

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

**Guía Práctica
de Preparación
para la
Acreditación en Salud**

(2007)

ISBN: 978-958-98220-8-1

**Guía Práctica de Preparación
para la Acreditación en Salud**

Autores:

Versión inicial: Producto del proyecto “Evaluación y Ajuste de los Procesos, Estrategias y Organismos Encargados de la Operación del Sistema de Garantía de Calidad para las Instituciones de Prestación de Servicios” realizado por el Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria – Canadian Council on Health Services – Qualimed

Nombre editorial: Imprenta Nacional de Colombia
Bogotá, D. C., 2007

RESERVA DEL DERECHO DE AUTOR

Revisión y ajuste: **Francisco Raúl Restrepo Parra**
Ministerio de la Protección Social
Carlos Édgar Rodríguez
ICONTEC
Carmén Elisa Núñez Saavedra
Centro de Gestión Hospitalaria

© MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Se autoriza la reproducción total o parcial, siempre y cuando se mantenga la integridad del texto y se cite la fuente.

Dr. Francisco Raúl Restrepo Parra
Interventor contrato de concesión 00187 de 2003



Libertad y Orden

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO
Viceministro Técnico

BLANCA ELVIRA CAJIGAS DE ACOSTA
Viceministra de Salud y Bienestar

ANDRÉS FERNANDO PALACIO CHAVERRA
Viceministro de Relaciones Laborales

ROSA MARÍA LABORDE CALDERÓN
Secretaria General

MARCELA GIRALDO SUÁREZ
Directora General de Calidad de Servicios



Libertad y Orden

**DIRECCIÓN GENERAL
DE CALIDAD DE SERVICIOS**

MARCELA GIRALDO SUÁREZ
Directora General de Calidad de Servicios

MARITZA ROA GÓMEZ
Coordinadora Grupo de Calidad

FRANCISCO RAÚL RESTREPO PARRA M.D.
JULIO CÉSAR VERGEL GARNICA M.D.
Consultores

Programa de Apoyo a la Reforma de la Salud

TERESA MARGARITA TONO RAMÍREZ
Directora Ejecutiva

OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES
2007



**ASOCIACIÓN
CENTRO DE
GESTIÓN
HOSPITALARIA**

DIRECTOR GENERAL DEL PROYECTO
JULIO PORTOCARRERO MARTÍNEZ

EQUIPO TÉCNICO

CARLOS KERGUELÉN B.
JULIO PORTOCARRERO
NORMA DE DEEB



ICONTEC

DIRECTOR GENERAL DEL PROYECTO

CARLOS ÉDGAR RODRÍGUEZ H. M. D.

EQUIPO TÉCNICO

ROSA CANO V.

NÉSTOR ÓMAR CORREA M. D.

ZULEIMA RUBIO S.

Institución acreditadora en salud de Colombia, en desarrollo del contrato 0018 de 2003, concesión adjudicada por Resolución 3557 del 19 de noviembre de 2003, como producto del concurso de méritos No. MPS-03-2003.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Introducción	15
La estrategia de la acreditación	19
1. Planeación y preparación para la evaluación de acreditación	27
1.1. El papel de la gerencia	27
1.2. Grupo de planeación y liderazgo de la acreditación	28
1.3. Plan de acción	29
1.4. Caracterización de los equipos de autoevaluación	30
1.5. Plan de comunicación	30
1.6. Plan de educación	31
1.7. Apoyo continuo	32
2. Equipos de autoevaluación	35
2.1. Clases de equipos de autoevaluación	35
2.1.1. Equipos de servicio/atención al cliente	36
2.1.2. Equipos de apoyo	36
2.1.3. Equipos de liderazgo	36
2.2. Selección de los integrantes de los equipos de autoevaluación	36
2.3. Estructura y composición	37
2.4. Apoyo	37
2.5. Funcionamiento	38
2.6. Roles y responsabilidades	39
2.7. Conexión con la organización como parte de un todo	39

	Pág.
3. Autoevaluación y mejoramiento.....	41
3.1. Análisis de los estándares.....	42
3.2. Actividades concomitantes que desarrollan los equipos durante la autoevaluación.....	43
3.2.1. Discusión de los estándares y textos	44
3.2.2. Documentación del cumplimiento del estándar	44
3.2.2.1 Fortalezas y oportunidades para el mejoramiento	45
3.2.3. Indicadores de desempeño	49
3.3. Aplicar escala de calificación	49
3.4. Mejoramiento	49
4. Escala de calificación.....	51
4.1. Dimensiones para evaluar	51
4.2. Variables de cada dimensión	51
4.2.1. Enfoque	51
4.2.2. Implementación.....	52
4.2.3. Resultado.....	52
5. Instructivo para calificar y mejorar	57
5.1. Niveles de calificación.....	58
5.1.1. Obtención del resultado de calificación global.....	58
5.1.2. Obtención del cumplimiento individual del estándar.....	60
5.2. Evaluando y mejorando el proceso de la calidad de la organización	61
5.2.1. Establecer un mejoramiento	61
5.2.2. La tarea de identificar o dar prioridad a los procesos	61
5.2.3. El análisis de los resultados de monitoreo	63
5.2.4. Llevar a cabo los mejoramientos.....	63
5.2.5. Los estándares de mejoramiento	63
6. Preparación para la visita de evaluación	65
6.1. Aspectos que guían a la visita de evaluación	65
6.2. Discusión preliminar entre el equipo de evaluación y la entidad acreditadora.....	67

	Pág.
6.3. Reunión de apertura	68
6.4. Evaluación del equipo de la atención/servicio al cliente	69
6.4.1. Visita a las instalaciones.....	69
6.4.2. Revisión de los registros.....	70
6.4.3. Entrevistas con los clientes y sus familias.....	70
6.4.4. Reuniones con los equipos de servicio / atención al cliente	72
6.5. Evaluando los equipos de apoyo	75
6.5.1. Reunión con el equipo de gerencia de la información	75
6.5.2. Reunión con el equipo de recursos humanos	76
6.5.3. Reunión con el equipo de gerencia del ambiente físico	77
6.6. Evaluación de los equipos de liderazgo.....	79
6.6.1. Reunión con el equipo de direccionamiento	79
6.6.2. Reunión con el equipo de gerencia	80
6.7. Análisis de resultados – reunión de cierre	81
7. Después de la evaluación de acreditación	83
7.1. Acciones inmediatas.....	83
7.2. Acciones a largo plazo.....	84
Apéndices.....	87
Apéndice 1: Muestra de un camino crítico para la preparación en acreditación.....	87
Apéndice 2: Lineamientos para una política nacional de calidad.....	91
Apéndice 3: Diez acciones básicas para mejorar la seguridad del paciente	95

INTRODUCCIÓN

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

Este es un documento oficial del Ministerio de la Protección Social y su alcance va más allá de las instituciones que interactúan de manera directa con el ente acreditador. Las recomendaciones contenidas en esta guía aplican:

1. A las instituciones que han tomado la decisión de presentarse ante la entidad acreditadora para ser evaluadas y optar a recibir el título de “acreditado en salud”, ofreciéndoles unas directrices para operacionalizar su autoevaluación.
2. A las instituciones que, aunque no vayan a presentarse en el corto plazo, que han decidido implementar ciclos de mejoramiento enfocados en el cumplimiento de estándares de acreditación, ofreciéndoles unos lineamientos para hacer más eficiente y efectivo el proceso de autoevaluación y así direccionar sus acciones de mejora de la calidad, para posteriormente presentarse al proceso de acreditación.

Esta versión final se produce como desarrollo del producto entregado durante la ejecución del proyecto “Evaluación y

Ajuste de los Procesos, Estrategias y Organismos Encargados de la Operación del Sistema de Garantía de Calidad para las Instituciones de Prestación de Servicios”, desarrollado por el consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria – Canadian Council on Health Services Accreditation – Qualimed, el cual fue ajustado por el equipo técnico de calidad del Ministerio de la Protección Social, teniendo como criterios la adecuación a los desarrollos operativos realizados por ICONTEC, entidad acreditadora nacional, en virtud de la concesión del Sistema Único de Acreditación, otorgada por el Ministerio de la Protección Social, las recomendaciones hechas por el equipo técnico de esta misma entidad, así como el análisis de las primeras experiencias de autoevaluación.

Se han aprovechado especialmente el conocimiento y la experiencia del Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud, organización que por más de cincuenta años ha aplicado el sistema de acreditación en el Canadá y ha apoyado y orientado a otros países que han tenido la iniciativa de desarrollar procesos de mejoramiento de la calidad en sus instituciones, con base en su experiencia, utilizando los estándares fundamentados en la filosofía de la atención centrada en el cliente y en el mejoramiento continuo de la calidad.

Esta guía hace recomendaciones acerca de las acciones que debe desarrollar la institución durante la etapa de preparación para la evaluación, incluyendo el establecimiento y funcionamiento de equipos de trabajo, la preparación para la visita de evaluación por parte de los evaluadores incluyendo algunas ideas para alistarse a la evaluación y proporciona una orientación sobre lo que las organizaciones pueden hacer después de la evaluación. Se incluyen métodos que han sido puestos en práctica y que han funcionado en las instituciones.

La versión final de esta guía se sometió a la evaluación y el concepto de entidades representativas de prestadores, aseguradores y universidades, cuyas observaciones y sugerencias se tomaron en consideración para el ajuste final del texto.

El contenido del texto está organizado en un formato y lenguaje fácilmente accesibles para los integrantes del equipo de salud y de apoyo logístico y administrativo de las instituciones para que tanto en las IPS como en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios puedan conocer los aspectos relacionados con:

- La estrategia del Sistema Único de Acreditación (capítulo inicial, sin numeración).
- Las decisiones gerenciales que la organización debe asumir para la planeación y preparación para la evaluación de acreditación, así como los aspectos relacionados con la conformación de los equipos de acreditación (capítulos 1 y 2).

- Los aspectos relacionados con la autoevaluación, calificación del grado de cumplimiento de los estándares y recomendaciones para identificar y direccionar los procesos de mejoramiento (capítulos 3, 4 y 5).
- Lo relacionado con algunos elementos que desde el inicio del proceso la organización debe tomar en consideración para desarrollar una exitosa coordinación con el ente acreditador, en especial para la visita de evaluación y recomendaciones para las acciones que se darían en la fase posterior a la visita por parte del ente acreditador (capítulos 6 y 7),
- Finalmente, se incluyen en un apéndice algunas sugerencias que le permitan documentar y organizar algunos de los aspectos críticos del proceso.

Cada organización debe decidir cuál es la mejor manera de utilizar esta guía. La sección de funcionamiento de los equipos de autoevaluación puede ser entregada a cada líder de equipo como herramienta de entrenamiento. La sección de autoevaluación puede ser copiada y distribuida a todos los miembros de trabajo antes o durante la primera reunión para usarla como un ejercicio de conformación de equipos. Los miembros de la junta directiva y los directivos de primer nivel deben interesarse en la sección que mira hacia el futuro y pueden usarla para generar discusiones en el mejoramiento de calidad y en el plan estratégico de la organización. Muchas alternativas están abiertas.

Los gerentes y los directivos de áreas pueden utilizar esta guía. También puede ser aprovechada por las universidades y otras instituciones formadoras para la docencia sobre la acreditación, por las áreas de calidad de las instituciones y los asesores externos, así como por los entes territoriales en desarrollo de su función de asistencia técnica.

El lenguaje es claro y conciso con el fin de que el mensaje no se pierda. A pesar de que esta guía está escrita para las instituciones de salud, también debe ser conocida por los usuarios y otras partes interesadas en la excelencia de la atención de salud en Colombia, de tal manera que todos los actores del proceso de acreditación tengan la misma información y puedan referirse al mismo material durante la preparación y conducción de la evaluación.

