidades para la contratación, mejora en las condiciones que imponen las aseguradoras, entre otras. Sin embargo, la mayoría de los prestadores comparten la idea de que la política de estímulos debería incluir también algunos de tipo económico (1).

Colombia, en su intento de ponerse al día con las exigencias de calidad del mundo globalizado, ha avanzado en los últimos años en la implementación del proceso de Garantía de la Calidad, estableciendo mediante la Ley 100 de 1993- la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la calidad de los servicios de salud. (5).

La acreditación es el último eslabón del proceso de garantía de la calidad regulado por el Decreto 2309 de 2002, por medio del cual se reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS). Allí se presenta la acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad logrados son superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud y a fomentar el mejoramiento continuo de la calidad y, por ende, se ajusta cada cuatro años. Las organizaciones de salud que deseen

mantener su certificado de acreditación deberán renovarlo en este mismo periodo, comprometiéndolas a mantener este proceso con todos los costos que esto conlleva.

Dentro de las dificultades del sistema de salud para incentivar una mayor participación de las instituciones en el proceso de acreditación, se encuentra la falta de credibilidad que tienen en él las mismas organizaciones, ya que no se perciben con claridad los incentivos económicos que se derivan de la implementación de esta metodología (1),

Al tratarse de un proceso continuo y en el que solo llegan a percibirse en el largo plazo los resultados, puede suponerse que esta situación genera apatía por parte de las instituciones para iniciar la búsqueda de la acreditación. Una muestra de esto sería que, aunque en el país se está hablando de acreditación desde el año 1993, apenas en el año 2005 se acreditó la primera institución prestadora de servicios de salud: se erigió como precursor el “Instituto del Corazón de la Fundación Cardiovascular” de la Ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander (4). Esta distancia temporal y las pocas instituciones acreditadas en la actualidad, son un indicador contundente de la falta de interés en este proceso. Justamente en ese sentido se orienta una de las preguntas de esta investigación: intentar responder cuáles son las razones para que se presente esta situación.

El panorama de acreditación en el Departamento de Antioquia para el año 2012 es de seis instituciones acreditadas y sólo una reacreditada: el Hospital Pablo Tobón Uribe; dos más están en el segundo ciclo de evaluación para ser reacreditadas, una de las cuales es una institución de carácter público: la E.S.E. Hospital del Sur "Gabriel Jaramillo Piedrahita". Lo anterior lleva a concluir que sólo un 0.6% de las 950 IPS públicas y privadas que según la Superintendencia de Salud, existen en el Departamento de Antioquia, apuesta por el proceso de acreditación (6), lo cual podría demostrar desconocimiento acerca de los beneficios que se derivan de iniciar y consolidar el proceso de acreditación.

En Colombia, la cultura de evaluación de la calidad es relativamente reciente (data de 1993), lo cual posiblemente genera incertidumbre en las directivas de las instituciones sobre el valor que debe darse a los procesos de calidad (1).

En este orden de ideas, lo que se propone abordar en este estudio son los beneficios económicos y simbólicos que puedan resultar del inicio y conclusión del proceso de acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud a través de una comparación entre instituciones acreditadas y no acreditadas.

3. Justificación

La calidad de la atención en salud en Colombia está regulada específicamente por el Decreto 1011 de 2006 que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad; según la precitada norma, el SOGC cual está conformado por cuatro componentes, tres de los cuales son de carácter obligatorio: (1) el Sistema Único de Habilitación, 2) la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud y 3) el Sistema de Información para la Calidad); el cuarto componente que se refiere al Sistema Único de Acreditación es de carácter voluntario. Para incentivar su aplicación, el Decreto 4747 del 2007 (7) y algunas normas posteriores como la Ley 1438 de 2011 (8), plantean que si una institución pública o privada está acreditada, tiene prioridad para que la contraten dentro de la red de prestación de servicios de los aseguradores.

Esto no debe hacernos pensar que la Garantía de calidad es solo un señuelo para atraer usuarios, ni una forma transitoria para promover una organización. Se espera que sea el resultado del compromiso formal de la institución como un todo, de los recursos presupuestales, de las condiciones de infraestructura física, de los servicios. En este orden de ideas, ha de ser el producto de una buena planeación, de una permanente evaluación y una rigurosa retroalimentación, de una motivación general, de una voluntad incondicional de hacer las cosas bien para un fin único que es la satisfacción del usuario (9).

Apostando por la satisfacción total del usuario, los estándares de acreditación son más completos y exigentes que los requisitos básicos obligatorios exigidos para la autorización de prestar prestación del servicio y, por ello, contemplan no solo la infraestructura y calidad de seguimiento al paciente, sino un gran mapa de procesos que va desde el ingreso del paciente, hasta su egreso, de tal manera que aseguren altos niveles de calidad, así como todos los procesos que direccionan y soportan la prestación del servicio para garantizar una prestación con seguridad y cultura de mejora continua.

Con base en lo anterior, puede afirmarse que la acreditación en Colombia, pese a ser un proceso voluntario, supone costos para su implementación. Esto puede conducir a que los prestadores se vean abocados a un dilema que, a la larga, se manifestará en falta de interés y compromiso real para su implementación y desarrollo (1).

Si bien en Colombia se han realizado esfuerzos para identificar los beneficios de la acreditación en salud para las instituciones prestadoras de este servicio, no han sido suficientes los estudios que permitan asegurar que los cambios observados en las instituciones participantes tienen una clara relación de causalidad con el proceso y la obtención de la acreditación (1).

Acorde a lo anterior, se hace necesario realizar nuevos estudios a partir de los cuales, mediante comparación, se puedan establecer claramente las diferencias entre las instituciones acreditadas y las no acreditadas, a fin de sustentar empíricamente si el aseguramiento de la calidad certifica una adecuada prestación de servicios de salud, con un alto grado de utilización por parte de los usuarios del sistema y con un excelente nivel de atención y clara percepción por parte de los proveedores, de la calidad de los servicios que ofrecen (9).

4. Marco Teórico

4.1. Antecedentes del concepto de calidad.

El concepto de calidad se ha desarrollado a la par con la evolución constante del ser humano quien se ha interesado por hacer las cosas de la mejor manera posible. Así lo demuestran por ejemplo, el código de Hammurabi que hace referencia a la calidad de construcción de las casas cuando dice “si un albañil ha construido una casa y, no siendo ésta suficientemente sólida, se hunde y mata a sus ocupantes, el albañil deberá ser ejecutado”. Los fenicios amputaban una mano al responsable de algún producto que no cumpliera con las especificaciones oficiales. Durante la edad media, los artesanos se asociaron en gremios, aquí, las normas se tornaron más explícitas, para garantizar la conformidad de los bienes que se entregaban al cliente (10).

En Estados Unidos, la compañía Ford empleó de forma sistemática el concepto de ensamblaje en movimiento propuesto por Taylor, a la fabricación de automóviles; esto consistía en la división de los procedimientos complejos de producción en sencillas operaciones susceptibles de ser realizadas por obreros no especializados. Durante la Segunda Guerra Mundial, se dio vital importancia al concepto de calidad en la producción, pues esta actuaría como una estrategia para superar los estragos de la guerra (10).

En Norteamérica la Sociedad Americana para el control de Calidad (ASQC por sus siglas en inglés). Ese mismo año, en Japón fundaron la Unión Japonesa de científicos e ingenieros (JUSE por sus siglas en inglés); estas instituciones trabajaron temas sobre el control de la calidad; una evidencia de su trabajo es la creación de los Círculos de Calidad (11).

En 1945 el Feigenbaum publicó el artículo “La calidad como gestión” en el que describe el resultado de la aplicación de la Gestión de la calidad total (TQM por sus siglas en inglés) en la empresa General Electric; decía que: “el control de la calidad existe en

todas las etapas del negocio, desde el diseño hasta las ventas". Hasta ese momento, todos los esfuerzos se habían enfocado a corregir actividades, no a prevenirlas.

Sin embargo, como producto de la evolución en el tiempo, hoy es preciso reconocer que no existe una sola definición para la calidad. Así se evidencia en el trabajo de Deming, quien centró su esfuerzo en aumentar la eficiencia de la industria estadounidense, a través de la racionalización de los procesos de producción y de reducción al mínimo del error humano; esto sentó la base de la calidad actual pues implicó la creación de importantes conceptos de mejora, como la estandarización de los procesos de trabajo, la toma de decisiones basadas en información confiable, y el compromiso de los trabajadores y los gerentes para mejorar el trabajo (12).

Los trabajos de Crosby también arrojaron definiciones como "calidad es conformidad con las especificaciones"; o Trifus la define como "es dar al cliente aquello que espera" y para Taguchi, "producir los bienes y servicios demandados, al menor costo posible para la sociedad" (13).

Juran basa su enfoque sobre la administración por calidad en lo que se llama la Trilogía de Juran: planear, controlar y mejorar la calidad (11).

En este contexto, evidenciamos que el concepto de calidad ha evolucionado desde el ámbito industrial hasta llegar al de prestación de servicios, incluyendo los de salud; desde los años 70's los profesionales médicos han introducido estos modelos a la gestión sanitaria.

Dentro del movimiento de calidad en salud se resaltan los aportes hechos por Avedis Donabedian quien afirma que el concepto debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente, y una interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo (14).

Para Donabedian, la calidad es un atributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados. Define la calidad como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención. La calidad implica, según su definición, los resultados de la atención, medida en términos de la mejoría esperada en la salud que es atribuible a la atención misma (14).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 1984, declaró que: “Todos los Estados miembros deberán crear mecanismos que garanticen la calidad de la atención que prestan a la población”. Y define tres componentes de la calidad asistencial: Adecuación de las prestaciones a las necesidades de la población; Rentabilidad: relación cantidad/QALY (años de vida saludable); y aplicación en la asistencia de las técnicas y conocimientos sanitarios (15).

Tabla 1 Algunas definiciones de referencia sobre el concepto de calidad.

AUTOR	DEFINICIÓN
Crosby	Cumplimiento de unas especificaciones dadas.
Deming	Un grado predecible de uniformidad y fiabilidad a bajo coste, adecuado a las necesidades del mercado.
Drucker	Lo que el cliente está dispuesto a pagar en función de lo que obtiene y valora.
Feigenbaum	Un sistema eficaz para integrar los esfuerzos de mejora de la calidad de los distintos grupos de una organización, para proporcionar productos y servicios a niveles que permitan la satisfacción del cliente.
Juran	Adecuación para el uso, satisfaciendo las necesidades del cliente.
Taguchi	Pérdidas mínimas para la sociedad en la vida del producto.

Fuente: Danvila, Ignacio; Sastre, Miguel. El papel de la formación de personal en el proceso de implantación de un sistema de calidad total. Contaduría y administración.2007

4.2. Antecedentes de la acreditación en salud

A principios del siglo XX, Ernest A. Codman publicaba su Teoría de Resultados Finales, la cual consistía en hallar posibles errores y sus causas, para evitar la repetición de eventos similares en un futuro (16).

En 1913, Codman fundó junto a otros colegas, el Colegio Americano de Cirujanos (ACS, por sus siglas en inglés) bajo el lema “alentar a quienes están haciéndolo mejor y estimular la mejora de quienes aún no alcanzan esos niveles” (16). Con él avanzaron en el Programa de Estandarización Hospitalaria, un conjunto de estándares mínimos con el que se buscaba que los hospitales estadounidenses identificaran y prescindieran de los servicios de salud deficientes. Este programa es el origen del actual sistema de acreditación que conocemos.

En 1951, este Colegio decidió crear una comisión independiente para la acreditación: esta institución es la que se conoce como Comisión conjunta de acreditación para organizaciones prestadoras de servicios de salud (*Joint Commission for Accreditation of Hospitals*), la cual también fue patrocinada por el Colegio Americano de Clínicos, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Médica Canadiense; esta última creó su propio Consejo Canadiense para la Acreditación de Hospitales en 1959.

La *Joint Commission* es una organización no gubernamental, independiente y sin ánimo de lucro ha acreditado a miles de organizaciones prestadoras de servicios de salud a nivel global como hospitales, IPS ambulatorias o a domicilio, asilos, laboratorios, entre otros (17).

La misión de *Joint Commission* consiste en mejorar de manera continua, la seguridad y la calidad de la atención en la comunidad internacional brindando servicios de asesoría y educación, además de acreditación y certificación a nivel internacional (17).

Lo logra aplicando la evaluación de estándares Internacionales definidos por la Comisión, los cuales abarcan aspectos como:

- Organización del cuerpo médico
- Convocación regular en la revisión del cuerpo médico
- Prohibición de compartir honorarios
- Cumplimiento y disponibilidad de expedientes clínicos
- Disponibilidad de los departamentos clínicos de laboratorio y radiología del hospital

Para finales del siglo XX, el proceso de acreditación se torna en un movimiento global liderado por la Sociedad Internacional para la calidad en salud (ISQua, por sus siglas en inglés). Este proceso denominado “Programa Internacional de Acreditación” se realiza a través de un set de estándares para evaluar al ente acreditador denominado estándares internacionales de acreditación¹ y unos principios generales con los cuales se pueden estandarizar los estándares de acreditación denominados Principios Internacionales para Estándares de Atención en Salud².

La *Joint Commission International* y ISQua trabajan en conjunto; pues la ISQua es la única institución que “acredita a los acreditadores” a través de su programa internacional de acreditación (IAP, por sus siglas en inglés) y le da reconocimiento a nivel mundial a las organizaciones acreditadas que alcanzan los estándares internacionales aprobados. La *Joint Commission International* completó en 2011 un proceso de reevaluación con el cual obtuvieron la reacreditación de la ISQua por otros 4 años (18).

¹ International Accreditation Standards for Healthcare External Evaluation Bodies.

² International Principles for Healthcare Standards.

4.3. Sistema de salud Colombiano

La Constitución política en su primer artículo dice que Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista (19). Está compuesta por 32 departamentos³ y un único Distrito Capital (Bogotá).

A su vez, el Departamento de Antioquia está dividido en 9 subregiones las cuales fueron creadas para facilitar la administración. Esas 9 subregiones comprenden los 125 municipios del departamento, de los cuales Medellín es la ciudad capital.

El sistema de salud colombiano es de carácter mixto, pues en su financiación concurren recursos públicos y privados. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado mediante la Ley 100 de 1993, el cual, según la norma, debe operar bajo los principios de:

- **Eficiencia:** Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.
- **Universalidad:** Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.
- **Solidaridad:** Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil. Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el régimen de Seguridad Social mediante su participación, control y dirección del mismo. Los recursos provenientes del erario público en el

³ Equivalente al concepto de provincia en Argentina.

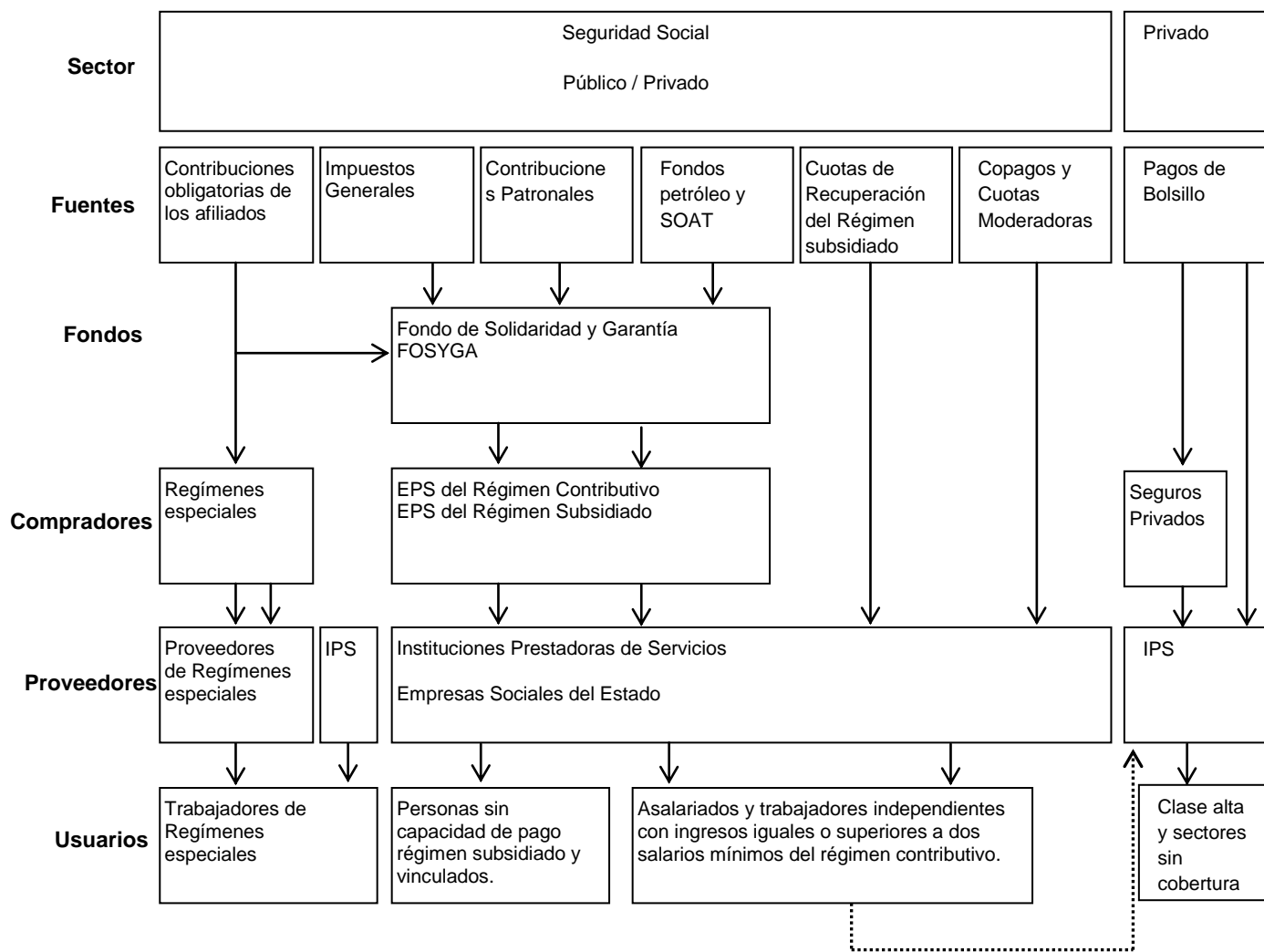
Sistema de Seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables.