Las ideas de este documento son recomendaciones técnicas no obligatorias, puesto que no son la única forma de llevar a cabo la evaluación para la acreditación. Acorde con la filosofía de mejoramiento continuo del Sistema Único de Acreditación en Salud, esta guía se revisa periódicamente, para que incorpore el aprendizaje del sistema en la implementación de la acreditación como estrategia de mejoramiento y que en cada nueva actualización se refleje el mejoramiento de la calidad en las condiciones específicas de la prestación de servicios de salud en nuestro país.

ICONTEC

ENTIDAD ACREDITADORA EN SALUD SEGÚN CONCESIÓN No 000187 DE 2003, DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
HEALTH CARE ACCREDITATION BODY AS PER CONCESSION No.000187 OF 2003, ISSUED BY THE MINISTRY OF SOCIAL PROTECTION
MIEMBRO INSTITUCIONAL DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL PARA LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD - ISQua
INSTITUTIONAL MEMBER OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE - ISQua



CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN EN SALUD
CERTIFICATE OF HEALTH CARE ACCREDITATION

ICONTEC certifica que:
ICONTEC certifies that:

INSTITUTO DEL CORAZÓN

Unidad de Negocios de la Fundación Cardiovascular de Colombia
Calle 155ª 23-58 Sector E 1, Urbanización El Bosque – Floridablanca, Santander

Ha sido evaluado y aprobado con respecto a los estándares del
SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD - SUA
ANEXO TÉCNICO, RES. 1474 DE 2002 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Has been assessed and approved based on the standards of the
COLOMBIAN HEALTH CARE ACCREDITATION SYSTEM
TECHNICAL ANNEX, RES. No. 1474 OF 2002, ISSUED BY THE MINISTRY OF SOCIAL PROTECTION

Esta aprobación está sujeta a que se cumplan y mantengan los requisitos de los estándares,
lo cual será verificado por ICONTEC
This approval is subject to the fulfillment and maintenance of requirements established in the
standards, which will be verified by ICONTEC

Certificado No. 001
Certificate No.

Fecha de aprobación: 2005 01 19
Approval date:

Fecha de Vencimiento: 2008 01 19
Expiration date:



Fabio Tobón
Director Ejecutivo de ICONTEC

Primer Certificado de Acreditación otorgado en Colombia.

LA ESTRATEGIA DE LA ACREDITACIÓN

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

El Sistema Único de Acreditación es una estrategia y una metodología de mejoramiento continuo de la calidad específica para las instituciones de salud de larga trayectoria y desarrollo conceptual y metodológico a escala mundial y de probada efectividad. En nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, establecido mediante el Decreto 1011 de 2006, la acreditación en salud está planteada como uno de los componentes para obtener el objetivo del mejoramiento continuo de la calidad; consecuentemente, para que una entidad pueda aplicar ante el ente acreditador para optar al otorgamiento del título de “acreditado en salud” debe estar previamente habilitada, verificado su cumplimen-

to por el ente correspondiente¹ y no estar sujeta a ninguna sanción en el último año como mínimo. En todo caso, debe siempre informar sobre cualquier situación en su contra al momento de presentarse, para que el organismo acreditador haga los análisis y tome las decisiones correspondientes.

El Sistema Único de Acreditación está completamente articulado con los demás componentes del SOGC de la Atención en Salud, en tanto que la habilitación está planteada para proteger al paciente de la prestación de servicios en las cuales los riesgos sean potencialmente inaceptables desde el punto de vista del sistema, la acreditación direcciona hacia la excelencia en el desempeño y la auditoría sirve de elemento de comprobación acerca de si la atención observada efectivamente ha alcanzado tales niveles. Asimismo, se constituye en un mecanismo de aseguramiento de las mejoras conseguidas. Finalmente, el sistema de información articula los diferentes componentes y es el mecanismo a través del cual se materializará el incentivo de prestigio.

En el mundo esta metodología aparece por primera vez a comienzos del siglo XX cuando Ernest A. Codman propone el “Standard Mínimo”, base del primer programa de estandarización hospitalares (1918), muchas décadas antes de que se propusieran estrategias similares (convergentes) en el modelo industrial. Durante este tiempo la metodología se ha refinado y madurado llegando a las técnicas modernas actuales de acreditación basadas en los conceptos y métodos del mejoramiento continuo de la calidad, que miran a la organización de manera integral, centran la estrategia de mejoramiento en la búsqueda de resultados centrados en el cliente.

Hacia el final del siglo se inicia un proceso de creación de un enfoque global a escala internacional para los procesos de acreditación en el mundo liderado por la International Society for Quality in Healthcare (ISQua)². Tal proceso, denominado “Programa Internacional de Acreditación”, se realiza a través de la estandarización mediante dos vías: 1. Un set de estándares para evaluar al ente acreditador denominado estándares internacionales de acreditación³ y 2. Unos principios generales con los cuales se pueden estandarizar los estándares de acreditación denominados Principios Internacionales para Estándares de Atención en Salud⁴.

¹ Para el caso de las IPS la secretaría departamental o distrital y para las entidades administradoras de planes de beneficios (ARS, EPS, Empresas de Medicina Prepagada) la Superintendencia Nacional de Salud

² ALPHA Agenda, issue Two, Volume One, May 2000, page 22.

³ International Accreditation Standards for Healthcare External Evaluation Bodies.

⁴ International Principles for Healthcare Standards.

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

1. Es operado por un ente acreditador único el cual lidera el sistema en ejercicio de una concesión del Estado⁵, implementando las políticas de calidad del país y bajo la supervisión del concedente, en este caso el Ministerio de la Protección Social.
2. La acreditación se encuentra completamente integrada en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Este modelo nos garantizará procesos únicos, eficientes y transparentes para la etapa de evaluación y otorgamiento del Certificado de Acreditación en Salud y le brindarán al sistema una imagen de credibilidad, solidez y transparencia que serán clave en el éxito de la estrategia.
3. En el caso específico de ICONTEC, sus funciones como ente acreditador mientras dure la concesión otorgada por el Estado están claramente diferenciadas y funcionan independientemente de su rol como ente certificador, normalizador o institución educativa.

Lo anterior significa que si una institución eventualmente ha sido certificada en un proceso ISO, el hecho de que ICONTEC sea su ente certificador o no, no le brinda ninguna posición preferencial para ser acreditado en salud. Igualmente, en el caso de las actividades educativas, haber recibido capacitación por parte del área educativa de ICONTEC tampoco le brinda ninguna ventaja adicional en el proceso de obtención del certificado de acreditado en salud.

El sistema de acreditación se constituye en una oportunidad para que las instituciones sean competitivas en el plano internacional, dado que nuestro modelo de acreditación incluye como una de las tareas en el corto plazo la estandarización internacional de nuestros estándares y nuestro ente acreditador, mediante el proceso de evaluación contra los estándares ISQua, la Sociedad Internacional de Calidad en Salud y su Federación Internacional de Acreditación⁶, incrementando la competitividad de nuestras instituciones para la exportación de servicios de salud.

⁵ Para esto, el Ministerio abrió un concurso público de méritos que ganó ICONTEC, que será la institución acreditadora en salud de Colombia durante los próximos cinco años, en desarrollo del contrato 00187 de 2003, concesión adjudicada por resolución 3557 del 19 noviembre de 2003 como producto del concurso de méritos No. MPS-03-2003.

⁶ ISQua creó la Accreditation Federation – Alpha Council, a la cual algunos entes acreditadores como The Quality Health New Zealand (miembro) y The Council for Health Service Accreditation of Southern Africa (acreditado por Alpha) se refieren como la International Accreditation Federation, modalidad que adoptamos para denominar tal organismo, ya que permite diferenciarlo de otras Federaciones de Acreditación existentes en el mundo.

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

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

- Incremento de la probabilidad de que el paciente/cliente sea atendido con el pleno cumplimiento de sus derechos
- Incremento en la efectividad clínica de los servicios que se presten
- Disminución en el riesgo al paciente
- Incremento de la eficiencia en la utilización de los recursos institucionales
- Incremento en la satisfacción de los usuarios en términos de sus percepciones y sus expectativas
- Todo lo anterior impacta claramente en la contención de costos de no calidad y genera una tasa de retorno.

Por lo tanto, el alcance de esta estrategia va más allá de las instituciones de excelencia con que cuenta nuestro país y aplica a la totalidad de las instituciones prestadoras y administradoras de planes de beneficios habilitadas⁷, representando una estrategia de mejoramiento del sistema en su conjunto.

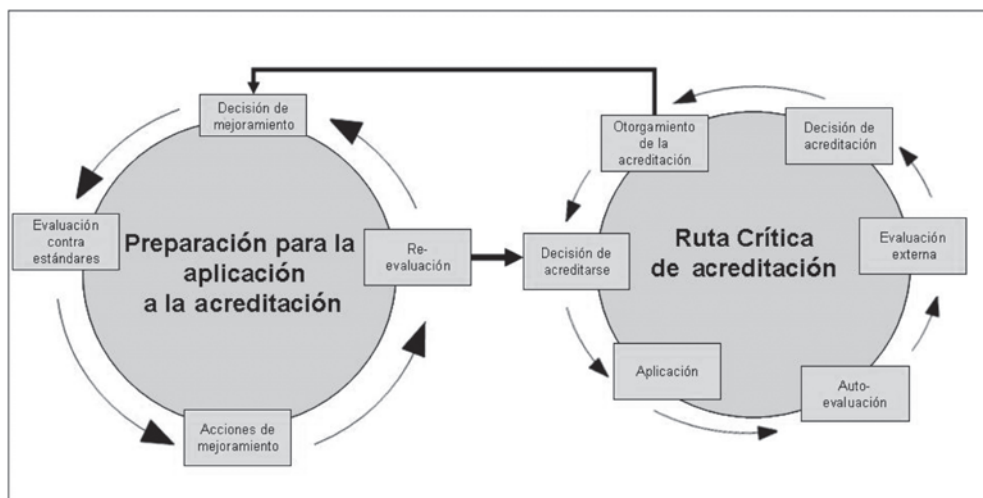
Los estándares de acreditación representan la concreción en la operación de la política de calidad del sistema de seguridad social en salud y los estándares definen el modelo de excelencia y óptimo rendimiento hacia el cual se debe mover la atención en salud en Colombia, tanto en la prestación como en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

La acreditación es una estrategia de mejoramiento y no debe confundirse con la consecución del certificado de acreditación, el cual sólo es la forma donde se operacionaliza el incentivo de prestigio. En consecuencia, los estándares de

⁷ Para el caso de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y las empresas de medicina prepagada, para las cuales aún no se han expedido normas específicas que regulen la habilitación, el decreto 1011 de 2006, artículo 28, establece que: "Para aquellas entidades que a la entrada en vigencia este decreto no cuenten con la reglamentación específica en materia de habilitación, se dará aplicación al procedimiento de autorización de funcionamiento establecido en las disposiciones vigentes sobre la materia, el cual se asimila al procedimiento de habilitación para dichas entidades. La Superintendencia Nacional de Salud expedirá el certificado actualizado del cumplimiento de dichas condiciones".

acreditación son aplicables a cualquier institución, independientemente de su estado de desarrollo. Por esa razón hablamos de dos ciclos operacionales⁸ durante la ejecución de las acciones que la institución despliega en desarrollo de la estrategia de mejoramiento de la acreditación:

1. Ciclo de preparación para la acreditación: Para iniciarlo solamente requiere que la institución, luego de haber presentado su declaración de habilitación, tome la decisión firme y sincera de mejorar. Implica analizar y estudiar cada uno de los estándares y comparar contra ellos el desempeño organizacional, evaluándolo tanto en su enfoque como en su implementación y en sus resultados. Este ejercicio le ofrece a la organización un claro diagnóstico de los aspectos críticos hacia los cuales debe priorizar sus acciones de mejoramiento, las cuales deben ser desplegadas en consecuencia.



⁸ Es un planteamiento descriptivo acerca de cómo la organización *operativiza* su estrategia de mejoramiento y, por lo tanto, no hace referencia a la conceptualización de la acreditación, **la cual conceptualmente es solamente una**. Este planteamiento procura aclarar la confusión identificada (durante las actividades iniciales de difusión del sistema) en algunas instituciones, las cuales erróneamente entendían que la estrategia de la acreditación les aplicaría solamente cuando hubieran mejorado lo suficiente para estar en condiciones de aplicar ante el ente acreditador.

2. Ruta crítica: Inicia cuando la institución toma la decisión de aplicar al proceso formal de acreditación y su evaluación interna le indica que ha alcanzado un nivel de cumplimiento de los estándares que le permiten estimar una probabilidad razonable de “pasar” la evaluación por parte del ente acreditador y cumple con los prerequisites para aplicar formalmente y ha obtenido la aprobación luego de la verificación de la habilitación.

Si el ciclo de preparación para la aplicación a la acreditación se ha desarrollado correctamente es de esperarse que la ruta crítica termine en el otorgamiento de la acreditación. No obstante, existe la posibilidad de que la institución no “pase” la evaluación por parte del ente acreditador, en cuyo caso se le abren dos opciones:

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

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

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

El Sistema de Información para la Calidad es el componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud que incorpora los mecanismos donde se materializa el incentivo de prestigio, uno de los cuales es el llamado “ranking”, que significa ordenamiento y tiene dos versiones: una para prestadores y otra para aseguradores. Mediante esta clasificación se presentan ante el país las mejores instituciones clasificadas de acuerdo con diversos indicadores de calidad de servicios. El criterio que ubica a una institución en los primeros lugares es el relativo a si ha sido “acreditada en salud”.

En resumen, la acreditación es una nueva e importante estrategia de gestión de la calidad que si se implementa correctamente puede transformar el panorama de la prestación de servicios de salud en nuestro país, y se recomienda para la totalidad de instituciones cobijadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, independientemente de su estado de desarrollo o de la duración del período estimado para alcanzar el nivel mínimo de desempeño necesario para aplicar exitosamente ante el ente acreditador.



Ejemplo de metodología para difundir hacia la organización la estrategia de la acreditación.

1. PLANEACIÓN Y PREPARACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE ACREDITACIÓN

1.1. EL PAPEL DE LA GERENCIA

La acreditación es más que la presentación ante un ente externo para la obtención de un título que mejore su imagen externa; ese es solamente el incentivo de prestigio. La acreditación es una estrategia y una metodología para que la organización armonice sus procesos y oriente la utilización de sus recursos de acuerdo con lo aprendido de los mejores y más exitosos modelos de desempeño en salud. Adicionalmente, es una metodología beneficiosa para las organizaciones que se involucran en ella. Sin embargo, antes de embarcarse en la acreditación, una organización, sin importar qué tan grande o pequeña sea, qué clase de servicios de salud preste, debe decidir cómo se ajusta la acreditación con sus metas generales, su misión y su plan estratégico. Para este fin, los líderes de las organizaciones necesitan contestar las siguientes preguntas:

- ¿Es el proceso de acreditación solamente una herramienta para evaluar su organización en este preciso momento?
- ¿Es la evaluación un hecho puntual cada tres años o hace parte permanente del proceso de mejoramiento de la calidad de su organización?
- ¿En una organización recientemente reestructurada, será utilizada la acreditación para reunir al personal alrededor de un propósito común?

- ¿Qué equipos se establecerán? ¿Se seguirán reuniendo estos equipos después de la evaluación de acreditación?
- ¿Qué significa para la organización y para cada individuo el término “centrado en el cliente?”
- ¿Tiene claro la organización cuánto le puede costar el proceso de acreditación (es más que el valor de aplicación ante la entidad acreditadora: implica el tiempo de dedicación de los equipos de autoevaluación y el costo de los planes de mejora), y también cuál es el retorno que obtendrá la organización de esta inversión?

Después de responder a estas preguntas, la organización puede establecer las metas y objetivos para la evaluación. Surgirá, además, un entendimiento de por qué la organización se empeña en entrar en este ejercicio. Una vez hecho esto, puede determinar el tiempo y los recursos que le dedicará al proceso de acreditación antes y después de la evaluación, para así enviar un mensaje claro a todo el personal a fin de solicitar su compromiso y colaboración en el proceso.

1.2. GRUPO DE PLANEACIÓN Y LIDERAZGO DE LA ACREDITACIÓN

Después de las discusiones por parte de los líderes deben tomarse decisiones sobre la planeación para la acreditación. Debe haber un líder organizacional que debe tener muy claramente definido el rol que representará y el respaldo de la dirección. Generalmente, todas las organizaciones que pasan por la acreditación tienen una persona (para instituciones pequeñas) o un equipo (para instituciones grandes) responsable de esta labor. Si se va a establecer un equipo o grupo de planeación, las siguientes preguntas deben ser contestadas:

- ¿Cuántos y quiénes conformarán el grupo de planeación (directivos de área, gerentes, representantes de servicios)?
- ¿Cuáles serán los roles y las responsabilidades del grupo de planeación—coordinación de la logística del proceso de evaluación, actividades diarias, establecimiento de direcciones globales, negociación con el equipo de evaluación?
- ¿Cuáles serán las metas y objetivos del grupo de planeación?
- ¿A quién reportará el grupo de planeación?

La organización debe discutir el papel del grupo de planeación versus el de los diferentes equipos de trabajo, decidiendo quién será el responsable de:

- Establecer las metas y objetivos de los equipos.

- Programar las reuniones.
- Establecer los eventos importantes para los equipos.
- Determinar la conformación de los equipos: ¿se utilizarán equipos existentes o se necesita establecer nuevos equipos?
- Observar el funcionamiento de los equipos.
- Definir la forma de aproximación y la estrategia para realizar la autoevaluación.
- Completar la guía de perfil y planeación.
- Responder a las recomendaciones de evaluaciones pasadas.
- Escoger y preparar clientes para entrevistas.
- Seleccionar los equipos para la evaluación.
- Asegurarse de que existe comunicación entre el grupo de planeación y los diferentes equipos.

Se necesita un claro entendimiento de dónde recaen estas responsabilidades. En algunas organizaciones el grupo de planeación tiene control sobre todas estas responsabilidades, mientras que en otras, algunas o todas son delegadas a los equipos. Las actividades que resultan de las responsabilidades son repartidas en el proceso de preparación.

1.3. PLAN DE ACCIÓN

Una vez las responsabilidades de los miembros, los objetivos y las estrategias del grupo de planeación y liderazgo están claras, se puede elaborar un plan de acción. Los siguientes son posibles pasos en un plan de acción. Tenga en cuenta que algunas organizaciones necesitarán seguir solo unos cuantos pasos, mientras que otras necesitarán seguirlos todos e incluso desarrollar unos nuevos.

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

- Establecimiento de la fecha en la cual debe enviarse el material a la entidad de acreditación, si la institución ya ha tomado la decisión de aplicar ante ICONTEC, o en caso contrario, definición de una fecha en la cual la institución considere que ya ha terminado el ciclo de preparación para la aplicación ante el ente acreditador y procederá a aplicar
- Propuesta de un horario de evaluación.
- Negociación con el equipo de evaluación.
- Llevar a cabo una celebración después de la evaluación.
- Elaboración de planes posteriores a la evaluación para los equipos de trabajo.

1.4. CARACTERIZACIÓN DE LOS EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN

El capítulo 2 desarrolla el tema de los equipos, pero antes de entrar en detalle es necesario que la gerencia y el grupo de planeación de la organización contesten algunas preguntas:

- ¿Quién decide qué equipos se establecerán y cuántos habrá?
- ¿Cuál será el impacto de esta nueva estructura en la organización?
- ¿Qué criterios se utilizarán para establecer los equipos?
- ¿Quién decide sobre el tiempo de duración de los equipos?
- ¿Continuarán los equipos con sus actividades después de la evaluación?

A pesar de que la gerencia desempeña el papel principal en estos aspectos, toda la organización necesita respuestas y guías claras que aseguren que todo el mundo está progresando en el mismo marco y hacia las mismas metas.

1.5. PLAN DE COMUNICACIÓN

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

- Personal y médicos, tanto aquellos que están participando directamente en la evaluación como los que se encuentren indirectamente involucrados.

- Pacientes y familia.
- La entidad de acreditación y los evaluadores.

El plan de comunicación debe utilizar herramientas actualmente disponibles para comunicarse con el personal, como carteleras internas, publicaciones, correos electrónicos, y permitir la creación de nuevas herramientas. En organizaciones más grandes puede producirse un video con la participación del grupo de planeación y algunos de los otros grupos. Para organizaciones pequeñas es posible llevar a cabo reuniones de almuerzo donde una parte considerable del personal pueda discutir estrategias de funcionamiento de grupo y de autoevaluación. Se puede poner una cartelera gigante con un conteo regresivo de la fecha de evaluación. Cuando haya información disponible por parte de los evaluadores también se puede publicar. Los equipos que hayan terminado su autoevaluación pueden ser invitados a indicarlo en la cartelera. Esto motivará e impulsará a los demás equipos a hacer lo mismo.

Para mantener a los miembros de la junta directiva al tanto de la evaluación, pueden programarse en sus agendas reuniones de actualización del proceso de preparación para la evaluación. En comunidades más pequeñas, y en especial si la organización cuenta con un respaldo específico de la comunidad, pueden publicar una sección acerca de la evaluación y su importancia en la calidad de servicio que se brinda a la comunidad.

El plan de comunicación debe asegurar que todas las personas estén informadas de la evaluación, así como del papel que se espera que desempeñen en esta y de la importancia de la acreditación para la organización.

1.6. PLAN DE EDUCACIÓN

También hay necesidad de establecer un plan educativo. Las organizaciones tendrán muchas preguntas sobre el proceso de acreditación centrado en el cliente. Muchos empleados no se sentirán cómodos trabajando en equipos; además, el mejoramiento de la calidad puede ser una novedad para la organización. Para responder a estos cuestionamientos, sería benéfico facilitar educación para todos o algunos de los siguientes: personal, médicos, equipos de trabajo, junta directiva, individuos, gerencias y comunidad/clientes.

Dependiendo de la clase de educación que la organización necesite, puede ser posible educar a todos estos grupos al mismo tiempo o una organización puede enfocarse en sesiones educativas específicas para grupos específicos. Si los miembros de un equipo de atención no se han reunido antes como un equipo,

podrían necesitar educación acerca de cómo funcionar como un equipo y sobre el papel de facilitador, controlador de tiempo, secretario, etc.

El plan puede ser desarrollado por el coordinador educativo de la organización, si existe esta posición, o puede ser manejado por el grupo de planeación de acreditación. Una persona por equipo puede ser entrenada en trabajo de equipos y convertirse en la persona que soluciona los problemas internos durante el trabajo en grupo.

La idea es asegurar que todos estén completamente listos para participar en la experiencia de acreditación. La formación básica deberá incluir conceptos claros sobre el sistema obligatorio de garantía de calidad, las normas básicas y los requisitos que deben cumplirse en primera instancia, así como de todos los aspectos de la acreditación que hacen de esta una herramienta específica para el sector salud. Si las instituciones han avanzado en otros procesos de mejoramiento de la calidad o se encuentran desarrollando procesos de certificación de acuerdo con las normas ISO es deseable establecer los parámetros de comparación, las diferencias y en especial la convergencia de este tipo de programas de tal forma que la misma organización clarifique sus metas en cada sistema, evitando duplicación de esfuerzos.

1.7. APOYO CONTINUO

La gerencia y el grupo de planeación y liderazgo deben dar apoyo continuo a los equipos y a todas las demás personas involucradas en el proceso. El grupo de planeación debe tener una idea clara de cómo manejar las peticiones de recursos y apoyo.

¿Serán estas peticiones manejadas internamente, o podrá la organización recurrir a fuentes y organizaciones especializadas externas para buscar información y apoyo? ¿Serán los miembros del grupo de planeación capaces de responder a las preguntas acerca de los estándares y del proceso de evaluación, o cada equipo será instruido para llamar a la entidad de acreditación?