- Integralidad: Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley.
- Unidad: Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social.
- Participación: Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto (5).

La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS) públicas o privadas, que se encargan de afiliar y registrar a los usuarios, recaudar las cotizaciones y organizar y garantizar la prestación el conjunto de servicios de atención en salud del Plan Obligatorio de Salud (POS)⁴, las cuales ofrecen el POS, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS) quienes son las encargadas de prestar el servicio; dentro de esta denominación se encuentran las clínicas, hospitales, laboratorios, consultorios y demás instituciones que salud. El sector privado hace referencia a la población que acude a la consulta por su propia cuenta, haciendo el pago total del servicio con sus propios recursos (20).

⁴ Equivalente al Programa Médico Obligatorio PMO.

Ilustración 1 Sistema de Salud Colombia



Fuente: Sistema de salud de Colombia. Guerrero, Ramiro, y otros. 2011, Salud Pública Mex, págs. 144-155.

Se estipulan dos formas de afiliación al sistema: el régimen contributivo y el régimen subsidiado, vinculados entre sí a través de un fondo de recursos llamado Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Los trabajadores asalariados e independientes con capacidad de pago hacen parte del régimen contributivo y su aporte obligatorio equivale a 12.5% de su salario, mientras que la población sin capacidad de pago y vulnerable se vincula al régimen subsidiado, recibiendo los aportes para su afiliación, de parte del Estado. Estas personas son identificadas mediante la aplicación de la

encuesta del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales -SISBEN⁵- (21).

Además del Régimen contributivo y el Régimen Subsidiado, existen unos regímenes especiales. Tal es el caso de los que asisten al Magisterio, las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, y quienes laboran en las universidades públicas y en la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL).

Adicionalmente se contempla la participación transitoria en el SGSSS de personas que, por incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado, tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado (20).

4.4. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud

La calidad en salud en Colombia es definida como un proceso prioritario a partir de la reglamentación de la Ley 100 de 1993, estableciendo para todos los proveedores de salud la obligación de constituir mecanismos para medirla que respondan de forma efectiva a las metas en salud y al desafío de competitividad que planteó el modelo de competencia administrada, la cual exige a los proveedores competir por calidad, precio y satisfacción del consumidor, como medios para obtener beneficios y permanecer en el mercado (22).

El Ministerio de Salud, en su búsqueda de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud por medio del Decreto 1011 de 2006, en el cual se plantean los siguientes objetivos:

⁵ El Sisbén es un instrumento de focalización individual que identifica los hogares, las familias o los individuos más pobres y Vulnerables.

- Garantizar parámetros mínimos de calidad en salud, promoción del desarrollo de una cultura de calidad, competencia leal entre EPS.
- Fomentar el desarrollo de un sistema de información sobre calidad, permitiendo ejercer de labores de auditoría, vigilancia y control.
- Fortalecer la participación de los usuarios en el mejoramiento de los servicios de salud.

En dicho Decreto se define el Sistema obligatorio de garantía de la calidad como “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” (2).

Por consiguiente, la garantía es entendida como el conjunto de acciones que sistemáticamente realizan los individuos y las instituciones sanitarias para responder al servicio que se presta con el objeto de prevenir al usuario o paciente de riesgos y ofrecerles la protección y beneficios para mejorar su calidad de vida, lográndolo mediante la implementación de estrategias de monitoria, evaluación y diseño que comprende la gestión de la calidad (5).

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características (2):

- Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Oportunidad: Es la 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. Esta característica 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.

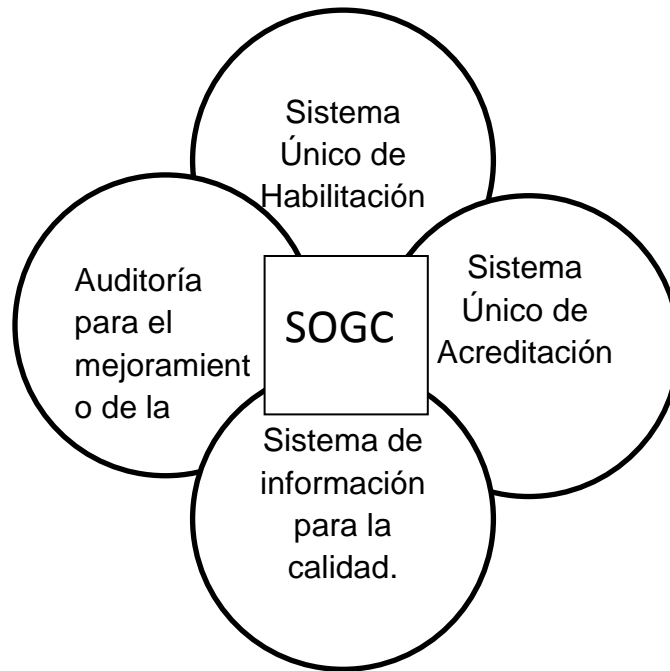
- Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- Pertinencia: Es el grado 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.

4.4.1. Componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud, el SOGC está integrado por cuatro componentes que evalúan las instituciones frente a estándares de calidad mínimos hasta estándares de calidad máximos de carácter internacional.

Estos no son componentes individuales, son un conjunto armónico que debe preparar cada organización en su camino para el mejoramiento de garantía de la calidad.

Ilustración 2 Componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.



Fuente: Autor

4.4.1.1. Sistema Único de Habilitación

Es en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios. Verifica condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa indispensables, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud todo esto busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios (23).

4.4.1.2. Auditoría para el mejoramiento de la calidad

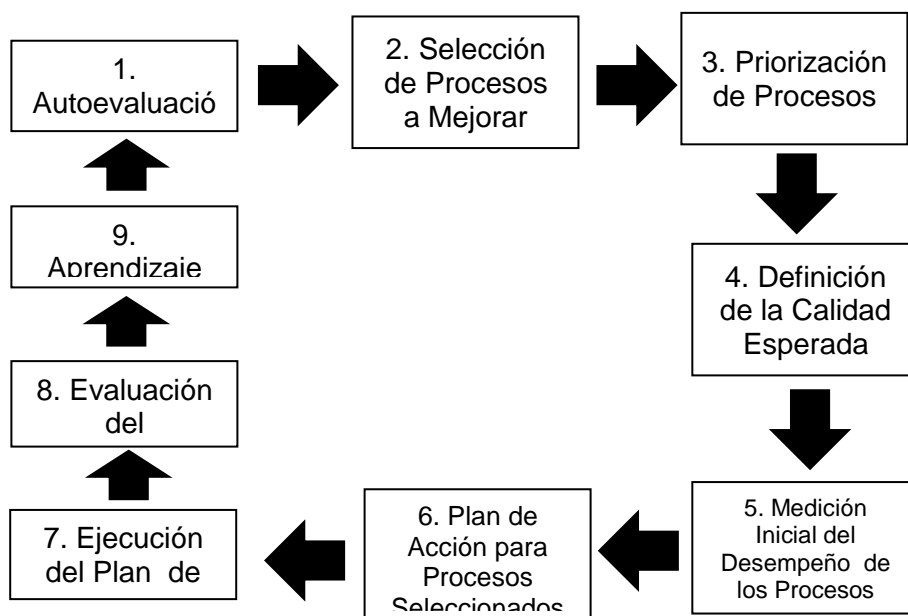
Es una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios

para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada (24).

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC – es la forma a través de la cual la institución implementa este componente del sistema, y deberá ser elaborado teniendo en cuenta estándares superiores a los que se establecen en el Sistema Único de Habilitación (24).

En concordancia con lo anterior, puede resumirse este componente como la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada comparada con estándares de calidad definidos por la Ley.

Ilustración 3 Ruta Crítica PAMEC



Fuente: Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006.

4.4.1.3. Sistema Único de Acreditación

El Sistema Único de Acreditación es un componente del Sistema de Garantía de Calidad y, como ya se ha mencionado, 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 al usuario en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas.

La metodología se fundamenta en cuatro ejes: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión de tecnología y enfoque de riesgo, los cuales constituyen la filosofía para la construcción de los estándares de acreditación.

La seguridad de paciente entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que busca minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud; el enfoque y gestión del riesgo mediante la provisión de servicios de salud accesibles y equitativos, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos; la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones; la existencia de políticas y programas dirigidos a la humanización de la atención que tenga en cuenta la dignidad del ser humano (25).

Los anteriores ejes deben ser abordados sistémicamente desde una cultura organizacional transformada, donde se alinean las normas, la cultura y la ética; inmersa a su vez en la responsabilidad social entendida como la corresponsabilidad entre las instituciones, la sociedad y los individuos, que contribuya con acciones concretas a la disminución de las inequidades y al mejoramiento integral de las condiciones de vida de las comunidades en particular y de la sociedad en general (25).

Los estándares que se aplican evalúan procesos tales como respeto a los derechos de los pacientes, acceso al servicio, atención clínica y soporte administrativo y gerencial

en las instituciones que prestan servicios de salud y que quieran participar en el proceso de acreditación.

La escala de calificación de los estándares está definida por tres dimensiones por evaluar de estos estándares son tres: 1) Enfoque: Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar. 2). Implementación: Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución. 3). Resultados: Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques (25)

Para cada una de estas deben evaluarse las siguientes variables (Ver anexo 1):

1. Enfoque

- Sistemática: Grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.
- Amplitud: Grado en que el enfoque está presente y orienta a las diferentes áreas de la organización o distintos puntos de capítulo.
- Proactividad: Grado en que el enfoque es preventivo y proactivo.
- Ciclo de evaluación y mejoramiento: Forma en que se evalúa y mejora el enfoque.

2. Implementación

- Despliegue en la institución: Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización o los distintos puntos del capítulo.
- Despliegue hacia el usuario: Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar.

3. Resultado

- Pertinencia: Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área o punto del capítulo y alcanzan los objetivos y metas propuestas.

- Consistencia: Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.
- Avance de la medición: Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un periodo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área o punto del capítulo, calidad y pertinencia de los mismos.
- Tendencia: Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.
- Comparación: Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos con respecto de esas comparaciones.

Ilustración 4 Ejes de la acreditación



Fuente: Guía práctica de preparación para la Acreditación en Salud.

El Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación–ICONTEC- fue designado por el entonces Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud), mediante la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, 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.

Esta metodología de mejoramiento continuo está dirigida principalmente a instituciones de salud de larga trayectoria y de probada efectividad (5). Además, en el sector se han desarrollado una serie de incentivos con los que se pretende que las instituciones prestadoras de servicios de salud inicien el proceso de acreditación; estos incentivos son los siguientes:

- Prestigio y reconocimiento al recibir el máximo sello de calidad del país y el de ISQua.
- Inclusión de las instituciones acreditadas como cabeza del escalafón de instituciones de salud desarrollado por el Ministerio de Salud.
- Posibilidad de exportación de servicios de salud.
- Prioridades para el acceso a becas y créditos ofrecidos por el gobierno para el personal que labora en las instituciones.
- Beneficios del “Plan Vallejo”, al permitir la suspensión total o parcial de los derechos de aduana, diferir del pago del IVA y reducción al 0% del arancel aduanero para el uso de bienes de capital, importación de insumos, materia prima, dotación, maquinaria, y equipos de uso en la prestación del servicio.
- Condiciones especiales para el acceso a las zonas francas.
- Inclusión en las redes de servicios de las EPS que operen en la región.

4.4.1.4. Sistema de información para la calidad

Permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (26).

4.5. Generalidades de las Instituciones prestadoras de salud en el Departamento de Antioquia.

El Manual de Procedimientos reglamentario de la Ley 100 de 1993 clasifica a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por el criterio de niveles de complejidad. Las Instituciones de Primer Nivel prestan servicios básicos de atención en medicina General, Odontología, servicios de promoción y prevención y hospitalización y atención materna de bajo riesgo. Las Instituciones de segundo nivel además de los servicios anteriores, ofrecen las cuatro especialidades básicas: medicina interna, cirugía, ginecología y pediatría. Las Instituciones de Tercer Nivel incluyen los servicios de subespecialidades. Las de cuarto nivel, por su parte, cuentan con Unidades de Cuidados Intensivos y Banco de sangre.

4.5.1. Instituciones acreditadas

- Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl

Es una institución privada sin ánimo de lucro, que presta servicios de salud con énfasis en la atención del paciente de alta complejidad. Además de la prestación de servicios de salud, sirve como centro de formación académica del talento humano y se realiza investigación médica y clínica de alto nivel. Es el centro Hospitalario y docente más importante del Departamento de Antioquia. Tiene capacidad de 700 camas y como carta principal en su portafolio tiene las exitosas intervenciones e investigaciones en el área de trasplantes haciendo posible el primer trasplante de médula ósea en América Latina, el primer trasplante de riñón y páncreas simultáneo, el primer trasplante de hígado y el primer trasplante exitoso de pulmón y, conjuntamente con el equipo científico de la Clínica Cardiovascular Santamaría, el primer trasplante de corazón en Colombia.

- Hospital Pablo Tobón Uribe

Es una institución privada sin ánimo de lucro, regida por los principios doctrinales de la Iglesia Católica; es una de las instituciones de salud más importantes de Colombia por tratarse de un hospital de alto nivel de complejidad que cumple con una labor docente como campo de práctica de profesionales egresados de reconocidas universidades nacionales y extranjeras.

Tiene un total de 286 camas y hace parte de las veinte mejores clínicas de América Latina, ocupando el puesto número seis de este ranking de instituciones Acreditadas de Latinoamérica (27).

- Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez

Es una entidad de tercer nivel de atención con una categoría especial de entidad pública descentralizada de propiedad del Municipio de Medellín, con Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Este Hospital cuenta con 407 camas en el servicio de hospitalización y en una variedad de especialidades. Igualmente, presta servicios de cuidados intermedios y cuidado crítico de adultos, pediátrico y neonatal. Es el primer hospital público de tercer nivel acreditado en salud nacional e internacionalmente.

- Clínica Medellín S.A.

Es una institución hospitalaria de carácter privado, de alta complejidad en el nivel de atención médica; ofrece un amplio portafolio de especialidades: anestesiología, cardiología, cirugía cardiovascular, cirugía de tórax, cirugía general, cirugía plástica, dermatología, fisiatría, ginecobstetricia, medicina interna, medicina crítica y cuidados intensivos, neumología, neurocirugía, oftalmología, ortopedia, otorrinolaringología, patología, pediatría, radiología, urología y vascular periférico.

- E.S.E. Hospital del Sur Gabriel Jaramillo Piedrahíta.

Este hospital ubicado en el Municipio de Itagüí al sur del área metropolitana, es una Empresa Social del Estado, entidad descentralizada del orden municipal, con patrimonio, personería jurídica, autonomía administrativa y financiera propia de primer nivel de complejidad. Cuenta con 18 camas en el área de hospitalización, servicio de urgencias las 24 horas con una sala de reanimación, una de nebulizaciones, una sala de observación, un consultorio de triaje con sala de espera y 3 consultorios para la atención médica de urgencias. En el año 2009 recibió el premio Calidad en Salud Colombia, categoría bronce siendo la única institución premiada de 2 entidades privadas que se postularon y 3 del sector público.