Aquí es importante que la organización tenga claro acerca de las competencias de la entidad acreditadora en nuestro modelo colombiano: ICONTEC responderá dudas de la organización en los aspectos referentes a precisión acerca de los procesos operacionales a través de los cuales se desarrollará la aplicación y evaluación externa, puesto que en su carácter de ente acreditador tiene absolutamente prohibido desarrollar cualquier actividad que pueda ser interpretada como asesoría a la institución. Lo anterior con miras a garantizar la transparencia y igualdad en el proceso para todas las organizaciones.

El grupo de planeación puede desempeñar un papel particular al apoyar y motivar a los equipos que terminan su autoevaluación. El que ellos estén motivados es esencial si la organización desea continuar con una aproximación al mejoramiento de la calidad y a la evaluación.

La idea es asegurar que todos se sientan cómodos con sus labores y seguros de que existe apoyo cuando se necesita.

2. EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN

Debido a que el concepto de equipo de mejoramiento y la forma como trabaja pueden ser nuevos para algunas organizaciones, este capítulo trata de las clases de equipos de autoevaluación que pueden encontrarse u organizarse en las instituciones y su estructura, apoyo, funcionamiento, roles, responsabilidades y conexiones a la organización como un todo.

Un aspecto clave del mejoramiento es la conformación de equipos y el trabajo en equipo. La aproximación a la acreditación centrada en el cliente enfatiza la importancia de hacer que todos los niveles del personal, profesionales y técnicos, trabajen en equipo para completar la parte de autoevaluación previa a la evaluación de acreditación. Los responsables de áreas son quienes entienden el proceso en detalle. ¿Quién mejor que ellos para evaluar su propio nivel de cumplimiento con los estándares? El equipo puede utilizar la autoevaluación como un instrumento para que los clientes den sugerencias y críticas y para que los involucrados analicen los procesos relevantes.

2.1. CLASES DE EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN

A pesar de que puede haber diferentes clases de equipos en una organización, para los propósitos de acreditación, es recomendable que los siguientes grupos preparen la autoevaluación: equipos de servicio/atención al paciente, equipos de apoyo y equipos de liderazgo. Estos equipos

pueden estar ya constituidos, las organizaciones deben mirar críticamente las estructuras existentes de sus comités y equipos. Algunas unidades funcionales pueden ya tener un grupo de personas responsables por las operaciones del día a día o responsables de establecer y revisar el proceso de la atención. Estos grupos pueden ser expandidos para incluir a otros proveedores de la atención y servicios y así convertirse en el equipo que hace la autoevaluación y se reúne con los evaluadores.

Cualquiera de estos equipos puede, a su vez, establecer equipos de mejoramiento de la calidad para procesos críticos particulares. Estos son grupos seleccionados para tratar oportunidades específicas de mejoramiento y para hacer cambios basados en los resultados del análisis de temas específicos. Estos equipos de mejoramiento de la calidad deben ser apoyados por la gerencia para que permanentemente realicen esta tarea.

El tamaño de la organización tendrá un efecto en los equipos. En organizaciones pequeñas solo podrán conformarse unos pocos grupos. No todos los responsables de área deben ser parte de los equipos. En organizaciones más grandes puede crearse un gran número de equipos para hacer las autoevaluaciones.

2.1.1. Equipos de servicio/atención al cliente:

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

2.1.2. Equipos de apoyo:

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

2.1.3. Equipos de liderazgo:

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

2.2. SELECCIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN

Todos los equipos anteriormente nombrados deben completar una autoevaluación. Para la selección de quienes participarán en los grupos se debe tomar en consideración las actividades de alto volumen, de alto riesgo y la mezcla de

servicios suministrados, así como el grado de compromiso de los individuos y en el caso en que existieren equipos ya conformados, la relación entre estos versus los recientemente conformados.

2.3. ESTRUCTURA Y COMPOSICIÓN

Cuando se están conformando los equipos es útil considerar algunas de las siguientes preguntas:

- ¿Los que componen el equipo podrán evaluar cada aspecto de los estándares?
- ¿Qué disciplinas, profesiones o departamentos deben estar representados en los equipos? Algunas experiencias nacionales de desarrollo de equipos de mejoramiento recomiendan tres tipos de participantes: dueños de los procesos por analizar, clientes de los procesos y proveedores de los procesos.
- ¿Qué clase de compromiso con el cliente se desea: necesidades por parte de los clientes o de miembros de otros departamentos, servicios, programas?
- ¿Cuál es el papel que cumple el equipo y cómo afecta este papel en su estructura, su marco y su composición?
- ¿Qué combinación de directores de área será la más efectiva? Como miembro de un equipo es importante recordar que cada uno lleva puesto el sombrero del equipo (no el de una disciplina específica) y está contribuyendo con su conocimiento.
- ¿Qué tan grande debe ser el equipo? Por lo general, se sugiere un promedio de siete personas y en todo caso un máximo de 10 miembros según las características de la organización, pues grupos de mejoramiento muy numerosos no se han mostrado muy eficientes por regla general. Las organizaciones más pequeñas pueden tener equipos más pequeños. Los equipos también pueden ser subdivididos para examinar áreas específicas de evaluación. Se puede pedir a diferentes personas que hagan parte del equipo por cortos períodos de tiempo para que compartan su experiencia en un área particular.

2.4. APOYO

Para que los grupos funcionen eficientemente, el apoyo es muy necesario. El grupo de planeación es el responsable de asegurarse de que los grupos reciban

todo el apoyo que necesitan para trabajar efectiva y eficientemente. Se deben considerar los siguientes puntos:

- Necesidades educativas del equipo de autoevaluación. Evaluar las necesidades de cada grupo.
- Monitoreo de funcionamiento de los equipos; se debe ofrecer apoyo a aquellos que están desactualizados.
- Aprendizaje de los demás equipos que hay en la organización, de sus fortalezas, debilidades, y de lo que funciona bien como un proceso.
- Contacto con otras organizaciones similares para aprender de sus experiencias y encontrar los aspectos valiosos durante y después de su proceso de acreditación.
- Tiempo de dedicación al proceso

2.5. FUNCIONAMIENTO

Para que los equipos funcionen eficientemente deben seguirse algunas reglas básicas (ver capítulo 5):

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

- Un proceso para evaluar las necesidades funcionales de los equipos debe ser desarrollado e implementado, por ejemplo, cada seis meses.
- Debe haber un mecanismo para el levantamiento de actas
- Definir en forma explícita las reglas de comportamiento: el inicio oportuno; lo que se discute en el grupo solo se discute allí.

Algunas experiencias de autoevaluación con frecuencia sugieren: un líder por equipo y un secretario. Hay otras reglas importantes: todos deben participar. Cuando alguien falta no se hace la reunión. Se definen tareas (por ejemplo, “la próxima reunión revisaremos los estándares de 1 al 4”), etc. Son reglas básicas de trabajo en equipo.

2.6. ROLES Y RESPONSABILIDADES

Los roles y responsabilidades de los equipos deben estar claramente establecidos y enunciados desde el principio. Se debe tener en consideración lo siguiente:

- ¿A quién reporta el equipo y qué poder de tomar decisiones tiene?
- Se deben definir los diferentes roles dentro de cada equipo, es decir, facilitador, secretario y recopilador de soportes, lo que puede ser función del secretario.
- Cada miembro del equipo debe contribuir con sugerencias y críticas para alcanzar las metas y objetivos.
- ¿Quién es el responsable de monitorear el crecimiento y la evolución de los equipos?
- ¿Seguirán los equipos funcionando después de que la evaluación de acreditación se termine? ¿Realmente es necesario que continúen?
- ¿Quién verificará que el esfuerzo de los equipos sea reconocido y recompensado?

2.7. CONEXIÓN CON LA ORGANIZACIÓN COMO PARTE DE UN TODO

A continuación hay algunos aspectos que los miembros deben considerar para ver cómo su papel como equipo se conecta con la dirección estratégica de la organización en general.

- ¿Cuál es la conexión entre el equipo y las demás actividades de mejoramiento de la calidad que hay en la organización?

- ¿Cómo va a ser utilizada la información de la autoevaluación en el plan de calidad?
- ¿De qué manera continuará la gerencia con las autoevaluaciones?
- ¿Qué recursos están disponibles para los equipos?
- ¿Quieren los equipos seguir con las reuniones después de la visita de evaluación?

3. AUTOEVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO

Después de resolver los aspectos relacionados con las decisiones organizacionales a través de las cuales se adecuan para alcanzar los propósitos de la acreditación, se inicia el proceso de autoevaluación. Es en este punto donde los equipos examinan qué tan efectivamente están trabajando, comparando el quehacer diario contra los estándares.

Es importante que la organización tenga claro que el mejoramiento es uno solo, pero que para efectos operacionales existen cuatro momentos durante los cuales se realiza autoevaluación:

- Durante el desarrollo del ciclo de preparación para la aplicación ante el ente acreditador, la autoevaluación tiene como propósito principal identificar la no coincidencia del desempeño organizacional, contra el desempeño ideal planteado en el estándar, estableciendo un diagnóstico e iniciando un proceso de análisis y mejoramiento. A este momento también lo llamamos evaluación interna. En esta fase la duración de este ciclo de autoevaluación y mejoramiento no necesariamente tiene un límite de tiempo diferente de las metas que se fije la organización a sí misma.
- Cuando la autoevaluación, además de lo anterior, tiene el propósito de implementar la ruta crítica de acreditación, es decir de documentar el estado de cumplimiento del

estándar y evidenciar suficientemente ante el ente acreditador su cumplimiento, este ciclo de autoevaluación, documentación y mejoramiento tiene un tiempo límite, dependiente de los períodos establecidos por la entidad acreditadora.

- Para implementar la auditoría para el mejoramiento de la calidad, la ruta crítica inicia con autoevaluar la institución para identificar procesos prioritarios de mejoramiento. No olvidar que el artículo 32 del Decreto 1011 de 2006 plantea: “Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación”.
- Igualmente, cuando una institución se encuentra simultáneamente cobijada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Gestión de Calidad de la Rama Ejecutiva del Poder Público (Ley 872 de 2003), para que se dé simultáneamente el cumplimiento de ambos sistemas a través del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, de acuerdo con las directrices impartidas por la circular 075 de 2005 del Ministerio de la Protección Social, es necesario desarrollar procesos de autoevaluación y mejora contra los estándares de acreditación.

3.1. ANÁLISIS DE LOS ESTÁNDARES

Quizás el mayor problema de los equipos de autoevaluación es enfrentarse solos, a menudo con gente que trabaja en su organización pero que no hace parte de su quehacer diario, con la hoja donde esté escrito el estándar. Es aquí donde deben contar con una guía que les ayude a comenzar.

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

1. Una buena práctica que se ha ido aprendiendo de la experiencia de las autoevaluaciones realizadas por nuestras instituciones es leer todos los estándares antes de empezar la calificación, ya que como todos los de un mismo grupo están interrelacionados, este procedimiento ayuda a los equipos a entender la globalidad y facilita en gran medida el proceso de calificación del estándar individual.
2. A continuación, leer el estándar que se quiere calificar, a renglón seguido realizar por consenso del equipo la interpretación del estándar; se sugiere escribirla, no olvidar que este se convierte en el referente de evaluación y pre-

guntar si todos los participantes entendieron el estándar de la misma forma. Si la respuesta es afirmativa entonces se puede continuar, si es negativa se debe buscar aclaración (bien sea a través de los miembros del equipo, el equipo de planeación o un asesor externo, si lo hay).

3. Una vez aclarado el significado del estándar se deben registrar todas las fortalezas que el equipo considere que están relacionadas con este. Hay que tener siempre presente la redacción del estándar, este es el “polo a tierra” del equipo y es el que guía la redacción de las fortalezas. Debe enfocarse puramente en la frase estándar. Hay que tener en cuenta en la calificación de los estándares, que estos son los que se deben calificar.
4. Una vez discutidas todas las fortalezas hay que determinar qué soportes pueden encontrarse en la organización. Aquí es donde la persona previamente seleccionada para recabar todos estos soportes juega un papel determinante. Debe relacionar todos los soportes que se mencionen, recopilarlos y ordenarlos, en caso de que la institución se este evaluando para presentarse ante el ente acreditador. Posteriormente, serán motivo de revisión por parte de los evaluadores externos.
5. El paso que sigue en el análisis es la redacción de todas las debilidades de la organización frente al estándar. Nuevamente, la redacción del estándar es la guía para el grupo.
6. La respuesta lógica al encontrar debilidades es definir acciones de mejoramiento para las debilidades. Este ejercicio orientará de antemano un posterior plan de mejoramiento.
7. Por último, se calificará el estándar por consenso del equipo. Para esta calificación se utilizará la escala de calificación presentada en el capítulo 4.

3.2. ACTIVIDADES CONCOMITANTES QUE DESARROLLAN LOS EQUIPOS DURANTE LA AUTOEVALUACIÓN

Existen tres tipos de actividades en la autoevaluación: Primero, el equipo revisa y discute cada estándar, segundo se escribe un reporte de soporte, y tercero, el equipo llega a un acuerdo de qué tan bien está cumpliendo los estándares. En la práctica la autoevaluación no tiene fases, estas son actividades concomitantes que los equipos realizan.

3.2.1. Discusión de los estándares y textos

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

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

3.2.2. Documentación del cumplimiento del estándar

De cada reunión deben levantarse actas. Las memorias pueden organizarse de diferentes formas. Cualquiera forma que se escoja debe dar información significativa a los equipos de autoevaluación y a los evaluadores. En algunos casos, la organización escogerá la forma en que deben organizarse y estructurarse los textos; en otras, los equipos podrán elegir. Una posible forma de hacerlo puede ser examinar las fortalezas y oportunidades de mejoramiento.

Ejemplos de estas dos formas de hacerlo se encontrarán más adelante, tanto para prestadores como para aseguradores. El primer caso utiliza un estándar relacionado con la atención. El segundo emplea un estándar de recursos humanos y gerencia. En ambos ejemplos se sugieren algunos indicadores.

En cualquiera de las modalidades que escoja debe tener en cuenta siempre que tanto el cumplimiento del estándar como los problemas derivados de su incumplimiento se soportan en procesos de atención que eventualmente deben ser mejorados, durante la documentación deben quedar claramente identificados, así como toda la información relevante para desplegar procesos de mejora y posteriormente para sustentar el desempeño ante los evaluadores de la entidad acreditadora.

No olvidar que en la Acreditación en Salud lo importante es el resultado de la atención centrada en el cliente. Evidencia del cumplimiento del estándar no es solamente la documentación de un proceso; lo es también la evidencia de que los procesos están obteniendo su despliegue y alcanzando los resultados esperados de ellos en los términos planteados por las tres dimensiones y sus variables componentes de la escala de calificación. Un proceso que no obtiene resultados no es creíble aunque esté perfectamente diseñado y documentado. En la acreditación no se exigen niveles determinados de cumplimiento de un indicador de resultados, pero sí se exige que los indicadores presentados como evidencia se mantengan en niveles aceptables como mínimo o, idealmente, que presenten una clara tendencia de mejora; sin embargo, para obtener la acreditación con excelencia sí es indispensable evidenciar la obtención de umbrales aceptables para los indicadores de acreditación.

3.2.2.1. Fortalezas y oportunidades para el mejoramiento.

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

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

Cuadro 1. Ejemplo Uno (para una entidad administradora de planes de beneficios) de fortalezas y oportunidades para el mejoramiento de la memoria del trabajo institucional

ESTÁNDARES Y CRITERIOS	Calificación de la organización	5	4	3	2	1	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. 						

Cuadro 2. Ejemplo Uno (para IPS) de fortalezas y oportunidades para el mejoramiento de la memoria del trabajo institucional

A continuación el segundo ejemplo para organizar la memoria de trabajo institucional. Se observa cómo se abordan en la práctica los criterios y subcriterios que soportan cada estándar. Da ejemplos de comunicación efectiva y de coordinación y muestra dónde puede haber vacíos. Y finalmente describe mecanismos para la solicitud y respuesta de la retroalimentación del cliente.

Se identifican las fortalezas y oportunidades de mejoramiento en los tres elementos. Estas se pueden convertir en la base para desarrollar un plan de acción e indicadores de funcionamiento.

ESTÁNDARES Y CRITERIOS	Calificación de la organización	5	4	3	2	1	NA
<p>2. Existe un proceso de planeación del recurso humano</p> <p>2.1. El proceso descrito considera los cambios que ocurren en su ambiente, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la misión de la organización. • Cambios en el plan estratégico. • Cambios en la estructura organizacional. • Cambios en la planta física. • Cambios en la complejidad de los servicios. • Disponibilidad de recursos. • Legislación relevante. • Tecnología disponible. <p>2.2. La asignación de personal a todo nivel de la organización apoya la prestación de los servicios y está diseñado de acuerdo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requisitos y perfil del cargo. • Identificación de los patrones de carga laboral del empleo. • Reubicación y promoción del personal en el evento de que una situación así lo requiera. 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la planeación estratégica, temas de recursos humanos son identificados como parte del análisis ambiental interno y externo. • Existe un componente de los recursos humanos relacionado con contratación, retención, promoción, educación/entrenamiento y negociación. • Hay procesos para determinar la complementación de personal para cada unidad organizacional. Los gerentes deben asegurarse de que su departamento cuente con el personal apropiado y que haya asistencia por parte del departamento de recursos humanos. • El plan de recursos humanos sale del plan estratégico. • El gerente de R. H. es informado de las diferentes necesidades del personal como departamentos, unidades, programas individuales, equipos de atención y equipos de sindicato. • El gerente de R. H. coordina la respuesta a estas necesidades y participa en el desarrollo del plan de operación. • Existe una nómina de personal de enfermería para que rote en cualquier unidad de ser necesario. • Los gerentes de unidades funcionales discuten con los directores de área la necesidad actual y futura de los R. H. en sus reuniones regulares. • El personal participa en la determinación de contratación y en las estrategias de retención. • Cada grupo profesional ha tenido la oportunidad de dar su opinión en la dirección de su descripción de trabajo, educación continuada. • Existe flexibilidad en las horas de trabajo y en el trabajo compartido. 						

Cuadro 3. Ejemplo Dos (para una IPS) de los elementos del trabajo institucional en la escala de cumplimiento

ESTÁNDARES Y CRITERIOS	Calificación de la organización	5	4	3	2	1	NA
<p>Estándar VI.3.A Existe un proceso de planeación del recurso humano, el cual considera los cambios que ocurren en el ambiente de la organización, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la misión de la organización y/o los valores corporativos. • Cambios en el plan estratégico. • Cambios en la estructura organizacional. • Disponibilidad de recursos. • Legislación relevante. • Tecnología disponible. • Requisitos del empleo. • Identificación de los patrones de cantidad de trabajo. 							
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durante la planeación estratégica, temas de recursos humanos son identificados como parte del análisis ambiental interno y externo. 2. Existe un componente de los recursos humanos relacionado con contratación, retención, promoción, educación/entrenamiento y negociación. 3. Hay procesos para determinar la complementación de personal para cada unidad organizacional. Los gerentes deben asegurarse de que su departamento cuente con el personal apropiado y de que haya asistencia por parte del Departamento de Recursos Humanos. 4. El plan de recursos humanos sale del plan estratégico. 5. El gerente de R. H. es informado de las diferentes necesidades del personal como departamentos, unidades, programas individuales, equipos de atención y equipos de sindicato. 6. El gerente de R. H. coordina la respuesta a estas necesidades y participa en el desarrollo del plan de operación. 7. Los gerentes de unidades funcionales discuten con los directores de área la necesidad actual y futura de los recursos humanos en sus reuniones regulares. 8. El personal participa en la determinación de contratación y en las estrategias de retención. 9. Cada grupo profesional ha tenido la oportunidad de dar su opinión en la dirección de su descripción de trabajo, educación continuada. 10. Existe flexibilidad en las horas de trabajo y en el trabajo compartido. 						

Cuadro 4. Ejemplo Dos (para una entidad administradora de planes de beneficios) de los elementos del trabajo institucional en la escala de cumplimiento

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

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

3.2.3. Indicadores de desempeño

Los indicadores de desempeño se utilizan para medir la calidad de los procesos específicos. Algunas organizaciones tendrán indicadores para los procesos que también están contemplados en los estándares. En los ejemplos anteriores de cómo pueden ser estructuradas las memorias de trabajo institucional no se incluyeron indicadores, pero **hubiera podido hacerse**.

Algunos indicadores que **pudieron haberse** usado en el primer ejemplo, fortalezas y oportunidades para el mejoramiento, son costos de readmisión, estatus funcional.

Para el segundo ejemplo **hubieran podido utilizarse**: número de puestos disponibles, número de horas que se contratan.

Podría haber sido completamente apropiado, en ambos ejemplos, que el equipo describiera estos indicadores en la narrativa, además de los estándares. Si el equipo lo prefiere, los indicadores que tienen que ver con mejoramiento y monitoreo de la calidad pueden ponerse al lado de los estándares. Estos estándares se encuentran al final de cada sección de estándares.

3.3. APLICAR ESCALA DE CALIFICACIÓN (Ver capítulo siguiente)

3.4. MEJORAMIENTO

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

- Apuntar las acciones hacia los procesos que son la causa raíz del incumplimiento
- Adelantar acciones planificadas para mejorar la calidad
- Desarrollar, a través de un proceso sistemático y basado en la evidencia científica, el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento
- Definir un proceso de monitorización del mejoramiento de los procesos
- Comunicar a la organización los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad, con el propósito de incentivar el mejoramiento como cultura organizacional e internalizar y asegurar los procesos mejorados.

Esta secuencia de autoevaluación y mejoramiento se debe repetir las veces que sean necesarias hasta alcanzar el cumplimiento del estándar en todas las dimensiones y variables que caracterizan su evaluación.

4. ESCALA DE CALIFICACIÓN

4.1. DIMENSIONES POR EVALUAR

- **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.
- **Implementación:** Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución.
- **Resultados:** Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.

4.2. VARIABLES DE CADA DIMENSIÓN

4.2.1. Enfoque

- **Sistematicidad:** 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 preactivo.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Forma en que se evalúa y mejora el enfoque.

4.2.2. 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.

4.2.3. 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.

Variables	Escala de calificación				
	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
Sistematicidad y amplitud	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega están documentados.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en áreas clave.	El enfoque es sistemático y tiene buen grado de integración que respalda de a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
Proactividad	Los enfoques son principalmente reactivos.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas.	Enfoque principalmente preventivo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aun cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es principalmente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
Ciclo de evaluación y mejoramiento	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos).	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas clave que abarcan la mayoría de productos y servicios.	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.

Variables	Escala de calificación				
	1	2	3	4	5
IMPLEMENTACIÓN					
Despliegue en la institución	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas clave y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte.	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas clave.
Despliegue al cliente interno y/o externo	El enfoque no se despliega hacia los clientes.	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero este no es consistente.	Hay evidencias de implementación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.

Variables	Escala de calificación				
	1	2	3	4	5
RESULTADOS					
Pertinencia	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios clave del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios clave solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas clave, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relaciona con el área, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar por evaluar y alcanzar los objetivos y metas propuestas.
Consistencia	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responde a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y por las acciones sistemáticas de mejoramiento.
Avance de la medición	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas clave, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición.	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores clave de éxito solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos.

Variables	Escala de calificación				
	1	2	3	4	5
Tendencia	El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantiza tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que aun-que no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias, el proceso es sistemático y se empiezan a tomar decisiones operativas con base en la información.	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores clave del estándar. Proceso sistemático y estructurado.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestra firmes tendencias de mejoramiento de las áreas clave, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
Comparación	No existen políticas ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas prácticas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistemáticas.	Existe una política de comparación con las mejores prácticas y se encuentra en etapa temprana de comparación de algunos procesos, productos críticos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a escala nacional de áreas, productos, factores y/o servicios clave solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.