- E.S.E Hospital Manuel Uribe Ángel

Es un hospital de carácter público de tercer nivel de complejidad, ubicado en el Municipio de Envigado, también al sur del área metropolitana del Valle de Aburrá; posee un servicio de hospitalización con capacidad de 159 camas entre bipersonales y sencillas, una unidad renal, una unidad neuro-cardio-vascular, una unidad de oncología, unidad de cuidados intensivos para adultos y de pediatría, y se presta el servicio de urgencias las 24 horas. El hospital se encuentra habilitado en todos los servicios ofrecidos en su portafolio y además, ha sido acreditado en dos años consecutivos (2010 y 2011).

5. Metodología

Se realizó un estudio comparativo-descriptivo, el cual se desarrolló mediante la búsqueda de información dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas, con operación en el Departamento de Antioquia. Los datos fueron extractados de documentos como: informes de gestión y planes de calidad que implementan las instituciones para dar cumplimiento a la normatividad que rige el sector; también, de la biblioteca de indicadores del observatorio de calidad del Ministerio de Salud y entrevistas realizadas a los funcionarios de las instituciones acreditadas que estuvieran directamente relacionados con el proceso de acreditación.

También, se utilizó información de fuentes secundarias como artículos científicos y proyectos de investigación relacionados con el área de la acreditación en salud.

Debido al bajo número de instituciones acreditadas en el Departamento de Antioquia, se incluyó la totalidad de la población de instituciones acreditadas en la región, pues ésta no es de gran tamaño, sino de solo seis. Además, en la elección de las instituciones no acreditadas, se tuvo en cuenta que compartieran las mismas características en cuanto a complejidad y naturaleza de la institución -sea pública o privada-, asegurando así representatividad, simultaneidad y homogeneidad entre las instituciones; la información de las entidades no acreditadas se mantendrá anónima pues manifestaron que así lo preferían.

Se construyó una base de datos en Excel a partir de la información recolectada, la cual fue procesada en el programa Stata versión 9.2®. El análisis se realizó estableciendo inicialmente los resultados cuantitativos utilizando medidas de tendencia central y de dispersión.

En general, no se presentaron complicaciones importantes en el desarrollo de la investigación. Por lo demás algunas instituciones presentaron una pequeña demora en

el reporte de la información solicitada, lo cual fue solucionado fácilmente y accediendo a las bases de datos públicas del Ministerio de Salud.

5.1. Consideraciones éticas.

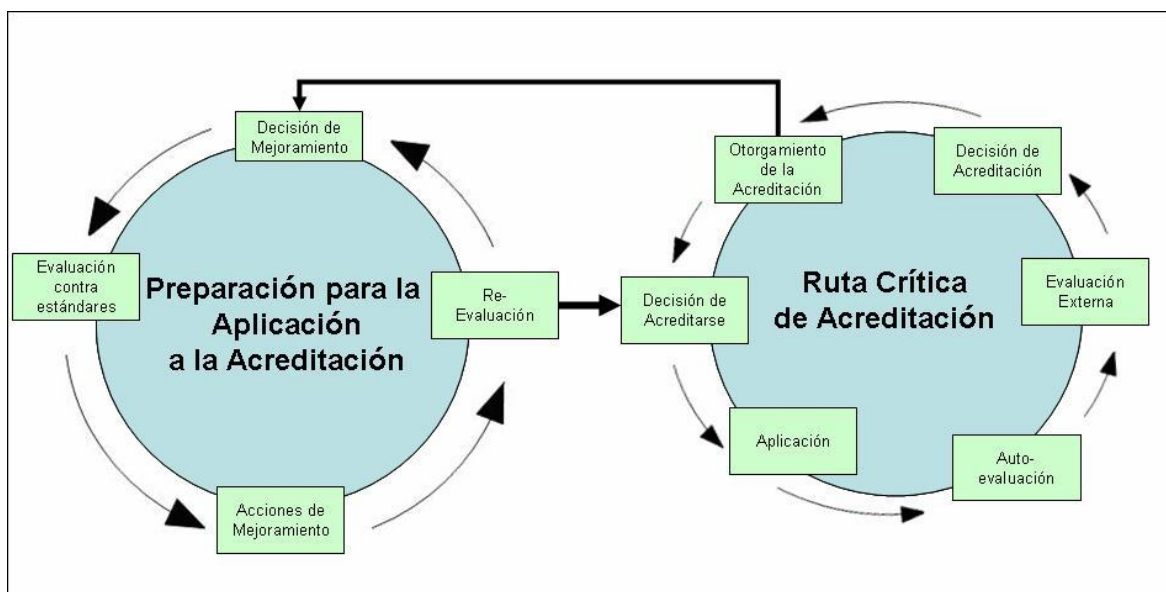
De acuerdo con el literal a, del artículo 11, de la Resolución 8430 de 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”, esta es una investigación clasificada dentro de la categoría “Investigación sin riesgo”. Se respetará la autonomía de las instituciones objeto del estudio en cuanto a la decisión de participar o no en el mismo. Se garantizó la confidencialidad de la información obtenida, puesto que en la presentación de los resultados no se utilizaron los nombres propios de las instituciones no acreditadas pues así ellas lo manifestaron; caso contrario al de las instituciones acreditadas, quienes no manifestaron inconvenientes para que sus nombres fuera mencionados.

6. Resultados

6.1. Identificar y describir las características del proceso de implementación de la acreditación en las instituciones de salud.

Según los procesos realizados por cada institución y por los lineamientos que dicta la norma, se identificaron las fases de aplicación del proceso de acreditación en salud de la siguiente manera:

Ilustración 5 Ciclo preparación para la acreditación.



Fuente: Anexo técnico 2, Resolución 1445 del 8 de mayo de 2006, MPS.

Fase 1: Ciclo de Mejoramiento

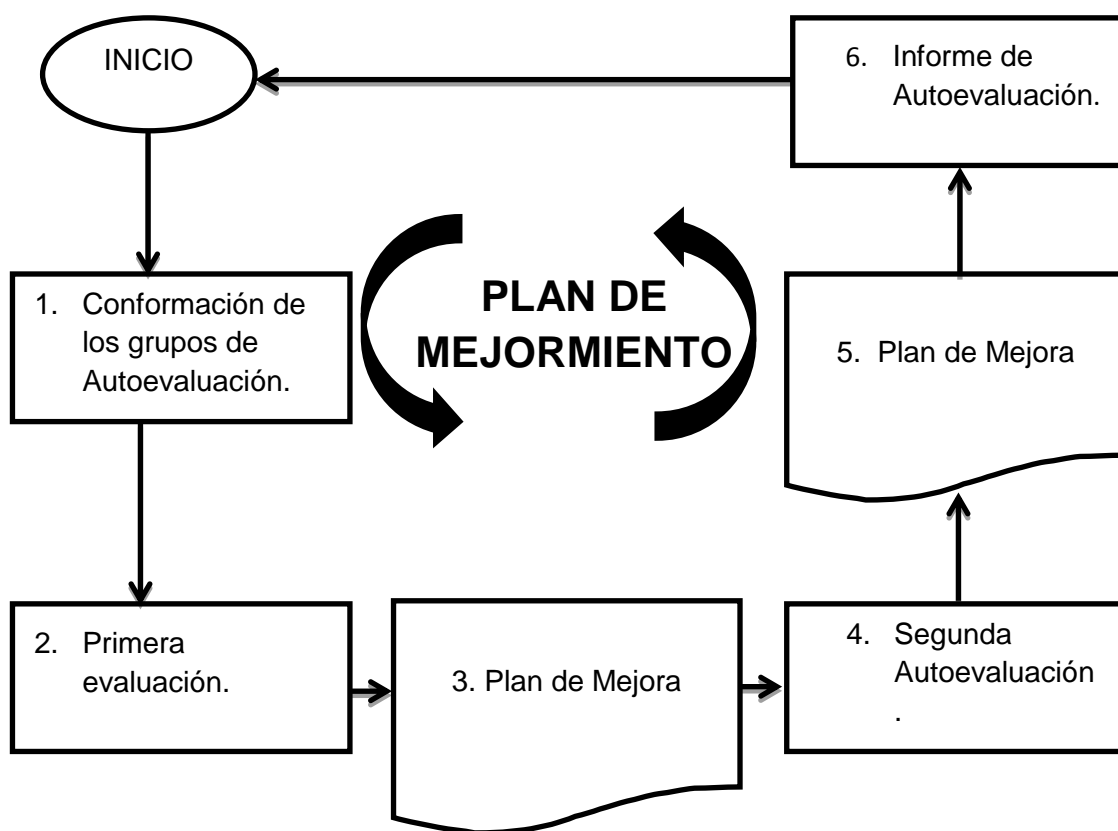
El primer paso que realiza una institución es el de decidir implementar el proceso de acreditación; esta decisión está sustentada por el apoyo de las altas directivas y demás integrantes de la institución, pues exige un trabajo exhaustivo que compromete a cada área de la institución.

Una vez decidido esto, se conforman *Grupos de Autoevaluación* quienes revisan y evalúan el cumplimiento de los estándares; el marco comparativo es la Resolución 1445 de 2006 y la Resolución 3960 de 2008 expedidas por el Ministerio de la Protección social.

Este es un proceso primordial para superar la evaluación que realiza el ICONTEC, por esta razón, las instituciones deben estar seguras de cumplir a cabalidad con todas las exigencias; para esto deben identificar, levantar, implementar y mejorar los procesos definidos en los estándares de acreditación.

Fase 2: Informe de Autoevaluación.

Ilustración 6 Autoevaluación



La autoevaluación tiene como propósito principal identificar qué tan efectivamente están trabajando, comparando el quehacer diario contra el desempeño ideal planteado por los estándares.

Se elabora un análisis interno del cual resulta el informe de autoevaluación, en el que la institución muestra la calificación de cada uno de los estándares que integran la norma de acreditación y la elaboración de una matriz DOFA⁶ que sustente el resultado de este proceso, además, deben relacionarse todos los soportes que sustentante las fortalezas que tiene la institución frente al estándar, ya que, serán motivo de revisión por parte de los evaluadores externos, si por el contrario encuentran debilidades deben definir acciones de mejoramiento las cuales se verán reflejadas en un plan de mejoramiento.

Los equipos deben responder las siguientes preguntas al discutir los estándares de acreditación:

- ¿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?

⁶ La matriz DOFA es un instrumento metodológico que sirve para identificar acciones viables mediante el cruce de variables, en el supuesto de que las acciones estratégicas deben ser ante todo acciones posibles y que la factibilidad se debe encontrar en la realidad misma del sistema.

- ¿Cómo cubrir la diferencia entre lo que se está haciendo y lo que se necesita hacer? ¿Hacia dónde se van a enfocar las energías? (28).

Tabla 2 Ejemplo de fortalezas y oportunidades para el mejoramiento de la memoria del trabajo institucional.

ESTÁNDARES Y CRITERIOS	Calificación de la organización	5	4	3	2	NA
<p>19. Existe un proceso para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso.</p> <p>19.1. Existe un plan de egreso que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La explicación y determinación del nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia acerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese, incluyendo información de los medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, alimentación y rehabilitación, si aplica. • Comunicación de toda la información relevante a la Empresa Promotora de Salud, Administradora de Régimen Subsidiado o las que se asimilen para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento. • Planes documentados y de referencia para el seguimiento y tratamiento, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> • Lugar, fecha y razones de referencia. • Personas para contacto, si aplica. • Reporte de los resultados del cuidado y tratamiento, si aplica. <p>19.2. Las necesidades del continuo de cuidado al egreso reflejan los resultados actuales del tratamiento y de la reevaluación de las necesidades expresadas por el usuario que sirvieron de base para el plan de cuidado.</p>	<p>Fortalezas clave</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las guías para dar de alta están en su lugar. • Hay rondas semanales de planeación del proceso en cada unidad. • La fecha estimada de salida se determina dentro de las dos primeras semanas de admisión. • Se llevan a cabo reuniones familiares para discutir los planes de la atención. • Se evalúa la satisfacción del paciente y de los familiares. • Se lleva a cabo una encuesta al azar de los pacientes dados de alta para evaluar el funcionamiento. • Se dan tarjetas de salida a los pacientes donde se listan las citas futuras y los medicamentos. • El personal debe completar resúmenes del proceso y enviarlos al médico o institución remitente. • Se dan oportunidades de visita a la casa. <p>Oportunidades de mejoramiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes de alto riesgo o aquellos que por su tipo de patología requerirán cuidados posteriores al egreso no se identifican en el momento de la admisión. • Las guías clínicas no están basadas en evidencia o no se usan. • No se hace seguimiento a la referencia o a la contrarreferencia de pacientes y se desconocen las indicaciones posteriores al egreso dadas por otras entidades o profesionales tratantes. • Los profesionales vinculados en la parte inicial del tratamiento no son informados sobre la salida del paciente. 					

Fuente: Guía Práctica de preparación para la acreditación.

Fase 3: Solicitud de acreditación

En esta fase del proceso, las instituciones presentan la solicitud formal al ICONTEC, el cual evalúa la veracidad de la información entregada y podrá solicitar información adicional. Estas solicitudes deberán ser respondidas en un plazo de 3 días y es posible que el ICONTEC formule observaciones y solicite hacer ajustes; si esto sucede, las instituciones tendrán 10 días para responder; si se supera este rango de tiempo el proceso de acreditación quedará suspendido.

Cuando el ICONTEC da el aval sobre toda la documentación, programa la visita de evaluación pero antes se le informa a la institución la cual tendrá la posibilidad de manifestar su aceptación o no de la decisión del ICONTEC.

Los acuerdos a los que se llegó en esta fase de negociación entre la institución y el ICONTEC se plasmarán en un contrato de prestación de servicios que deberán firmar ambas partes.

Fase 4: Evaluación

El ICONTEC conforma un grupo de 2 evaluadores que servirán como puente entre la institución y la entidad acreditadora. Estas personas son profesionales idóneos, del área de la salud.

La información que recolecten y los resultados del análisis de la misma, será tratada con la mayor reserva por parte de los evaluadores, quienes desde el principio garantizan la confidencialidad del proceso.

Fase 5: Visita de evaluación

Los evaluadores se encargan de verificar las condiciones en las que se encuentra la institución, apoyándose en los estándares de acreditación definidos por el ICONTEC; aquí se comparan los resultados que surgieron de la autoevaluación que realizó el equipo de acreditación de la institución con la calificación que los pares le asignen.

Durante esta visita, los evaluadores estarán en contacto con todo el personal de la institución, responsables del proceso de acreditación y además, tendrá acceso a toda la documentación necesaria para facilitar su trabajo como evaluador; de ser necesario, programan entrevistas con los diferentes equipos de trabajo.

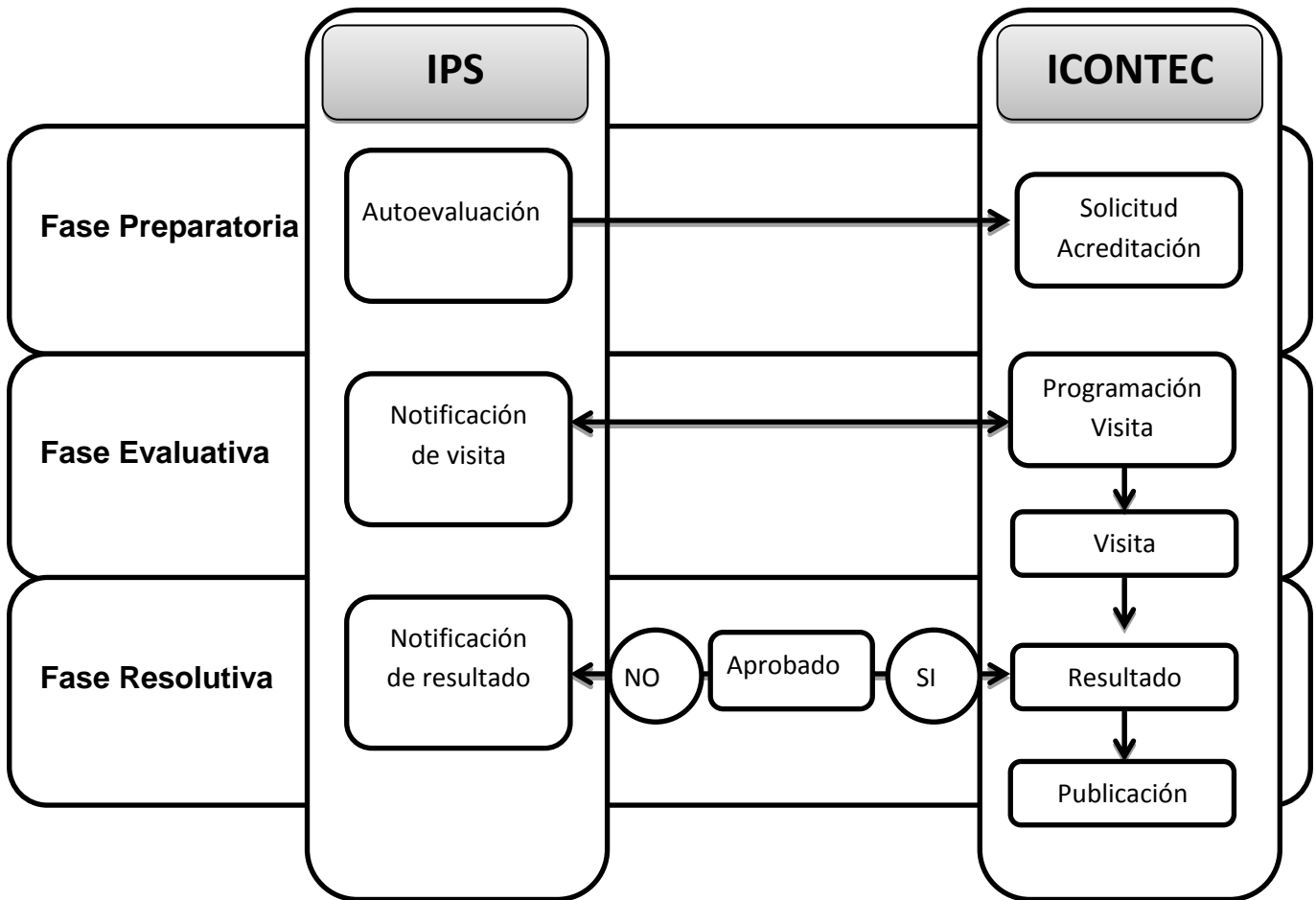
Toda la información que resulte de este proceso será conservada con total cautela. Los resultados de esta evaluación son expuestos en primera instancia a los gerentes de las instituciones en la cual se les informa a través de una matriz DOFA, las fortalezas y oportunidades de mejora que tienen como institución; en segunda instancia se programa una reunión de cierre en las que participa todo el equipo de acreditación y se le informa sobre los resultados de la visita.

Fase 6: Informe de evaluación.

El equipo de acreditación tiene hasta 40 días para elaborar un informe en el que se plasma la calificación del examen frente a estándares de calidad, las fortalezas y oportunidades que tiene la institución frente al proceso de acreditación, así como un plan de mejoramiento que debe ser adoptado por la institución.

Este informe es enviado a la Junta de Acreditación del ICONTEC, la cual es la encargada de decidir si se otorga la acreditación o no a las instituciones; este proceso no puede ser superior a 40 días. Si se otorga la acreditación, esta tendrá vigencia por 4 años a partir de la fecha.

Ilustración 7 Flujograma Proceso de Acreditación



Fuente: Autor

6.2. Detallar el grupo de indicadores del proceso de acreditación.

Se obtuvo información de seis instituciones acreditadas: dos son de naturaleza pública y cuatro de naturaleza privada, sólo una de ellas es una institución de bajo nivel de complejidad, las cinco restantes se encuentran en el rango de mediana y alta complejidad. El 80% de las mismas se encuentran ubicadas en la ciudad de Medellín y el 20 por ciento restante tiene su domicilio en el municipio de Itagüí y en el Municipio de Envigado. El grupo de instituciones no acreditadas cumple con características similares al grupo de las acreditadas.

Para observar con facilidad los resultados de la evaluación de los indicadores, se utilizó la desviación estándar para medir el grado de dispersión de los datos con respecto al valor promedio.

Se observó una tendencia de aumento de días en el grupo de instituciones acreditadas en la asignación de citas en la consulta médico general, sin embargo en las instituciones de naturaleza jurídica privada la proporción de las mismas presentó una sensible disminución (Ver Ilustraciones 7)

No existe una gran diferencia en días para asignar la cita con médico especialista, entre IPS acreditadas o no (8,3 vs. 9.0) (Ver ilustración 9).

Además, se evidenció una importante disminución en la tasa de infección intrahospitalaria, y en la tasa de reingreso de pacientes hospitalizados.

Frente a la experiencia de la atención del usuario, las mediciones compiladas muestran un panorama también diverso de resultados, donde es evidente la diferencia que existe entre las IPS que han alcanzado la acreditación, y las IPS que no; esto puede observarse en la ilustración 17. Además, es importante expresar que las instituciones acreditadas tienden a mejorar este porcentaje periodo a periodo.

El volumen de eventos adversos reportados, se comportó de forma oscilatoria, debido a que las notificaciones no se realizan de manera constante por parte de las IPS no acreditadas. Es bastante notorio el efecto que tiene sobre el desempeño en seguridad del paciente en una IPS acreditada, de otra que no lo está, en donde el volumen de reporte de eventos adversos está ampliamente superado y puede evidenciarse en la biblioteca de indicadores del Ministerio de Salud; además, todas las instituciones acreditadas atendieron el 100% de eventos adversos reportados mientras que en las instituciones no acreditadas el promedio de respuesta es del 90% (Ver ilustración 26).

En promedio el 8% de las cirugías programadas en instituciones no acreditadas se cancelaron, este porcentaje se redujo a 2% en las instituciones acreditadas.

Por otro lado, la oportunidad en la atención a urgencias fue mayor en las instituciones acreditadas que en promedio mostraron una oportunidad de atención de 34 minutos frente a 49 minutos en las instituciones no acreditadas.

Tabla 3 Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica especializada.

Definición	La oportunidad en la respuesta a la necesidad de la atención de casos de mayor complejidad que requieren de la intervención de especialistas tiene impacto sobre la capacidad resolutive de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad, secuelas, congestión y mal uso de servicios de urgencias y de menor nivel de complejidad.
Metodología de Cálculo	$(\sum \text{total de días transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada} / \sum \text{consultas médicas especializadas})$
Fuente del Numerador	Registro de Asignación de Citas (Reporte IPS-EAPB)
Fuente del Denominador	Registro de Asignación de Citas (Reporte IPS-EAPB)
Unidad de medida	Días
Periodicidad	Semestral

Ilustración 8 Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica especializada.

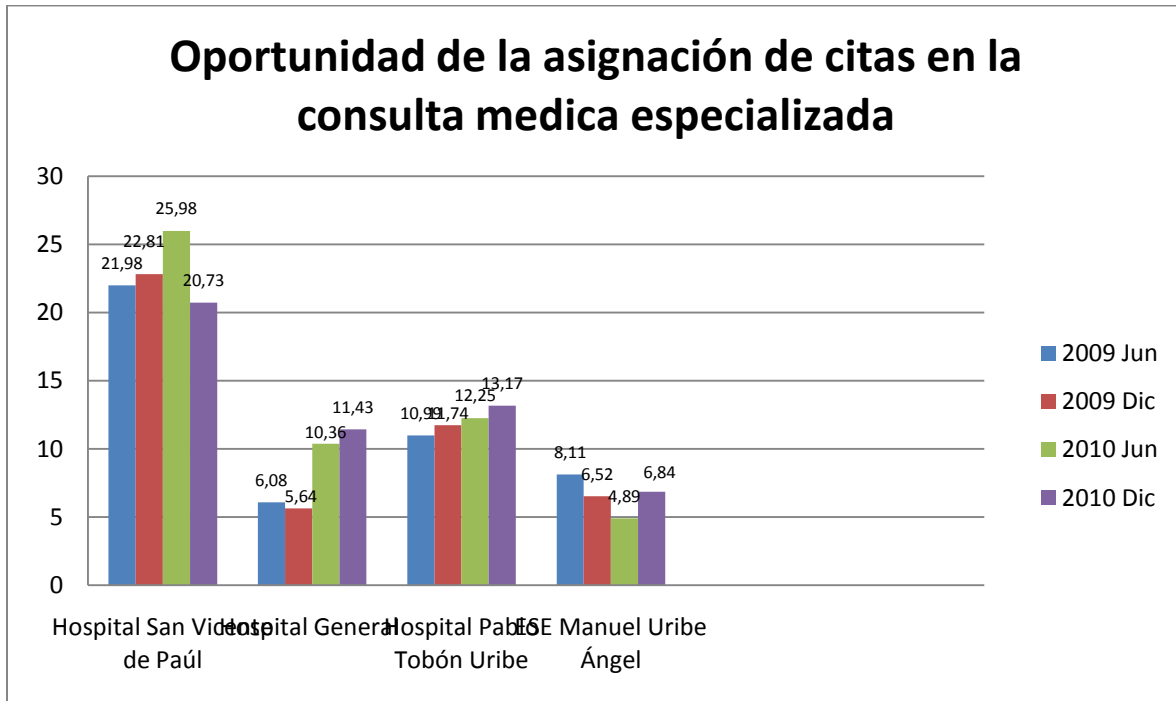


Ilustración 9 Desviación Estándar Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada

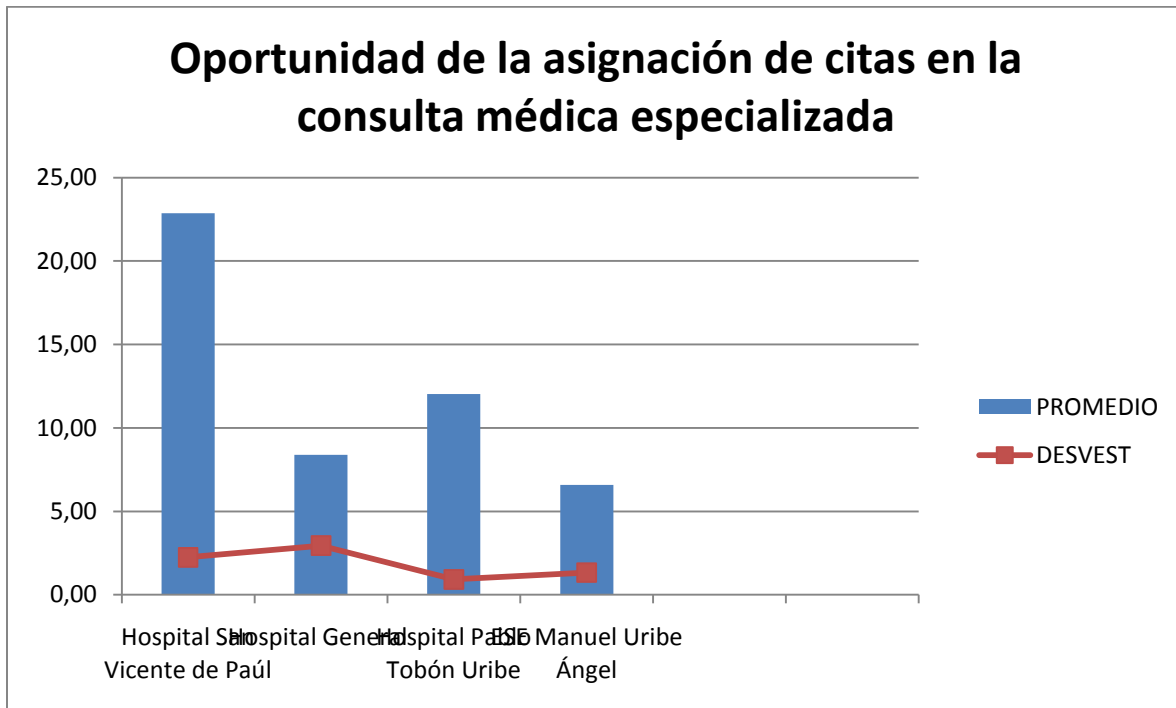


Ilustración 10 Comparación oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada

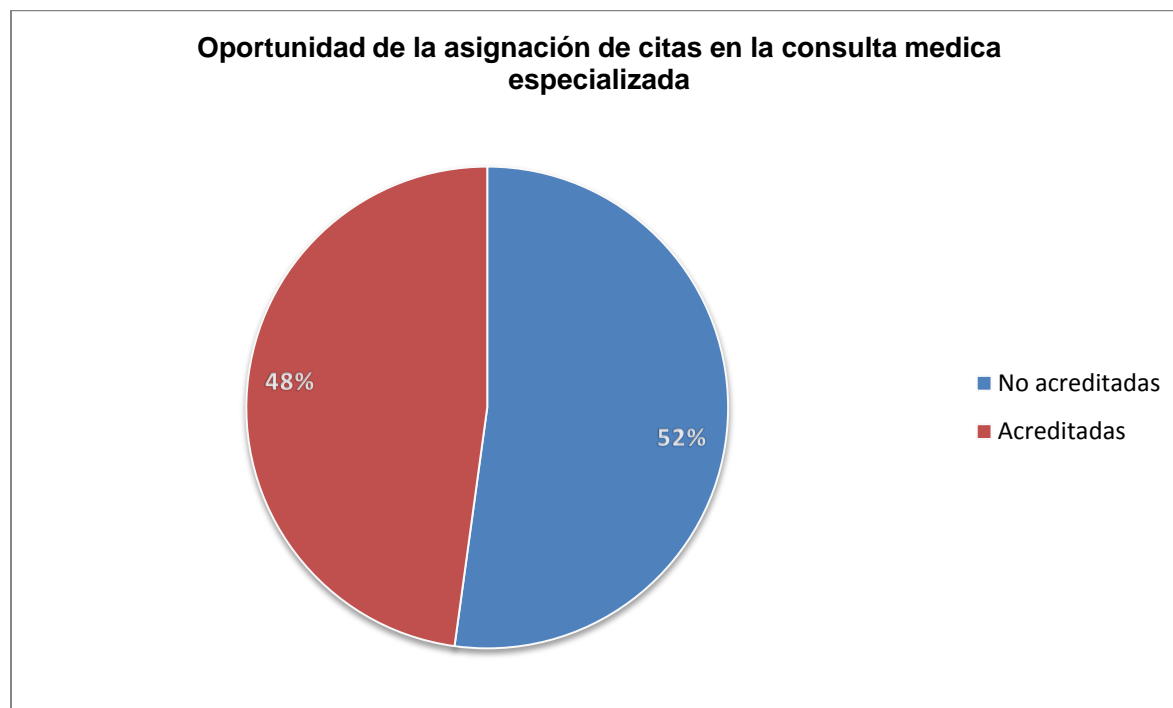


Tabla 4 Oportunidad de la asignación de cita en la consulta por medicina general.

Definición	Ya que la atención por el médico general es la mas importante y frecuente puerta de entrada al sistema, la oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios, así que el tiempo de respuesta de los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe.
Metodología de Cálculo	$(\sum \text{días de espera asignación cita} / \sum \text{consultas médicas generales asignadas})$
Fuente del Numerador	Registro de Asignación de Citas (Reporte IPS-EAPB)
Fuente del Denominador	Registro de Asignación de Citas (Reporte IPS-EAPB)
Unidad de medida	Días
Periodicidad	Semestral

Ilustración 11 Oportunidad de la asignación de cita en la consulta por medicina general.

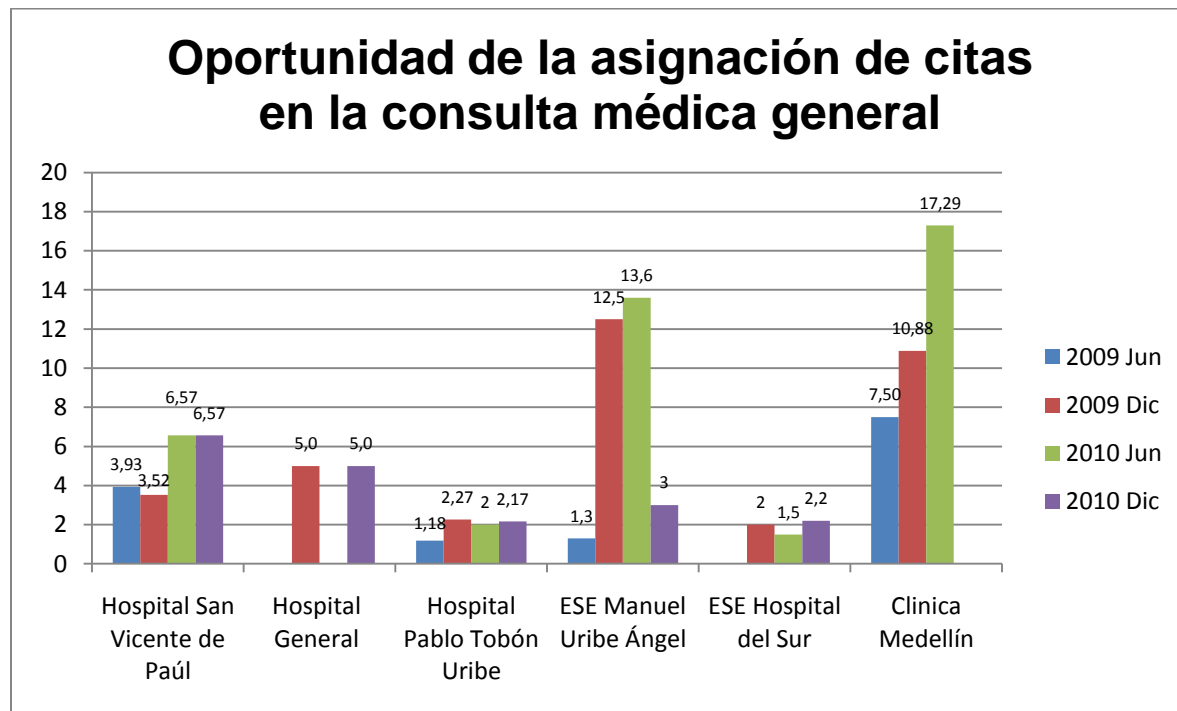


Ilustración 12 Desviación Estándar oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general.