5. INSTRUCTIVO

PARA CALIFICAR Y MEJORAR

Para calificar los estándares contemplados dentro del manual de acreditación resulta indispensable partir nuevamente del concepto de lo que un estándar significa, esto es, un nivel de desempeño adecuado que es óptimo, factible y deseado de alcanzar. La suma total de los estándares de acreditación define el modelo ideal de institución, precisando el desempeño en la prestación de servicios que puede y debe alcanzar en el sistema para ser considerada de excelencia. Adicionalmente, la comprobación de ese logro debe ser demostrada por la organización que dice haber obtenido el nivel deseado de desempeño. El proceso de calificación debe ser explícito y desarrollarse integralmente de acuerdo con la escala de calificación, para verificar y calificar el grado del logro alcanzado.

El conocimiento de la calificación es útil y necesario a la luz de la metodología de acreditación por varias razones:

- El valor final global en el cual se ubique la calificación de la institución es lo que determina si esta será “acreditada”, “acreditada provisionalmente o “no acreditada”. Recuerde que para obtener el título de acreditación ninguno de los estándares o grupos de estándares puede tener una calificación menor a dos, adicionalmente debe alcanzar la puntuación global establecida. En este nivel de calificación es donde se mueven los equipos evaluadores de la entidad acreditadora. Esta no desarrolla ningún proceso de calificación individual de cada estándar, sino que eva-

lúa el cumplimiento de cada grupo de estándares luego de aplicar los criterios de las matrices de calificación (hojas de radar).

- La calificación específica del cumplimiento de cada uno de los estándares individuales es vital para la institución y para identificar los aspectos críticos es necesario adelantar acciones de mejoramiento y su variación es importante como medida de la gestión de la calidad adelantada por los equipos de acreditación y de la institución en general. El “mapa” de cumplimiento de los estándares de acreditación ofrece una utilidad de carácter diagnóstico–estratégica para la institución durante el ciclo de preparación para la aplicación a la acreditación y para el sistema en general, evaluación interna durante el ciclo de mejoramiento y para el sistema en general, al ayudar a identificar con precisión dónde están las fallas de calidad ayudando a focalizar los procesos de mejoramiento.

5.1. NIVELES DE CALIFICACIÓN

Lo anterior define dos niveles para moverse dentro de la traducción en resultados concretos de la acreditación como estrategia de evaluación y mejoramiento continuo de la calidad.

Recuerde que se deben dar dos procesos de agregación: El primero desde la valoración del cumplimiento de cada una de las variables de la escala de calificación hasta la obtención de una única calificación por cada estándar y, el segundo, desde la calificación individual de cada estándar hasta la obtención de una única calificación para el grupo de estándares y a partir de allí se inicia la aplicación del esquema de puntuación para identificar el nivel global de desempeño de la acreditación y proceder a la decisión de acreditación.

5.1.1. Obtención del resultado de calificación global

Este nivel de calificación es el punto común de encuentro entre la autoevaluación realizada por la institución y la evaluación externa realizada por la entidad acreditadora.

El cumplimiento del estándar debe analizarse teniendo en cuenta el enfoque, la implementación y el resultado como un todo. No se califican por separado.

Tampoco se asigna calificación por separado a cada estándar. Dado que los estándares de un mismo grupo están interrelacionados, se asigna la calificación al grupo de estándares considerados como un todo integral.

1. Repase con detenimiento el significado de los componentes: Enfoque, implementación, resultados y el de sus correspondientes variables y el estándar por evaluar.
2. Lea las oportunidades de mejoramiento y las fortalezas señaladas por la institución.
3. Remítase a la tabla de calificación
4. Defina el grado de desarrollo de la organización:
 - Ubíquese en la escala del numeral 3 (organización en un grado mediano de madurez del enfoque y de la implementación), lea cada una de las variables del enfoque y de la implementación del mismo.
 - Compare la organización con las características del numeral 3. Evalúe si corresponde a este numeral. Si corresponde a este, califíquelo como 3.
 - Si no corresponde al numeral 3, porque considera que la organización supera las características de este numeral, desplácese hacia el numeral 4. Si está acorde con este numeral, escriba 4.
 - Si considera que la organización tiene un grado de madurez menor que el numeral 3, desplácese hacia el numeral 2. Si está acorde con este numeral, coloque 2.
 - Y así sucesivamente siga hacia arriba o hacia abajo.

Segundo ejemplo

En el segundo ejemplo el estándar puede medirse con respecto a los siguientes tres elementos: que esté planeado, implementado y difundido hacia el cliente.

Que esté planeado e implementado se puede calificar en la práctica después de examinar las fuertes conexiones con el proceso del plan estratégico y la habilidad de la organización para realinear la carga de trabajo a medida que los requerimientos cambiaban.

La comunicación y coordinación se demuestran incluyendo el componente de recursos humanos en la planeación estratégica y en la asistencia brindada por parte del gerente de recursos humanos a los demás gerentes de la organización. Por esta razón, el cumplimiento en este elemento es sustancial.

Existen muchas instancias para incluir las opiniones e ideas de los clientes y del personal en el proceso. Por lo tanto, puede decirse que el personal está sustancialmente involucrado y el enfoque hacia el cliente puede ser calificado como tal.

5.1.2. Obtención del cumplimiento individual del estándar

Este nivel de análisis se desarrolla internamente durante la fase de autoevaluación y mejoramiento de la organización y es el que le permite identificar los aspectos críticos en los cuales es necesario desarrollar acciones específicas.

Los resultados de la agregación aquí descrita no se transfieren a la calificación global, pero su coincidencia sí es indicativo de la medida en la cual la organización ha interpretado correctamente la intencionalidad y los contenidos específicos del estándar.

Para desarrollar este proceso se recomienda seguir los siguientes pasos:

1. Califique cada estándar individual con los mismos criterios descritos en la sección anterior.
2. Obtenga una calificación global del grupo de estándares por alguno de los siguientes métodos (son excluyentes, seleccione para su estrategia de mejoramiento solo uno):
 - Asigne al grupo de estándares como calificación el mínimo valor alcanzado en alguno de los estándares individuales (recomendado para la autoevaluación por parte de la institución durante el ciclo de preparación para la aplicación ante el ente acreditador: lógica más acorde con el concepto de interdependencia de los estándares, pero es el método más exigente y puede tener tendencia a subvalorar los logros alcanzados por la organización).
 - Asigne al grupo de estándares como calificación el promedio de las calificaciones alcanzadas por cada uno de los miembros del grupo (lógica menos acorde con el principio de interdependencia de los estándares, puede tener tendencia a ocultar los estándares de bajo desempeño al promediar su calificación con los estándares de mayor cumplimiento, pero puede motivar más a los miembros de la organización, al reflejar la totalidad de las mejoras alcanzadas). Este es el método aplicado por el ente acreditador durante la visita de acreditación; se recomienda para este propósito, pero no para la autoevaluación por parte de la institución, la cual debe ser planteada con un criterio mayor de exigencia que el esperado por los equipos externos de evaluación del ente acreditador.

- Asigne al grupo de estándares como calificación la moda de las calificaciones alcanzadas por cada uno de los miembros del grupo (iguales observaciones al método anterior).
 - No asigne relaciones para la calificación global del grupo de estándares con la calificación de los estándares individuales miembros del grupo (puede estar privándose de una importante herramienta de diagnóstico que oriente las acciones de mejoramiento de su organización).
3. Consolide el resultado de sus análisis en un mapa de cumplimiento de los estándares de acreditación, inicie los procesos de mejoramiento pertinentes.

5.2. EVALUANDO Y MEJORANDO EL PROCESO DE LA CALIDAD DE LA ORGANIZACIÓN

La calidad es una parte integral del programa de acreditación centrado en el cliente. El programa de acreditación centrado en el cliente es parte integral de la calidad institucional. El programa ayuda a las organizaciones a evaluar su proceso de calidad comparándolo con los estándares. En cada grupo de estándares hay una serie de estándares de mejoramiento de la calidad. Estos estándares permiten al equipo medir la calidad del método para resolver problemas de la organización o los mecanismos que se usan para el mejoramiento de la calidad.

De hecho, cada equipo evalúa los mecanismos de mejoramiento de la calidad de la organización contra los estándares de mejoramiento de la calidad. Estos estándares están organizados en forma de pasos que deben seguirse para alcanzar la calidad. Los pasos son: Establecer un mecanismo de mejoramiento, identificar o dar prioridad a los procesos de monitoreo o mejoramiento; establecer indicadores (medidas) de desempeño, analizar los resultados de los monitoreos y las razones de los resultados, llevar a cabo los mejoramientos, comunicar la naturaleza del mejoramiento y continuar con el monitoreo para mantener las mejoras.

5.2.1. Establecer un mejoramiento

Asegura que la organización tiene un mecanismo de monitoreo para el mejoramiento de la calidad. Este mecanismo debe ser entendido por todo el personal, que debe saber cómo actuar cuando se le presente una oportunidad de mejoramiento. Este mecanismo debe dar al personal y requerir recursos tales como tiempo y pericia.

5.2.2. La tarea de identificar o dar prioridad a los procesos

Desarrollar el monitoreo y mejoramiento implica tener claro que es posible monitorear y mejorar solo unos cuantos procesos al mismo tiempo. El equipo debe

poner los procesos que quiere mejorar en orden de prioridad y debe llegar a un acuerdo en cuanto a lo que necesita mejorar y a la forma como va a invertir sus recursos. Las preguntas que pueden hacerse antes de tomar esta decisión incluyen:

- ¿Existen algunos procesos que presenten un alto riesgo para los pacientes u otros clientes?
- ¿Qué procesos se realizan más frecuentemente o en un alto volumen?
- ¿Qué procesos no están funcionando bien o son propensos a generar problemas?

Existen muchas formas en que las respuestas pueden volverse aparentes. La necesidad de mejorar un proceso puede ser identificada como resultado de los cambios de los objetivos o estructuras de la organización. Las respuestas pueden ser obvias mediante un estudio de la retroalimentación del usuario. En el primer ejemplo, el equipo conformado debió haber conocido cartas de quejas de pacientes que sintieron que fueron inadecuadamente preparados para su salida del hospital. Esto llamará la atención acerca de la necesidad de tomar el proceso de salida como una prioridad. En el segundo ejemplo, el equipo de gerencia puede ser alertado, por medio de las encuestas de satisfacción, de la necesidad de que el personal esté más involucrado en la planeación estratégica y operacional. La forma en que se establecen las prioridades cambiará de una organización a otra. Sin embargo, todos los procesos necesitan ser monitoreados y mejorados con el tiempo.

El proceso de establecer indicadores de desempeño permitirá al equipo medir la calidad del proceso o del resultado del mismo e identificar los puntos débiles. “La medición es central porque los procesos deben ser monitoreados para determinar si se deben controlar, si necesitan mejorarse y sobre todo si están cumpliendo los requerimientos de los clientes”⁹. Puede haber algunos indicadores actualmente establecidos que permitan un monitoreo continuo. Por ejemplo, la tasa de errores/incidentes en la dispensa y aplicación de los medicamentos de medicación puede ser monitoreada con frecuencia. Si la tasa aumenta, esto puede ser una señal o indicar la necesidad de analizar los procesos de administración y suministro de medicamentos para entender por qué la tasa se ha incrementado y para resolver el problema.

⁹ Jill Thomas. *Calidad y Mejoramiento y el Programa de Acreditación Centrado en el Cliente*, Ottawa: CCHSA, agosto de 1995, página 61.

Pueden desarrollarse indicadores después de que un proceso ha sido identificado como una prioridad para monitorear y mejorar. En el primer ejemplo de narrativa, el proceso de salida fue identificado como una prioridad para mejorar. Un indicador potencial para medir el grado del problema es el número de llamadas telefónicas o de cartas de clientes inconformes, que se han recibido de antiguos pacientes durante un período de tres meses. En el otro ejemplo de narrativa, un indicador de participación del personal puede ser el número de personas que asistieron a las reuniones estratégicamente planeadas para recibir comentarios de planeación. El hecho de rastrear este indicador puede llevar a las siguientes preguntas: ¿Se están anunciando las reuniones en el lugar indicado? ¿Se llevan a cabo estas reuniones a una hora adecuada? ¿Les está interesando el proceso a los empleados? La importancia de establecer y rastrear un indicador, es lo que lleva al equipo a investigar las causas del problema.

5.2.3. El análisis de los resultados de monitoreo

La lógica que se debe seguir implica que las razones de los resultados aseguran que habrá un análisis para entender el proceso y la naturaleza del problema en mayor detalle. Varias herramientas y técnicas que pueden ser de gran ayuda están descritas en textos de mejoramiento de la calidad.

5.2.4. Llevar a cabo los mejoramientos

Asegurar que por medio de los cambios hechos a los procesos se disminuirán los vacíos de implementación y por lo tanto, se corregirá el problema.

La tarea de continuar el monitoreo para mantener las mejoras asegura que un individuo o un grupo sea responsable de supervisar que el proceso que se va a cambiar implique realmente un mejoramiento. Esto se puede hacer continuando el monitoreo del indicador. El número de quejas de los pacientes tendrá que ser monitoreado y el personal necesita ser reevaluado, reentrenado, etc., para asegurar que el mejoramiento ha tenido el impacto necesario.

5.2.5. Los estándares de mejoramiento

Los estándares de mejoramiento de la calidad se presentan de esta forma para introducir los grupos en los pasos para mejorar uno o varios de los procesos. Todo esfuerzo de mejoramiento se debe enfocar en los procesos que están cubiertos en los estándares, los criterios relacionados y los subcriterios. Por ejemplo, para mejorar la calidad de dirección, el equipo directivo deberá querer que los procesos relacionados con el direccionamiento tengan prioridad. Estos procesos son los que tienen que ver con cultura, planeación y recursos. El cuerpo directivo se puede remitir después a los estándares de mejoramiento de la calidad y usar los

pasos del proceso de mejoramiento de la calidad. De igual forma, cada equipo conformado se referirá al proceso incorporado y seleccionará los procesos para el mejoramiento donde la ayuda sea más evidente.

6. PREPARACIÓN PARA LA VISITA DE EVALUACIÓN

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

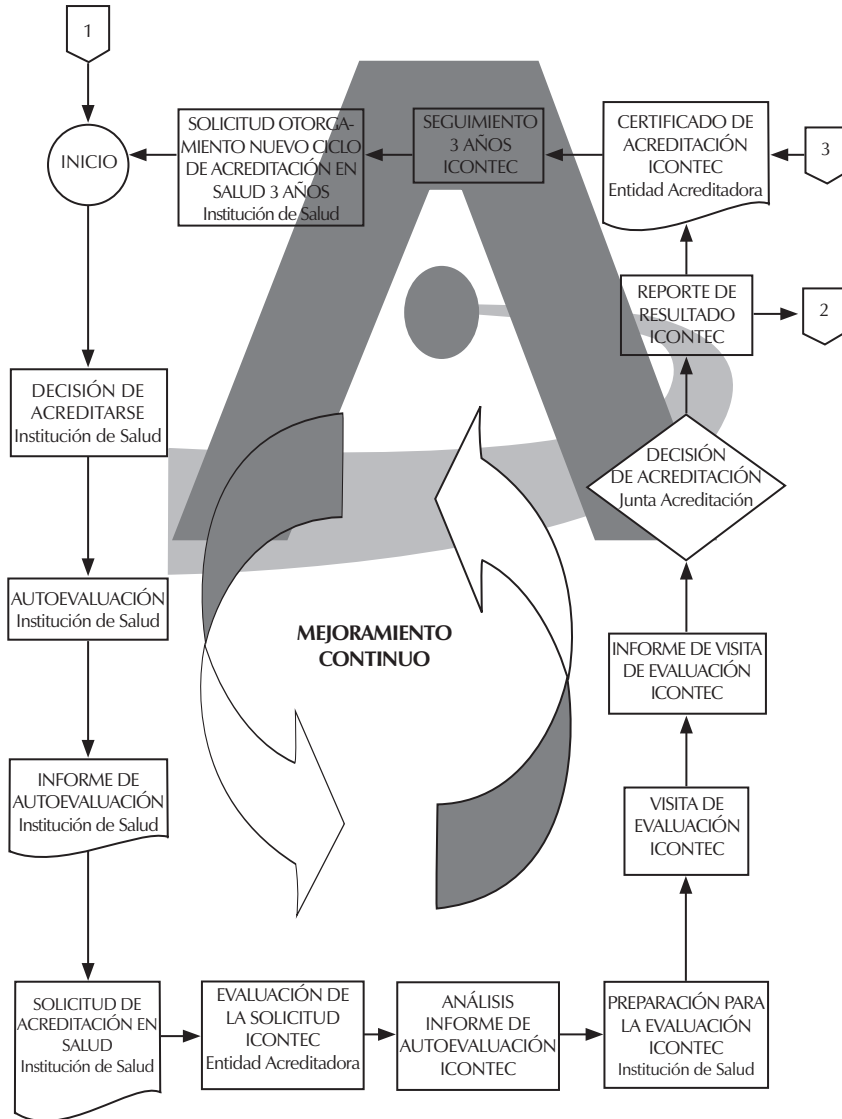
La información dada en este capítulo pretende ilustrar a la organización sobre la metodología empleada en la evaluación para la acreditación y sobre cómo el grupo de planeación de la acreditación puede contribuir a la eficiencia de la visita de evaluación. En todo caso, ICONTEC, como entidad acreditadora, con la organización en lo referente a agenda y otros aspectos específicos, los parámetros de la visita de evaluación.

Este capítulo describe la planeación, al igual que los elementos de la autoevaluación, la introducción, las reuniones con los equipos y el análisis de resultados. Mientras cada equipo completa la autoevaluación, el grupo de planeación de la acreditación será el enlace con ICONTEC, es responsable de planear la visita de planeación.

6.1. PASOS QUE GUÍAN A LA VISITA DE EVALUACIÓN

De acuerdo con el proceso de acreditación y la ruta crítica establecida por el ICONTEC, la organización presenta su

solicitud de acreditación, adjuntando como parte de esta el informe de autoevaluación y los demás soportes requeridos.



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

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

ICONTEC envía después a cada evaluador el paquete completo de los documentos. La autoevaluación de todos los equipos debe estar disponible durante la visita de evaluación en caso de que los evaluadores la quieran consultar.

6.2. DISCUSIÓN PRELIMINAR ENTRE EL EQUIPO DE EVALUACIÓN Y LA ENTIDAD ACREDITADORA

Con base en el contenido de la ruta crítica de acreditación y en los términos de la prestación del servicio establecidos en la minuta del contrato que se firme con ICONTEC, la institución deberá definir en forma conjunta con el equipo evaluador la agenda, que permita cumplir con los objetivos de la visita. La composición del grupo de evaluación y las fechas serán definidas por el ente acreditador y podrán ser susceptibles de objeción y ajuste debidamente justificadas.

Los siguientes puntos sirven de referencia para el establecimiento de la agenda por parte del equipo de evaluación:

- Objetivos de la evaluación.
- Horarios de la evaluación.
- Objetivos específicos para las entrevistas con clientes.
- Necesidad de una sesión educativa o de información (propósito, participantes, etc.).

Si el tiempo de evaluación asignado es insuficiente para lograr los objetivos de la evaluación, este puede negociarse con la entidad de acreditación.

La preparación comienza con una revisión a la agenda enviada por el equipo evaluador y el grupo de planeación debe considerar lo siguiente:

- Asegurar que se haya asignado un tiempo adecuado para cada reunión de equipo.
- Asegurar que haya quórum de los equipos para las reuniones con el equipo de evaluación.
- Asegurar que haya flexibilidad de tiempo en los horarios para permitir que el equipo de evaluación reagrupe y discuta los temas a medida que van surgiendo, para revisar los documentos y hacer seguimiento de las visitas, si es necesario.

- Asegurar que se dispone de tiempo al final de cada día para que los evaluadores hablen con el personal de la organización acerca del progreso de la evaluación.
- Asegurar que se dispone de tiempo para la reunión de introducción.
- Asegurar que se dispone de tiempo para el análisis de resultados.
- Las actividades diarias relacionadas con la atención en salud no deberán interrumpirse.

Con base en el informe de autoevaluación, los evaluadores toman la información recogida durante las reuniones con los equipos de la organización y la combinan con datos, con observaciones de los recorridos, la revisión de documentos y las entrevistas con los pacientes, para sacar una calificación global de la organización.

Al comienzo de cada reunión con el personal de la organización, los evaluadores establecerán una atmósfera abierta y académica. Esto se puede lograr sentándose entre el personal, teniendo escarapelas y roles específicos para los participantes.

Durante la reunión, los evaluadores darán suficiente tiempo al personal de la organización para contestar preguntas y asegurarán que cada miembro del equipo tenga una oportunidad de participación en las discusiones.

Al final de la reunión los evaluadores darán a los participantes la oportunidad de hacer preguntas o de suministrar información adicional. Los evaluadores también proporcionarán a los participantes una retroalimentación con las fortalezas y debilidades. Se puede pedir a los participantes que evalúen el proceso para que así los evaluadores puedan mejorar en futuras reuniones.

Las siguientes son unas ideas prácticas para organizar estas reuniones de forma que el tiempo sea utilizado lo mejor posible.

6.3. REUNIÓN DE APERTURA

La primera actividad de la visita de evaluación es la reunión de apertura. A esta reunión asisten el equipo de evaluación y el equipo de jefes de área (u otros determinados por la organización), así como la alta gerencia.

El propósito de la reunión es discutir los objetivos de la evaluación, confirmar la agenda de la evaluación, dar a la organización la posibilidad de identificar

sus fortalezas y oportunidades de mejoramiento; lograr una clara comprensión del contexto del sistema de salud en el cual la organización presta sus servicios y obtener un claro entendimiento del papel que cumple la organización en su comunidad, así como de sus clientes, accionistas y socios. La organización debe destinar de 30 a 60 minutos para esta reunión.

Los siguientes son ejemplos de lo que los evaluadores querrán preguntar en esta reunión:

- ¿Cuáles son los aspectos claves con los que su organización está trabajando en este momento?
- ¿Cuáles son las principales iniciativas de su organización?
- ¿Cuáles son las fortalezas de su organización?
- ¿En qué áreas desea hacer mejoras?
- Describa la forma como se toman decisiones en su organización.

Esta reunión proporciona a la organización y a los evaluadores una oportunidad para compartir información. Algunas organizaciones encuentran útil, al finalizar, tener una pequeña e informal reunión entre el equipo de evaluación y un grupo más grande del personal para presentar los miembros del equipo de evaluación con el personal y permitir a los evaluadores hablar un rato sobre el proceso de evaluación.

6.4. EVALUACIÓN DEL EQUIPO DE LA ATENCIÓN/SERVICIO AL CLIENTE

Después de la reunión de apertura, los evaluadores comienzan a medir el cumplimiento de los estándares de la atención o servicio.

La evaluación de cada equipo incluye una visita a las instalaciones, una revisión de los registros, entrevistas con clientes y sus familias y una reunión del equipo de atención/servicio al cliente. Estas actividades deben hacerse en el mismo orden a menos que lo contrario haya sido previamente acordado por el equipo de la evaluación o de la atención/servicio al cliente.

6.4.1. Visita a las instalaciones

Durante esta visita, los evaluadores hacen un recorrido del área en la cual se presta el servicio/atención al paciente, si existe. Esto tomará unos 30 min. Un miembro del personal hace el recorrido y puede explicar cómo se presta el servicio describiendo una atención en un día típico.

El recorrido les proporciona la oportunidad a los evaluadores de observar el ambiente físico, y de evaluar la privacidad y los aspectos de calidad de vida, los patrones del flujo de trabajo y los aspectos de seguridad y salud.