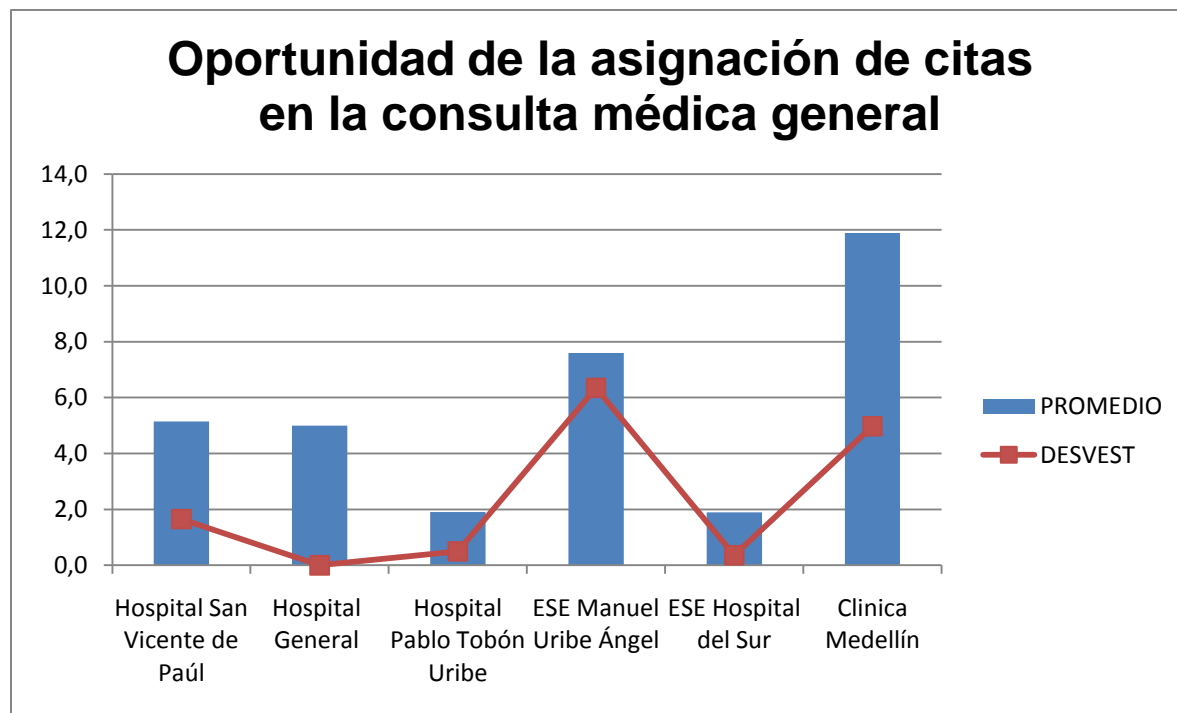


Tabla 5 Tasa de Infección Intrahospitalaria.

Definición	Se define como la incidencia de infecciones que aparecen dentro del ámbito hospitalario o asistencial, como complicación de un proceso de atención ambulatorio o con internación. A través de él puede monitorizarse la eficiencia de los procesos de asepsia y antisepsia utilizados para el control de microorganismos patógenos en el personal asistencial, las áreas físicas, los equipos y materiales de la institución.
Metodología de Cálculo	$TIIH = (\text{Número de pacientes con infección nosocomial} / \sum \text{pacientes hospitalizados}) * 100$
Fuente del Numerador	Registro de Infecciones Nosocomiales (Reporte IPS)
Fuente del Denominador	Registro de Infecciones Nosocomiales (Reporte IPS)
Unidad de medida	Porcentaje
Periodicidad	Semestral

Ilustración 13 Tasa de Infección Intrahospitalaria.

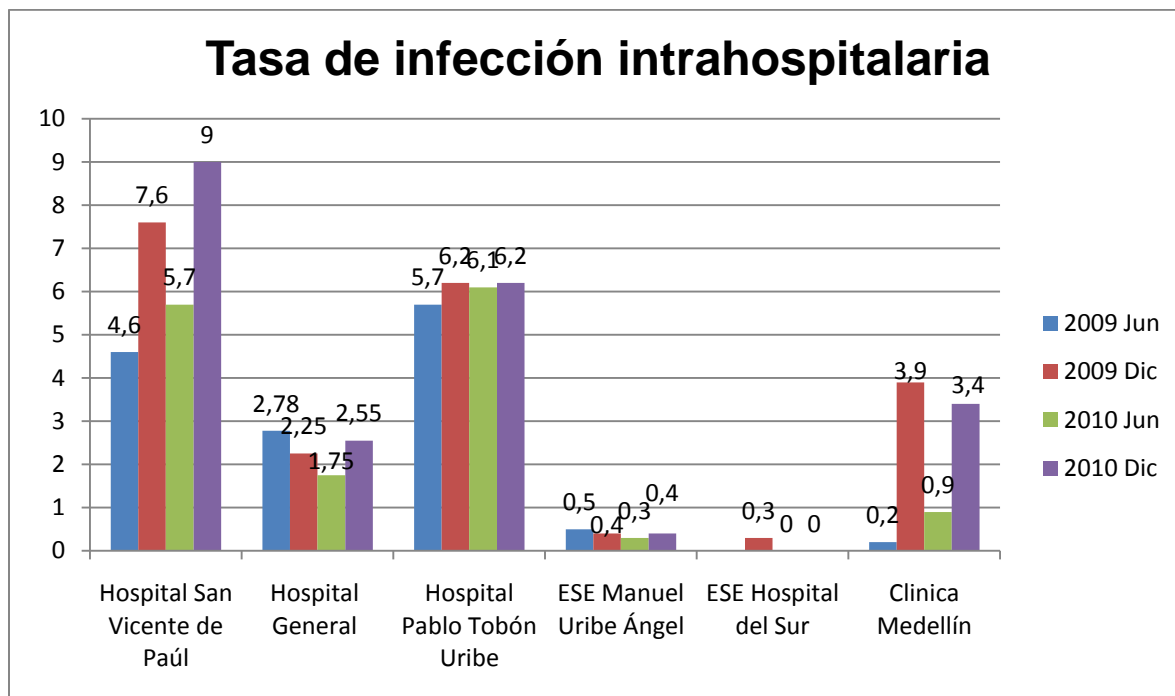


Ilustración 14 Desviación Estándar Tasa de infección intrahospitalaria

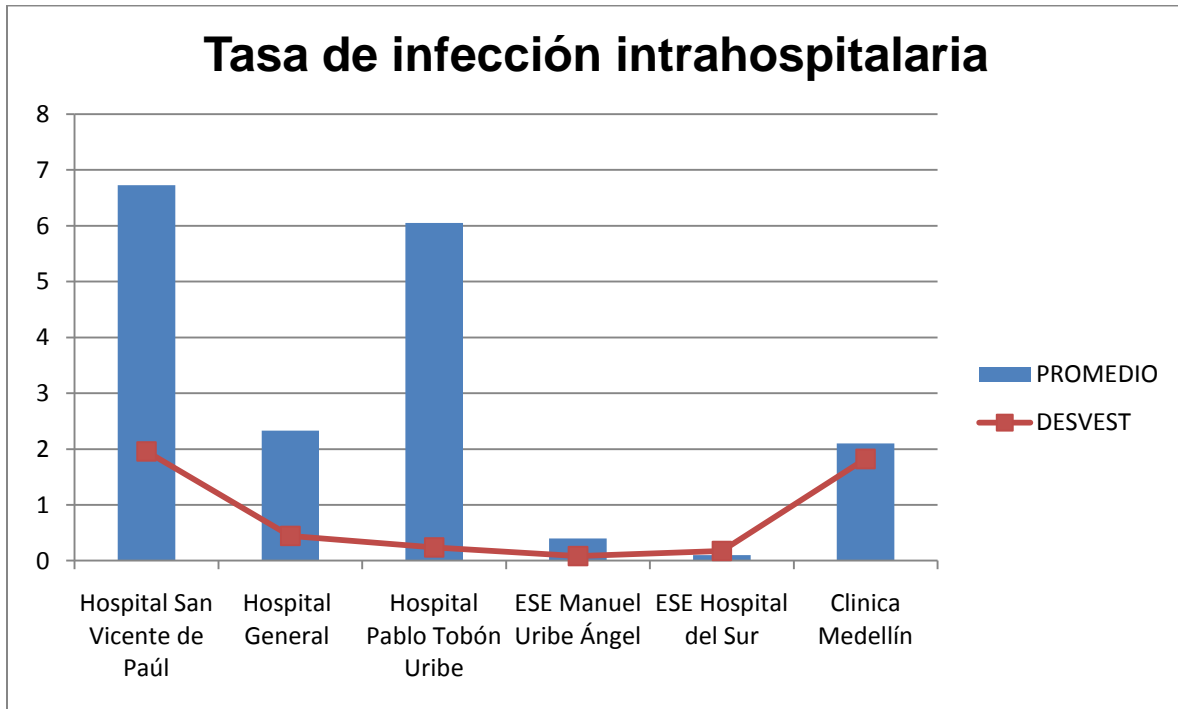


Ilustración 15 Comparación Tasa de infección intrahospitalaria

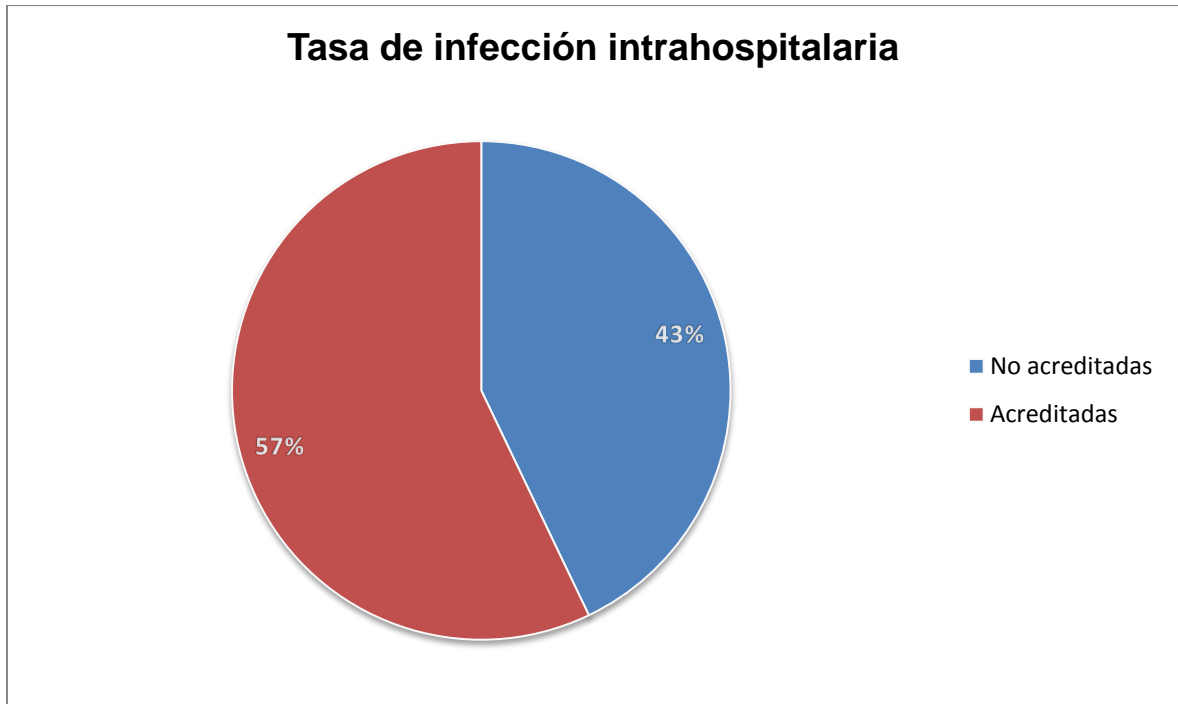


Tabla 6 Tasa de Satisfacción Global.

Definición	La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud.
Metodología de Cálculo	$(\sum \text{usuarios satisfechos} / \sum \text{afiliados encuestados}) * 100$
Fuente del Numerador	Encuesta de satisfacción (IPS)
Fuente del Denominador	Encuesta de satisfacción (IPS)
Unidad de medida	Porcentaje
Periodicidad	Semestral

Ilustración 16 Tasa de Satisfacción Global.

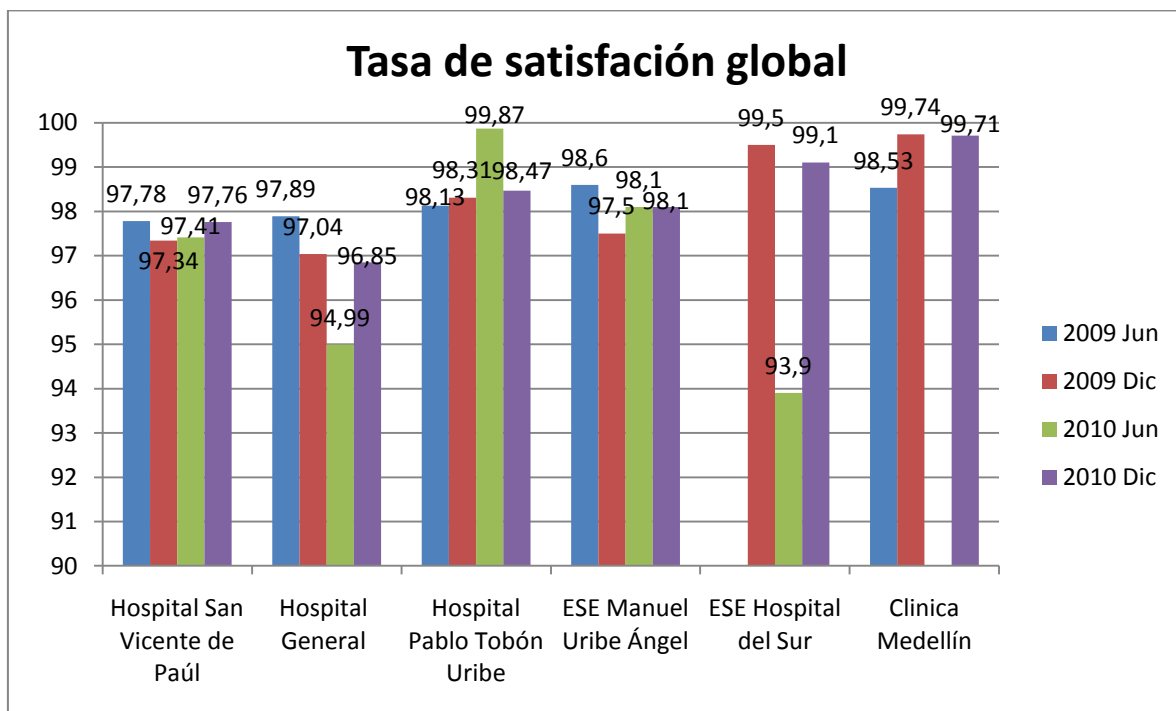


Ilustración 17 Desviación Estándar Tasa de Satisfacción Global.

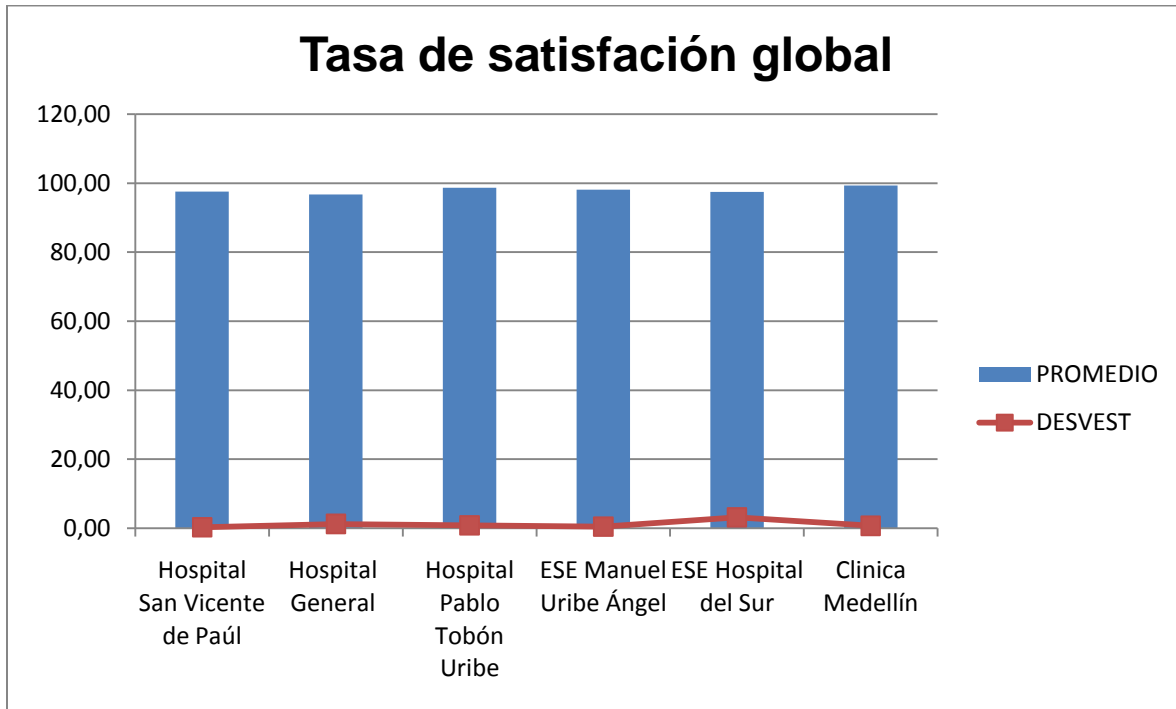


Ilustración 18 Comparación tasa de Satisfacción Global.

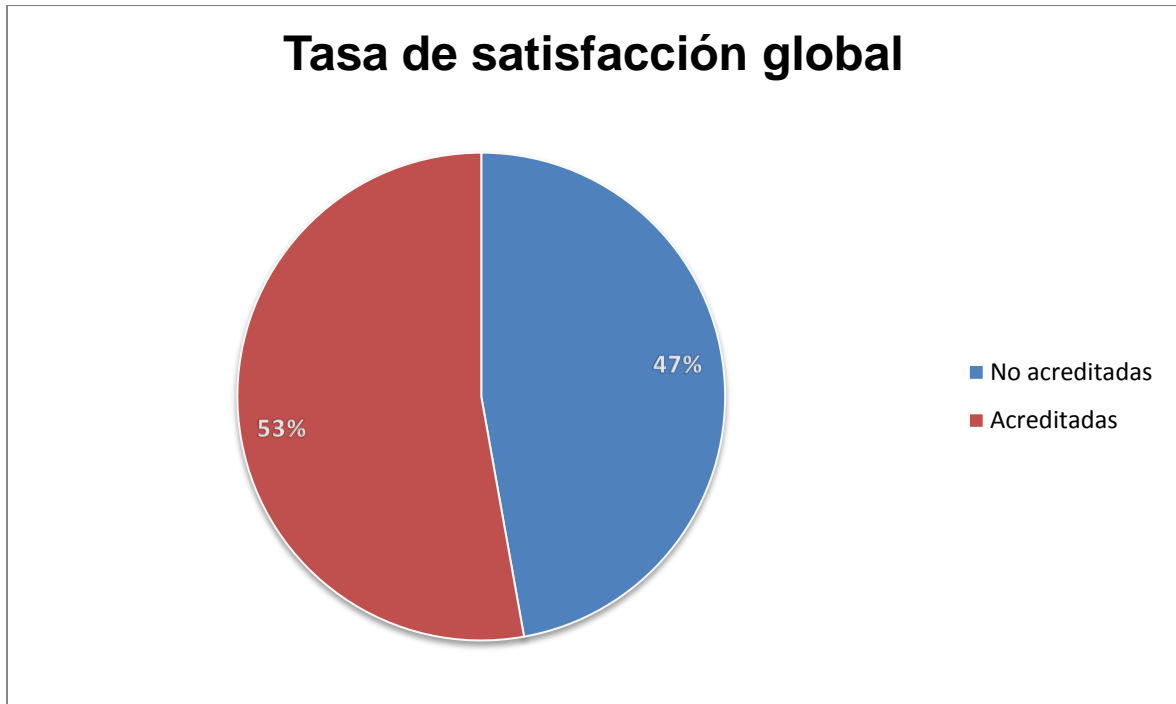


Tabla 7 Proporción de Cancelación de Cirugías Programadas.

Definición	La oportunidad en la respuesta a la necesidad de realización de procedimientos quirúrgicos tiene impacto sobre la capacidad resolutoria de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad y secuelas, sí como impactan positivamente en la contención de costos de no calidad originados en la no atención oportuna.
Metodología de Cálculo	$(\sum \text{cirugías canceladas en el período} / \sum \text{programadas en el período}) * 100$
Fuente del Numerador	Registro de Cirugías (Reporte IPS)
Fuente del Denominador	Registro de Cirugías (Reporte IPS)
Unidad de medida	Porcentaje
Periodicidad	Semestral

Ilustración 19 Proporción de Cancelación de Cirugías Programadas.

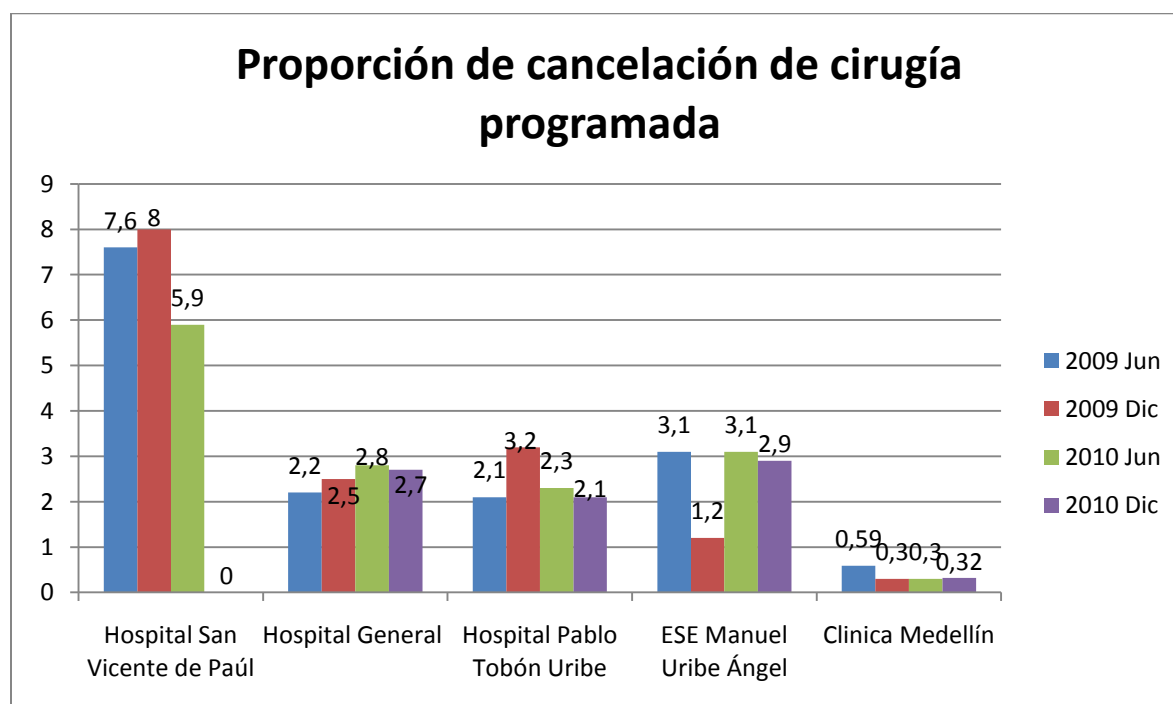


Ilustración 20 Desviación estándar Proporción de cancelación de cirugía programada

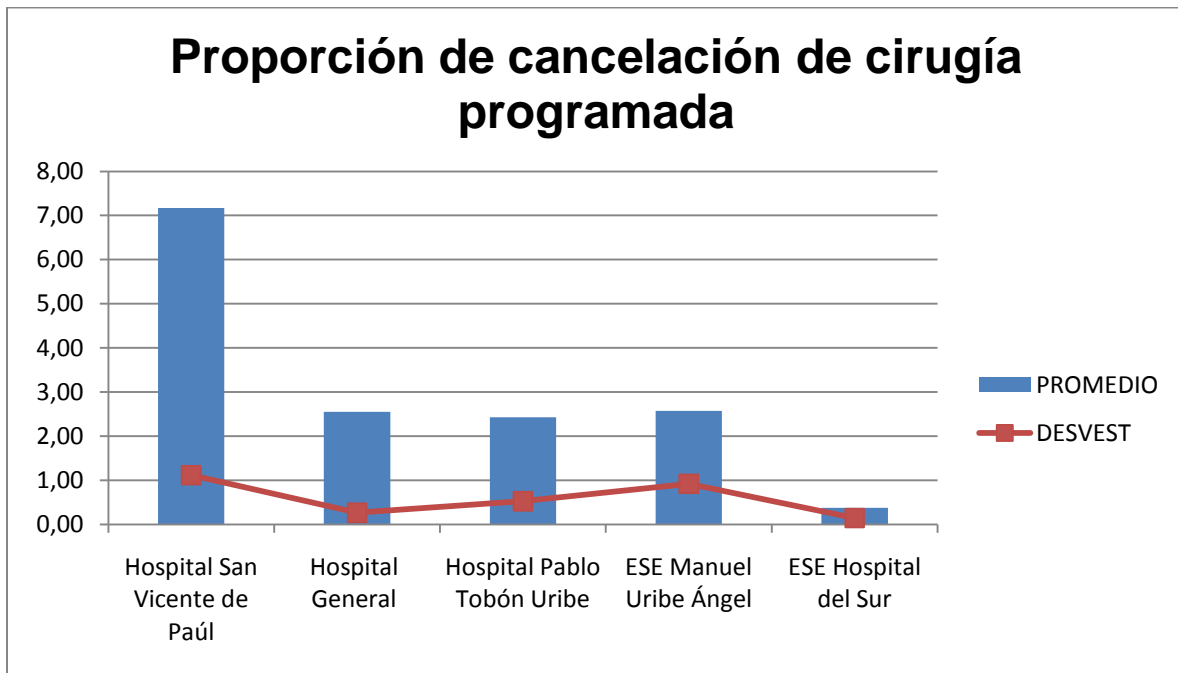


Ilustración 21 Comparación Proporción de cancelación de cirugía programada

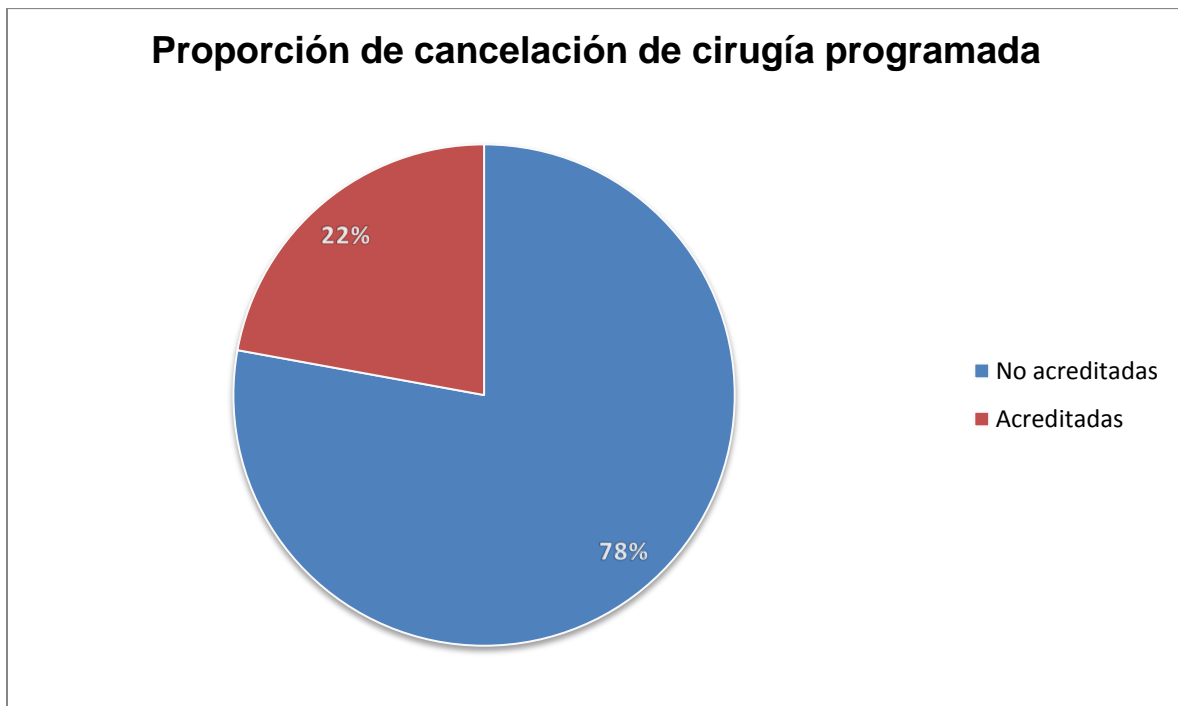


Tabla 8 Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados.

Definición	El reingreso de los pacientes a los servicios de hospitalización se presenta con frecuencia como consecuencia de un deficiente abordaje y solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó. Por esta razón, este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados.
Metodología de Cálculo	$(\sum \text{pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 20 días por la misma causa en el período} / \sum \text{egresos vivos en el período}) * 100$
Fuente del Numerador	Registro de Cirugías (Reporte IPS)
Fuente del Denominador	Registro de Cirugías (Reporte IPS)
Unidad de medida	Porcentaje
Periodicidad	Semestral

Ilustración 22 Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados.

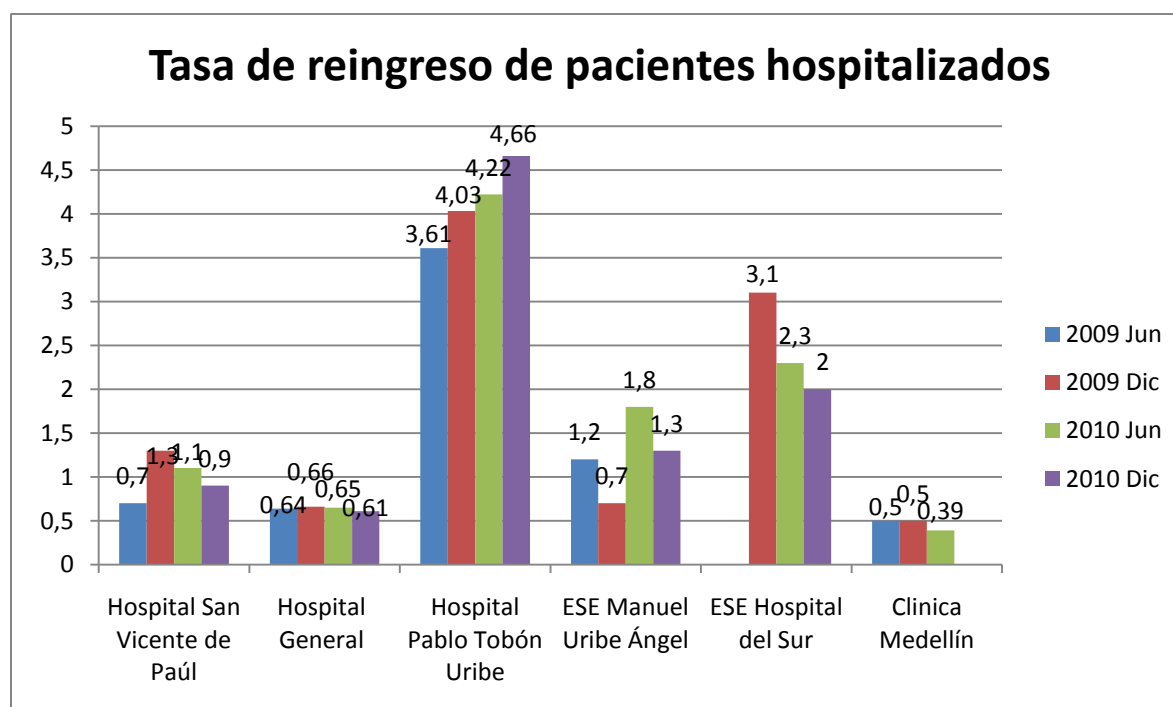


Ilustración 23 Desviación Estándar Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados

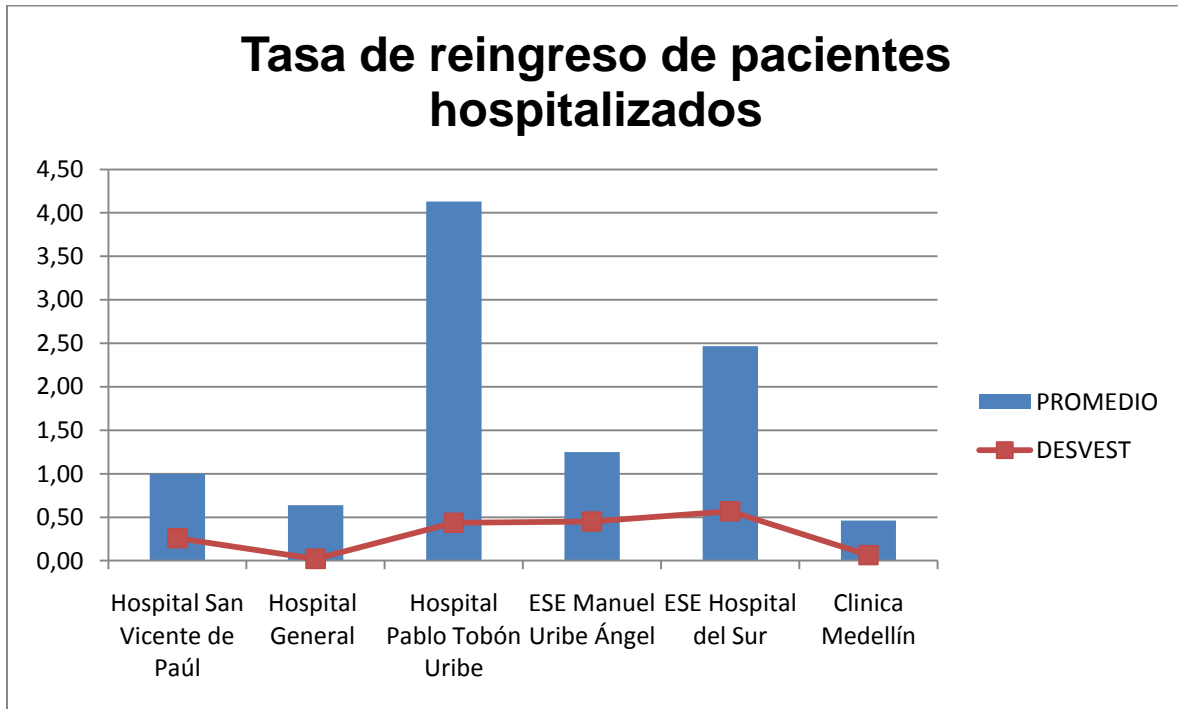


Ilustración 24 Comparación tasa de reingreso de pacientes hospitalizados

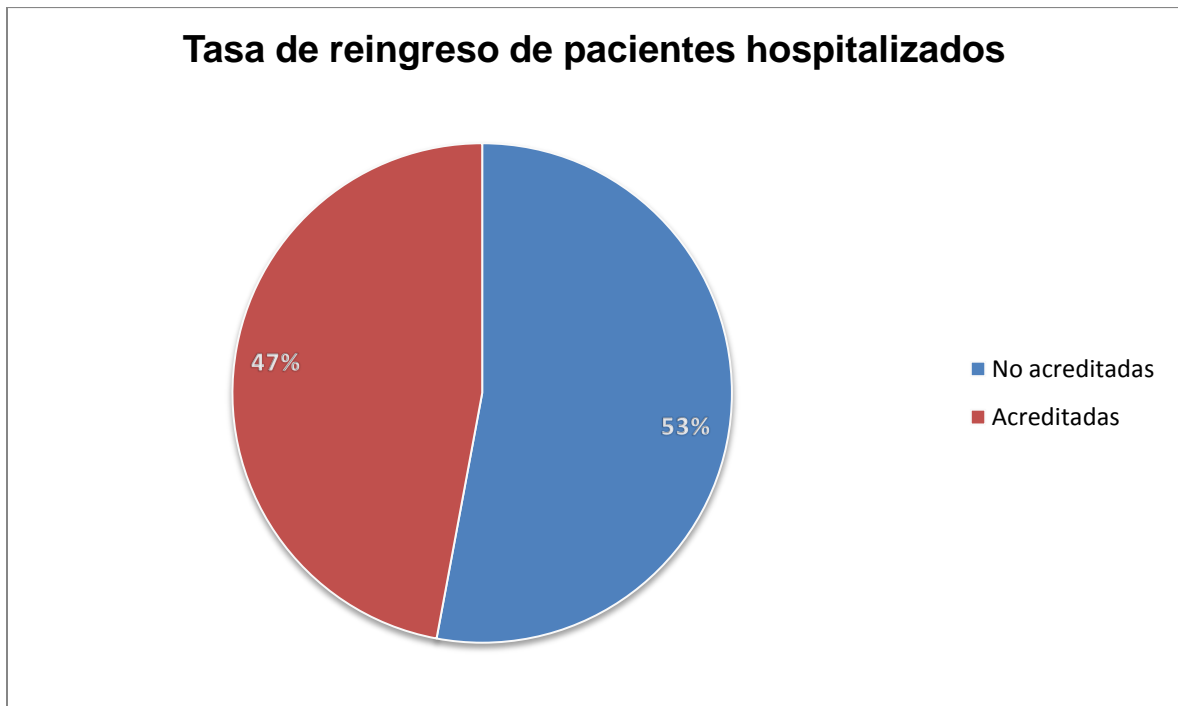


Tabla 9 Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias

Definición	El reingreso de los pacientes a los servicios de hospitalización se presenta con frecuencia como consecuencia de un deficiente abordaje y solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó.
Metodología de Cálculo	$(\sum \text{ minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento de la atención} / \sum \text{ de usuarios atendidos})$
Fuente del Numerador	Libro/registro de asignación de citas
Fuente del Denominador	Libro/registro de asignación de citas
Unidad de medida	Minutos
Periodicidad	Semestral

Ilustración 25 Oportunidad de atención en consulta de urgencias.

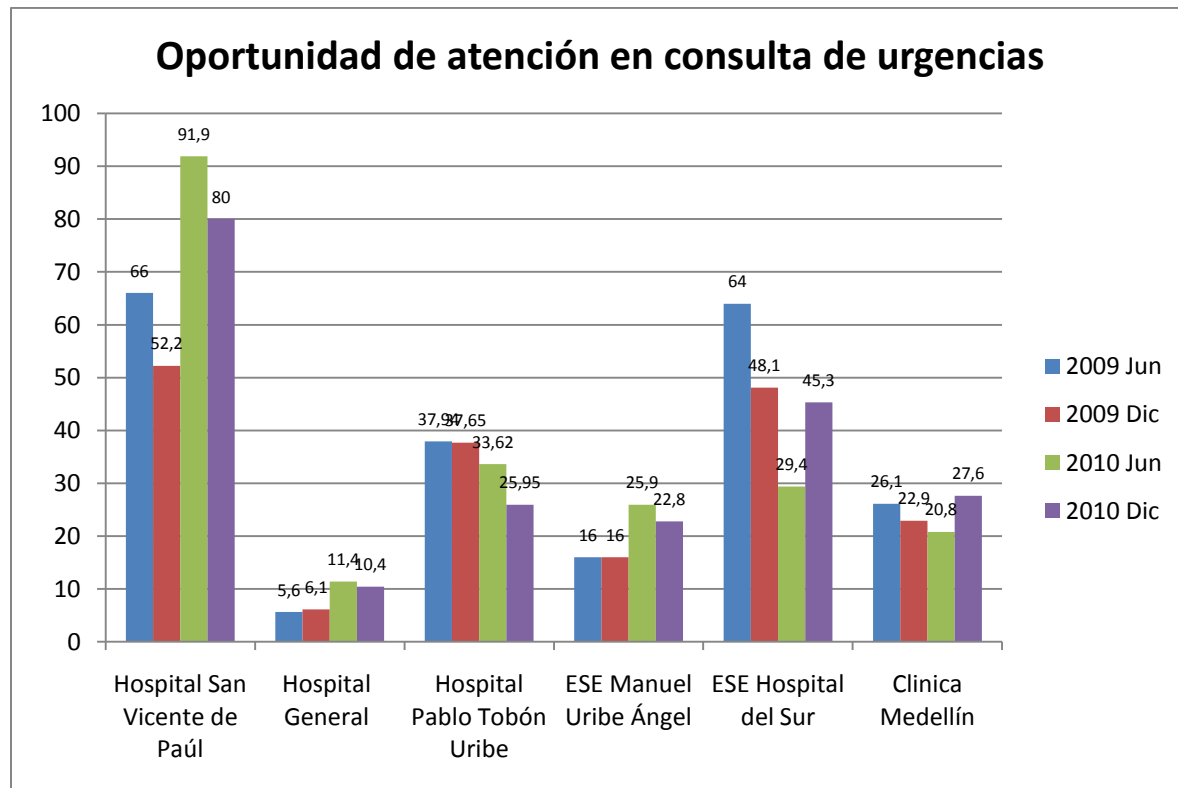


Ilustración 26 Desviación Estándar Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Urgencias

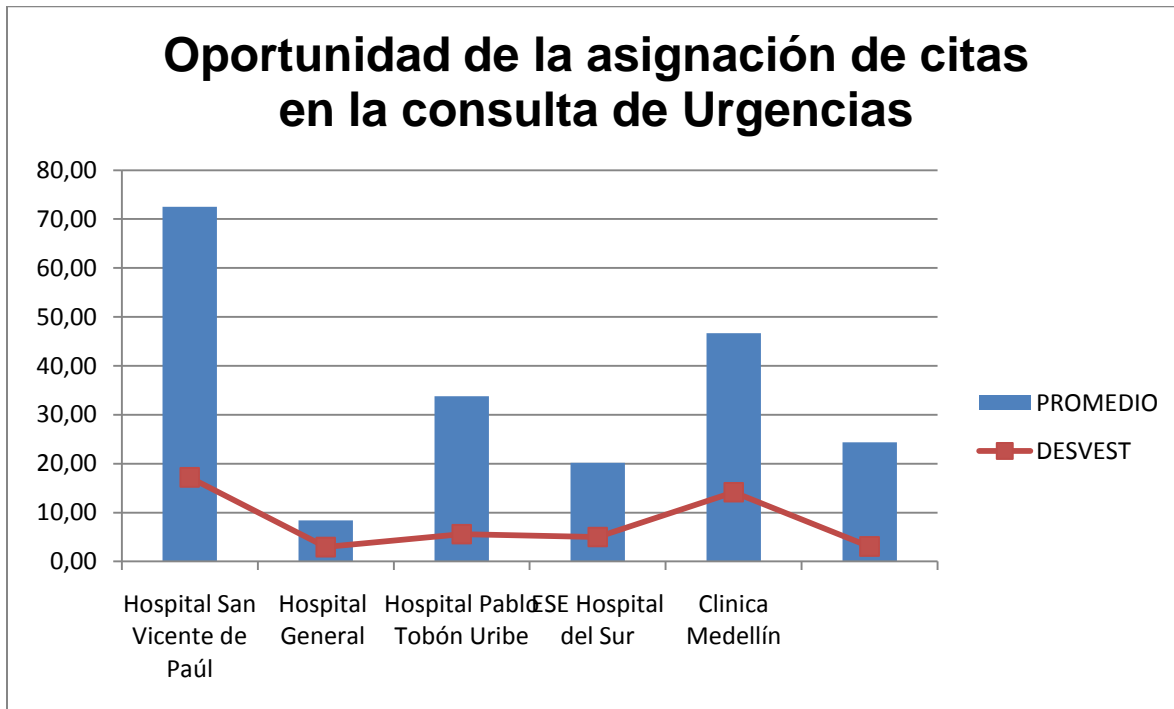


Ilustración 27 Comparación Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Urgencias

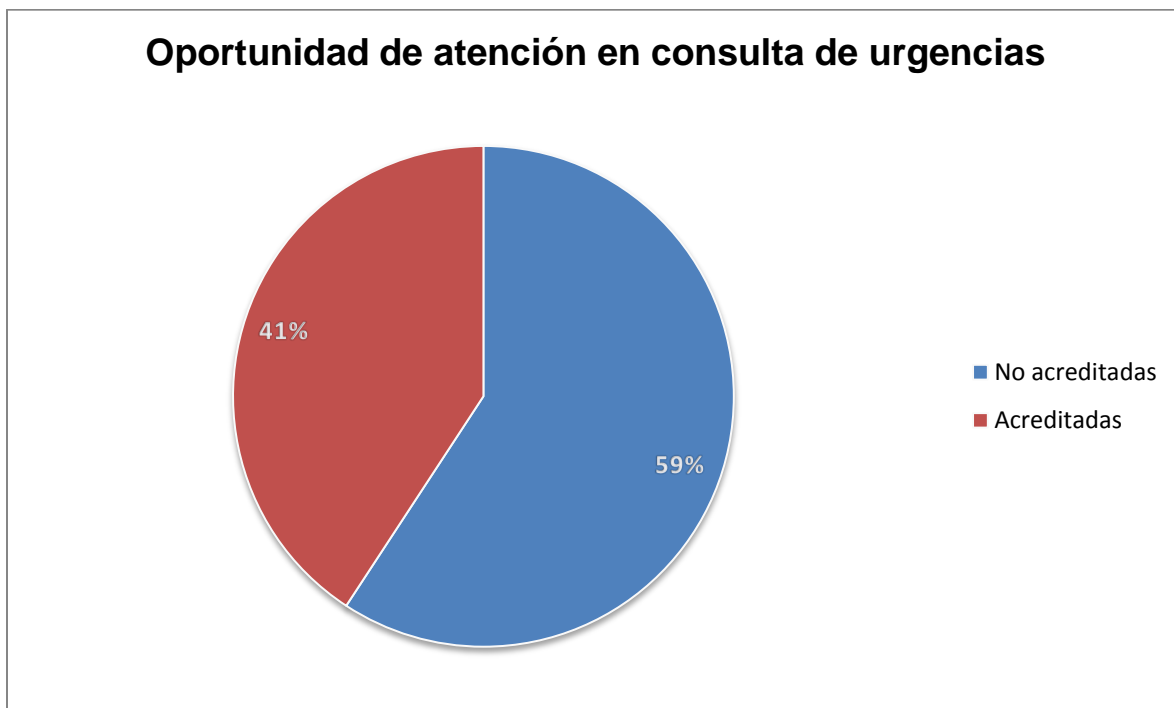
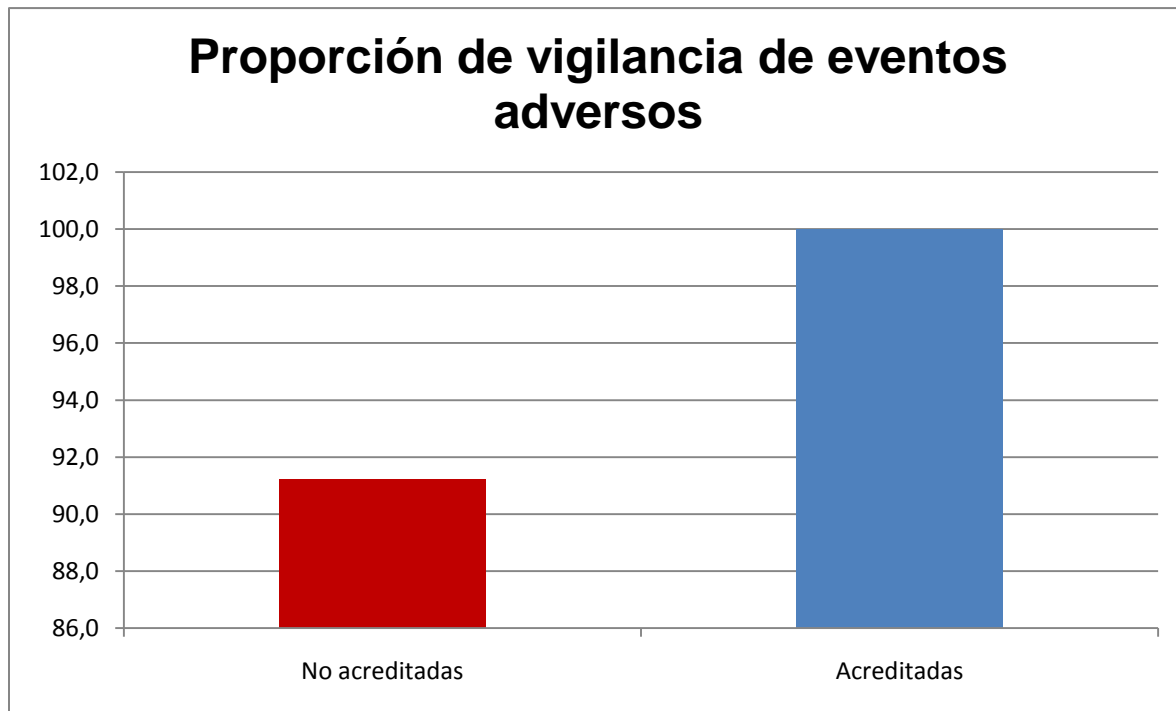


Tabla 10 Proporción de vigilancia de Eventos adversos

Definición	Los Eventos Adversos son lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles Existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos. La monitorización de este indicador debe impactar en la eficiencia y efectividad clínica.
Metodología de Cálculo	$(\sum \text{eventos adversos detectados y gestionados} / \sum \text{eventos adversos detectados} * 100)$
Fuente del Numerador	Registro de vigilancia de eventos adversos
Fuente del Denominador	Registro de vigilancia de eventos adversos
Unidad de medida	Porcentaje
Periodicidad	Semestral

Ilustración 28 Proporción de vigilancia de eventos adversos



6.3. Estudiar la percepción de las directivas de las instituciones acreditadas frente a la obtención de la acreditación.

Las instituciones coinciden en que los beneficios se han reflejado en mayor proporción dentro de la institución, por ejemplo, se ha fortalecido la cultura organizacional promoviendo el trabajo en equipo e interdisciplinario pues es un requisito ineludible para implementar el sistema de acreditación realizar reuniones efectivas, con comunicación abierta y sincera.

Por otro lado, la imagen institucional se ha fortalecido y lo demuestran con la preferencia que tienen los usuarios para acceder a los servicios que prestan y los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas por las instituciones.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud han coincidido en que el sistema se ha quedado corto en la promoción de incentivos para las instituciones que le apuestan a la calidad y los contemplados en la ley no se cumplen.

Hospital Pablo Tobón Uribe:

1. ¿Para qué le ha servido a su institución alcanzar la acreditación de la calidad en salud?

“La acreditación en Colombia promueve la humanización, habla de elementos como deberes y derechos, educación e información al paciente, estándares para la detección y manejo del maltrato de cualquier índole, planes terapéuticos y explicación al paciente cuando es dado de egreso. Sin duda, lograr ser acreditados es un sano orgullo institucional producto de la labor bien hecha y se constituye en un reto para mantenerla y es un elemento de prestigio ante la sociedad. Esos son los grandes logros de ser acreditados”.

2. ¿Qué tipo de incentivos ha recibido por este logro?

“La Ley dispone de algunas cosas, pero no hay una clara normatividad que efectivamente genere unos estímulos. Si se mira desde un aspecto económico, los incentivos del sistema no son claros, no son directos y no son motivo para acreditarse, lo que ratifica que la motivación de las IPS es de su responsabilidad y no de las condiciones económicas, que no están claras en nuestro sistema de salud”.

Hospital General de Medellín:

1. ¿Para qué le ha servido a su institución alcanzar la acreditación de la calidad en salud?

“El seguimiento continuo a los procesos ha contribuido a disminuir reprocesos y costos, igualmente a mejorar la eficiencia. Nos ha permitido trabajar mas constantemente en la seguridad del paciente con la gestión de los eventos adversos y la seguridad integral del paciente. A su vez, ha permitido fortalecer la imagen de la organización mas allá de sus grupos de interés”.

2. ¿Qué tipo de incentivos ha recibido por este logro?

“No hay incentivos externos de ningún tipo ni por parte de los aseguradores, ni de los entes de dirección para la acreditación que justifiquen las inversiones que se hacen, las cuales son justificadas por los mejoramientos institucionales”.

E.S.E Hospital del Sur Gabriel Jaramillo Piedrahita

1. ¿Para qué le ha servido a su institución alcanzar la acreditación de la calidad en salud?

“Trabajar en el sistema único de acreditación ha contribuido a mejorar las condiciones de atención con un enfoque en la seguridad del paciente, reflejándose en la satisfacción de nuestros usuarios y el seguimiento a los riesgos. De igual forma, se ha logrado perfeccionar la motivación de los funcionarios frente a la empresa, pues se convierte en un orgullo poder trabajar en una entidad con un amplio reconocimiento en el medio”.

2. ¿Para qué le ha servido a su institución alcanzar la acreditación de la calidad en salud?

“Como incentivo se han obtenido reconocimientos públicos del sector a través de COHAN⁷ (Cooperativa de Hospitales de Antioquia), aunque desde el ámbito nacional no se ha recibido ningún tipo de incentivo para nuestra institución”.

Fundación Hospital San Vicente de Paúl

1. ¿Para qué le ha servido a su institución alcanzar la acreditación de la calidad en salud?

“La acreditación ha servido para:

- Promover la educación del paciente y su familia.
- Garantizar los derechos de los pacientes y sensibilizarlos para el cumplimiento de los deberes.

⁷ La Cooperativa de Hospitales de Antioquia, COHAN, es una entidad del sector solidario y de la salud en Colombia que propende por el desarrollo integral de sus 150 entidades asociadas, contribuyendo a través de la Transferencia de Tecnología y la Gestión de Insumos Médicos al crecimiento y mejoramiento de los servicios de salud de la comunidad en general.

- Estandarización de procesos.
- Definición, desarrollo y medición del modelo de atención centrado en el paciente.
- Generar estrategias de seguridad en la atención de los pacientes a través de la gestión de incidentes y eventos adversos, seguridad transfusional, prevención de accidentes durante la atención, seguridad quirúrgica, prevención y control de infecciones asociadas al cuidado en salud, uso seguro de medicamento, maternidad segura, tecnologías informáticas para la seguridad del paciente, identificación de los riesgos y barreras de seguridad (panorama de riesgos por servicios y procesos), formación para la atención seguridad de los pacientes y fomentos de una cultura de seguridad.
- Realizar seguimiento farmacoterapéutica a los pacientes.
- Realización de rondas de verificación que permitan hacer un monitoreo en el cumplimiento de políticas institucionales.
- Mejorar aspectos relacionados con la gestión del talento humano en aspectos de contratación, desarrollo y formación, salud ocupacional y bienestar laboral.
- Mayor gestión de los procesos con información consolidada, análisis de la misma y planteamiento de acciones de mejoramiento a partir de resultados.
- Construcción y desarrollo de un modelo de gestión de tecnología integrador de varios componentes claves en la prestación del servicio.
- El desarrollo de estrategias y múltiples acciones para hacer un ambiente físico mas seguro para la atención de los pacientes.
- Fortalecimiento de trabajo en equipo para el desarrollo de acciones de mejoramiento.
- La consolidación del modelo de mejoramiento continuo que contribuye a la cultura de la calidad.
- Establecimiento de estrategias en busca de mejorar los tiempos de atención
- La implementación de mecanismos que permitan monitorear la información suministrada por el paciente.
- El fortalecimiento de la comunicación con los pacientes, familias, cliente externo y cliente interno.

- Realizar procesos de referenciación con otras instituciones para identificar mejoras prácticas e implementar acciones de mejora.
 - Incentivar en los pacientes el autocuidado.
 - Dar la mejor atención a pacientes, familias, cuidadores y otros clientes en general”.
2. ¿Para qué le ha servido a su institución alcanzar la acreditación de la calidad en salud?

“El mayor incentivo que hemos recibido es el que nos han dado los pacientes al hacer reconocimiento público y al depositar su confianza en nosotros. Asimismo, la distinción que nos han hecho instituciones de salud y de otros sectores al referenciarse con nosotros”.

E.S.E Hospital Manuel Uribe Ángel

1. ¿Para qué le ha servido a su institución alcanzar la acreditación de la calidad en salud?
- “Fortalecimiento de los procesos institucionales.
 - Afianzamiento de una cultura de la calidad entre los colaboradores que atienden a nuestros usuarios.
 - Posicionamiento de la institución en el medio.
 - Ser institución acreditada nos ha dado la oportunidad de compartir con otras entidades similares del sector, prácticas que nos permiten la transferencia conjunta de cocimientos”.
2. ¿Para qué le ha servido a su institución alcanzar la acreditación de la calidad en salud?

La institución no ha recibido ningún tipo de incentivo por estar acreditada.

Conclusiones

1. Alcanzar el nivel de institución acreditada ha servido en las instituciones para fortalecer la cultura del mejoramiento continuo, enfocada principalmente a la seguridad del paciente, la cual es reconocida por los usuarios y asociados de valor interno a través de altos niveles de satisfacción con el servicio y el inexistente porcentaje de eventos adversos no detectados ni gestionados.
2. El Sistema Único de Acreditación tiene como objetivo mejorar la atención del paciente, brindándole seguridad al momento de acceder a los servicios. Éste se convierte en un motivador importante para las instituciones cuando están decidiendo iniciar el proceso de acreditación.
3. El principal objetivo de la acreditación en salud es la transformación cultural a largo plazo del personal de la institución y los valores agregados que genera un sistema de gestión centrado en el usuario.
4. Implementar el sistema único de acreditación en una institución implica un gran esfuerzo, entendiendo que el proceso nunca termina, requiere trabajo constante e inversiones y los beneficios según la percepción de las instituciones acreditadas, si bien son importantes en términos de calidad, no se dan como reales ventajas al momento de contratar los servicios de salud o establecer sus tarifas.
5. El prestigio, acceder al Plan Vallejo el cual permite tener reducciones en los aranceles de importación de equipos o ser zona franca son incentivos que se están aplicando actualmente.
6. A pesar de tener altos niveles de calidad, no es claro que las aseguradoras tengan preferencia para contratar servicios con instituciones acreditadas, y, no

se evidencia ventaja alguna en los procesos de contratación sobre las instituciones que aún no han sido acreditadas.

7. Las instituciones no tienen claridad sobre los beneficios de trabajar por la acreditación, manifiestan que no se generan suficientes incentivos para el antes, el durante y el después de iniciado el proceso de obtención de la acreditación. Coinciden en que si bien en la Ley 1438 de 2011 se estableció que el Gobierno debe desarrollar un programa de incentivos para la acreditación en salud, aún dos años después no se ha reglamentado.
8. El proceso de auto evaluación incrementa el conocimiento de los estándares y de su aplicación a la realidad de la institución; la comparación entre la realidad y la calidad esperada es fundamental a la hora de fortalecer el compromiso de todo el personal. Es importante resaltar la utilidad de los estándares para involucrar al personal asistencial en el proceso de mejoramiento, dado que los estándares se orientan fundamentalmente al quehacer de quienes están directamente en contacto con el usuario.
9. La conformación de grupos de auto evaluación es un elemento crítico para el éxito del sistema. La acreditación promueve el trabajo en equipo e interdisciplinario; involucrar a las directivas como al personal asistencial de la institución en el proceso de mejoramiento es fundamental, los trabajadores obtienen aprendizaje y participación activa en la solución de los problemas y las directivas la ganancia de las inversiones en formación, capacitación y trabajo de los equipos.
10. Se ha comprobado que no solo se trata de que las instituciones sean excelentes en lo técnico, que salven vidas y tengan buenos resultados, sino que deben ser respetuosas con la dignidad humana.
11. Aunque el Ministerio de Salud ha realizado un gran esfuerzo para consolidar un sistema de información uniforme la forma en que se consolidan los datos e

indicadores no es homogénea ni oportuna en las instituciones no acreditadas. Se encontró que los conceptos no son analizados de la misma forma por las instituciones.

12. Aunque por definición, la acreditación debería orientar todos los resultados hacia el mejoramiento, algunas instituciones aparentemente muestran en sus indicadores, cierta tendencia a desmejorar como consecuencia de la generación de una cultura de detección y reporte temprano de datos que alimentan indicadores con el consiguiente aumento de eventos reportados, no obstante esta situación es vista como un beneficio para las organizaciones pues se logra disminuir el subregistro y dar solución oportuna a los casos negativos que se presentan.
13. En el servicio de asignación de citas para medicina general y especializada, se observó un aumento en el número promedio de días que cada usuario debió esperar para ser atendido. A primera vista todo esto puede significar una menor eficiencia en el proceso; sin embargo ello no puede asegurarse ya que la causa podría estar, entre otras cosas, por el aumento en la demanda generado por la preferencia que tienen los usuarios al ser atendidos en un hospital acreditado.

Recomendaciones

El Gobierno nacional antes de aplicar nuevos estímulos como la reducción de tarifas que se pagan a la superintendencia de salud por realizar actividades de vigilancia y control debería avanzar en la reglamentación de incentivos de los que ya se ha discutido, por ejemplo el Decreto 4747 de 2007, que le permite a la institución acreditada formar parte de la red prestadora de servicios de la EPS, o la Ley 1164 de 2007 sobre talento humano, donde se mencionó la prioridad de becas en el exterior para trabajadores de entidades acreditadas.

Es necesario insistir en que se deben diseñar nuevos estudios semejantes, con los cuales, se puedan establecer las diferencias entre las instituciones acreditadas y las que no lo están pues la realidad de estas organizaciones está en constante cambio. Adicionalmente es importante proponer estudios comparativos entre los diferentes sistemas de certificación y acreditación utilizados en salud a nivel nacional e internacional.

Es muy importante consolidar un sistema de información homogéneo para todas las instituciones del sector salud, con el cual se pueda acceder a información actualizada las 24 horas y permita hacer seguimiento a los indicadores de calidad de la atención en salud del país.

Bibliografía

1. *Indicadores administrativos y financieros antes y después de la acreditación en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia*. Arenas, Claudia y Carlos, Tamayo. 2010, Revista CES, págs. 9-20.
2. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá : s.n., 2011.
3. ICONTEC. Acreditación en Salud. [En línea] [Citado el: 28 de Agosto de 2013.] [http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/IPS%20Acreditadas/IPSacreditadas\(1\).pdf](http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/IPS%20Acreditadas/IPSacreditadas(1).pdf).
4. *Arrancó la acreditación en salud en Colombia*. Maya, José. 2005, Revista CES, págs. 5-6.
5. Colombia, Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá : El Congreso, 1993.
6. Superintendencia Nacional de Salud. Supersalud. [En línea] 12 de 07 de 2012. [Citado el: 12 de 07 de 2012.] <http://www.supersalud.gov.co/mapaAntioquia.html>.
7. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 de 2007 Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Bogotá : El Ministerio, 2007.
8. Colombia, Congreso de la República . Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. s.l., Bogotá : El Congreso, 2011.
9. Malagón, Gustavo, Galán, Ricardo y Pontón, Gabriel. *Garantía de la Calidad*. Bogotá : Panamericana, 2006.
10. Nava, Víctor. *¿Qué es la calidad?: Conceptos, gurús y modelos fundamentales*. . México : Rústica, 2005. 9681865790.
11. Guajardo, Edmundo. *Administración de la calidad total*. . México : Pax México, 2003. 9688605050.
12. *A brief history of health care quality assessment and improvement in the United States*. Luce JM, Bindman AB, Lee PR. 160, 1994, West J Med, Vol. 3, págs. 263-268.
13. *El concepto de calidad y su aplicación en Medicina*. García, Roberto. 7, Santiago de Chile : s.n., 2001, Rev. méd. Chile, Vol. 129. 0034-9887.
14. Donabedian, Avedis. *The definition of quality and approaches*. Ann Arbor : Health Administration Press., 1980.

15. González, paz. Sociedad español del dolor. [En línea] 2004. [Citado el: 29 de Agosto de 2013.] <http://www.sedolor.es/ponencia.php?id=629>.
16. Otero, Ricardo. Instituto técnico para la acreditación de establecimientos de salud. [En línea] [Citado el: 29 de Agosto de 2013.] <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/FlexnerCodman.pdf>.
17. The Joint Commission. Joint Commission. [En línea] [Citado el: 29 de Agosto de 2013.] http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx.
18. Joint Commission International. Joint Commission International. [En línea] [Citado el: 29 de Agosto de 2013.] <http://es.jointcommissioninternational.org/enes/ISQua-Accredited/>.
19. Constitucion Politica de Colombia. 1991.
20. *Sistema de salud de Colombia*. Guerrero, Ramiro, y otros, y otros. 2011, Salud Pública Mex, págs. 144-155.
21. *Reforma del sistema de salud en Colombia: focalización del gasto público social en salud*. Gil, Armando. 2008, Semestre Económico, págs. 45-63.
22. *Impacto de la introducción de los mecanismos del mercado*. Guzmán, María del Pilar. 8, Bogotá : s.n., 2005, Revista Gerencia y Políticas de Salud, Vol. 4, págs. 65-78. 1657-7027.
23. Social, Colombia. Ministeria de Salud y la Protección. Resolución 1441 de 2013. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios y se dictan otras disposiciones. . Bogotá : s.n., 2013.
24. Social, Colombia. Ministerio de la Protección. Resolución 1043 de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención. Bogotá : s.n., 2006.
25. Social., Colombia. Ministerio de la Protección. Resolución 1445 de 2006. “Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Bogotá : s.n., 2006.
26. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446 DE 2006, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá : s.n., 2006.
27. *Ránking de Hospitales y Clínicas 2012*. América Economía. 2012, América Economía.
28. Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria – Canadian Council on Health Services – Qualimed. *Guía práctica de preparación para la Acreditación en Salud*. Bogotá : Imprenta Nacional de Colombia, 2007. 978-958-98220-8-1.
29. *Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing*. Otálora, Mauricio y Orejuela, Augusto. 2007, Cuadernos de administración, págs. 237-258.

30. *Development of a Multiple-item Scale for Measuring Hospital Service Quality*. Vandamme, R y Leunis, J. 1993, *International Journal of Service Industry Management*, págs. 30-49.
31. República., Colombia. Congreso de la. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá : El Congreso, 1993.
32. Heredia, Francisco. *Calidad y Auditoria en Salud*. Bogotá : Ecoe Ediciones, 2003. pág. 128. 9586483398.