Los evaluadores también pueden observar la interacción del personal con los pacientes para determinar si se están brindando la atención y servicio al cliente de acuerdo con la misión y los valores de la organización. Los evaluadores pueden hablar informalmente con los clientes y con el personal y revisar material específico del programa, como videos educativos: a esta visita general a las instalaciones, se seguirán visitas específicas por diferentes áreas asistenciales y de apoyo, de acuerdo con las prioridades y tiempos determinados en la agenda. Durante los recorridos, los evaluadores buscarán activamente evidencia del cumplimiento o no de los estándares de acreditación.

6.4.2. Revisión de los registros

En este paso, los evaluadores miran una serie de registros al azar de clientes atendidos por el equipo de servicio/atención al cliente.

Los evaluadores hacen esta revisión de registros y de planes de atención para asegurarse de que ciertos aspectos de la atención y servicio se encuentren organizados y se estén implementando apropiadamente. Si existen estándares para la documentación de registros la revisión de estos les da a los evaluadores la posibilidad de evaluar el cumplimiento de los estándares, especialmente los que miran:

- El grado de coordinación entre la evaluación de la atención /servicio al cliente y la planeación entre los prestadores de salud.
- La organización y efectividad general de los registros como una herramienta de comunicación entre los prestadores de salud.
- El grado en el que están establecidas las metas centradas en el cliente y hasta qué punto se identifica su resultado desde la perspectiva del equipo.
- El grado de participación del cliente/familia en la planeación de la atención y en el tratamiento.

6.4.3. Entrevistas con los clientes y sus familias

Durante estas entrevistas, los evaluadores se reúnen con los clientes o familiares que han sido atendidos por los equipos de servicio/atención al cliente. Cada entrevista puede durar entre cinco y siete minutos.

Las entrevistas con el cliente les dan a los evaluadores la oportunidad de:

- Discutir la satisfacción del paciente y su familia con el servicio/atención.
- Discutir las opiniones de los pacientes y su familia acerca de las decisiones del equipo de la atención/servicio y la participación en la toma de decisiones.
- Discutir la forma en que el paciente y su familia son informados e involucrados en los planes.

El equipo de evaluación y la organización deben negociar cuál opción de las múltiples disponibles se usará para llevar a cabo las entrevistas.

Opción 1: Cada evaluador entrevista a cinco usuarios. El número total de los usuarios entrevistados dependerá del tamaño del equipo de evaluación, con el equipo básico de evaluadores que ha definido ICONTEC se entrevistarán a diez clientes o más, de acuerdo con el interés de los evaluadores y los problemas detectados.

Opción 2: Los miembros del equipo de evaluación entrevistan en grupo al paciente o cliente.

Opción 3: Existen alternativas para tener entrevistas individuales con cada paciente. Un equipo ad hoc de usuarios de varias áreas o programas o el comité de usuarios actual, se podría reunir con los evaluadores.

La organización puede participar en la forma como van a seleccionarse los clientes para las entrevistas. Puede decidir escogerlos basándose en criterios como la condición, la etapa del proceso de la atención en la que se encuentra y el conocimiento que tenga sobre la acreditación y la aceptación para reunirse con un evaluador. También la organización puede decidir que los clientes se autoseleccionen después de ser advertidos de la visita de evaluación. Aquellos escogidos pueden ser una mezcla de pacientes internos y externos, dependiendo de la manera como el equipo de la atención defina a sus clientes. Una forma de advertir a los clientes de la visita de evaluación es poniendo avisos en las bandejas de desayuno o pegando notas en las carteleras.

Las organizaciones deben comunicar que el ente evaluador ha sido invitado para visitar y revisar la calidad del servicio y la atención. Los clientes deben hablar abierta y francamente, teniendo en cuenta que todos los comentarios serán confidenciales.

Es responsabilidad de la organización asegurar que los clientes sean entrevistados en un lugar cómodo y privado. Este lugar puede ser en la cama o en la sala de espera. También deben planearse las entrevistas en el momento que más convenga al cliente, por ejemplo, después de una de las comidas, antes de las actividades, cuando llegan a sus programas educativos o durante el tiempo de descanso.

Si las organizaciones quieren obtener información específica de las entrevistas, los evaluadores deben ser comunicados de esto antes de la entrevista. Por ejemplo, si existe una iniciativa de mejora de admisiones, se puede pedir a los evaluadores que recojan retroalimentación de los clientes en ese aspecto.

Las siguientes preguntas son un ejemplo de lo que los entrevistadores pueden inquirir en las entrevistas:

- ¿Hace cuánto tiempo es cliente de la organización?
- Si se le llevaron a cabo exámenes o procedimientos, ¿le fueron explicados?
- ¿Le dijeron cómo y cuándo se harían? ¿Le dieron los resultados?
- Si está tomando medicamentos ¿sabe para qué son?
- ¿Alguien le habló acerca de su enfermedad y de cómo puede o va a ser tratada?
- ¿Siente que puede preguntar al personal acerca de su condición y de su tratamiento?
- ¿Cuándo espera poder irse a casa? ¿Le han hablado de esto? Cuando le den salida y tenga alguna pregunta acerca de su condición, ¿sabe a quién contactar?
- ¿Está satisfecho con la atención y el servicio que le han brindado?
- ¿Tiene alguna sugerencia para mejorar la atención o los servicios?

6.4.4. Reuniones con los equipos de servicio/atención al cliente

El propósito de estas reuniones es discutir la autoevaluación de los equipos utilizando la sección de estándares de servicios de atención del documento de estándares que el equipo ha completado y responder las preguntas específicas de los evaluadores. Además, los evaluadores pueden usar la información recolectada en los recorridos por la institución, los registros y las entrevistas con clientes y sus familias.

La organización debe destinar entre una hora y una hora y media para esta reunión (sin contar el recorrido, la revisión de registros y las entrevistas). A pesar de que los evaluadores traten de adherirse al horario de evaluación predeterminado, pueden ocurrir algunos retrasos.

La reunión se debe llevar a cabo en un área donde se preste la atención, si es posible, para acomodar a los miembros de los equipos. Se prefiere una acomodación

con una mesa redonda con letreros que indiquen el nombre de cada persona para que los evaluadores se puedan dirigir a cada uno fácilmente (opcional).

Las siguientes preguntas son ejemplos de lo que los evaluadores pueden requerir en las reuniones con los equipos de servicio/atención al cliente:

- Describa los clientes a los que sirven.
- ¿Quién está involucrado en el proceso de admisiones? Describa la forma en que participan los clientes/familia.
- ¿Ha desarrollado criterios de admisión y salida? ¿Cómo los desarrolló? ¿Cómo se asegura que las admisiones sean consistentes con los criterios?
- ¿Podría describir su proceso de evaluación? ¿Quién está involucrado?
- ¿Cómo se suministra a los prestadores de atención la información que se recoge antes de las admisiones?
- ¿Qué tan coordinado es este proceso desde la perspectiva del paciente?
- ¿Cómo se coordina el proceso de información al paciente y a sus familiares?
- ¿Qué mecanismos se han diseñado para garantizar el consentimiento informado de los pacientes?
- ¿Quién decide qué grupos profesionales participan en el establecimiento de los diagnósticos preliminares?
- Describa su acercamiento a la planeación de la atención. ¿Cómo se identifican las metas para la atención? ¿De qué forma involucra al paciente en este proceso?
- ¿Cómo se mantiene actualizado el plan de la atención? ¿Cómo se hacen cambios al plan si el progreso es diferente de lo esperado?
- ¿Cómo funciona su proceso de salidas? ¿Cuándo se inicia?
- ¿Cómo asegura que los pacientes sean referidos a las organizaciones apropiadas después de su salida?
- ¿Qué información se usa para monitorear/asesorar la calidad de la atención que se da? ¿Puede dar un ejemplo de un aspecto de la atención que se haya identificado y decir cómo se ha mejorado?
- ¿Cómo circula la información a una entidad de referencia o a los recursos de la atención continua que son requeridos para un cliente en particular?

- ¿Cómo recibe retroalimentación de las organizaciones con las que trabaja?

Si hay documentos específicos para un servicio o equipo, estos pueden presentarse a los evaluadores durante el recorrido o las reuniones. Esta documentación puede incluir reportes de actividades de mejoramiento de la calidad, encuestas de satisfacción al cliente y resultados, otras herramientas o materiales que han sido desarrollados por el equipo o momentos de las reuniones que son particularmente relevantes.

Se pide a los equipos de la atención/servicio que tengan claros sus objetivos y explicaciones antes de la visita de evaluación. Durante las reuniones algunos equipos pueden hacer presentaciones de cinco minutos en las que se identifican los puntos clave de la autoevaluación en relación con las fortalezas y debilidades de los equipos, las prioridades de mejoramiento y los indicadores que han sido señalados para la recolección de datos y análisis. Los evaluadores pueden combinar esta información con la recolectada en el recorrido, la revisión de los registros y las entrevistas para hacer preguntas muy enfocadas en la promoción del aprendizaje y la concienciación.

Estas guías pueden ayudar a los miembros de los equipos durante la reunión:

- Los miembros que participan deben haber estado involucrados en el proceso de autoevaluación con los estándares.
- Los participantes deben pedir a los evaluadores que clarifiquen sus preguntas, si es necesario.
- Los participantes deben tener una intervención activa respondiendo a las preguntas, presentando ejemplos o expandiendo las respuestas dadas por otros miembros.
- Durante el cierre de la reunión, los miembros deben añadir comentarios pertinentes que no fueron discutidos durante la reunión (como resultados de una iniciativa de mejoramiento de la calidad o resultados de una actividad particular).
- Si los evaluadores piden al equipo retroalimentación inmediata, háganlo de tal forma que los evaluadores puedan mejorar su percepción de la entidad. La retroalimentación también se puede dar al grupo o persona coordinadora, durante o después de la evaluación de acreditación.

A veces las prácticas o ensayos de las entrevistas son positivas. Esto permite, a los miembros de los equipos, sentirse más cómodos en las entrevistas y con las preguntas destinadas a examinar la calidad de la atención y el servicio y posibilita que los miembros vean cómo se va armando el proceso de evaluación. Los equipos

pueden querer realizar estos ensayos antes de la evaluación de acreditación y/o regularmente de ahí en adelante efectuarlos como un ejercicio de autoevaluación.

Generalmente, los evaluadores decidirán qué papel tendrá cada uno (secretario, facilitador, etc.). El evaluador que actúa de facilitador abrirá la reunión, la guiará y la cerrará. Si el equipo de la atención quiere hacer algunas actividades o presentaciones para romper el hielo, esto debe ser discutido con los evaluadores antes de la reunión.

6.5. EVALUANDO LOS EQUIPOS DE APOYO

6.5.1 Reunión con el equipo de gerencia de la información

El propósito de esta reunión es discutir las autoevaluaciones de los equipos de acuerdo con la sección de estándares en gerencia de la información. Las personas que deben asistir son los evaluadores y el personal responsable de manejar la información, al igual que algunos de sus clientes.

Las estructuras y procesos para manejar la información varían en complejidad de organización a organización. El equipo de manejo de la información puede estar compuesto de representantes de unidades organizacionales que incluyen servicios de información, finanzas, registros de admisión y salida, entre otros.

Se debe destinar para esta reunión entre una hora y una hora y media. Por lo general no se hacen recorridos, a menos que sea específicamente pedido por los evaluadores o que el equipo lo considere necesario.

Los siguientes son ejemplos de preguntas que los evaluadores pueden formular en la reunión:

- ¿Quiénes son sus clientes/pacientes?
- ¿Cómo evalúa las necesidades y expectativas de sus pacientes?
- ¿Puede describir cómo se toman las decisiones relacionadas con el manejo de información? ¿Quién está involucrado? ¿Cómo se determinan las prioridades del manejo de la información?
- ¿Puede dar ejemplos de cómo se guardan los datos y la información de forma segura y confidencial?
- ¿Puede describir cómo el sistema de información apoya los programas clínicos?
- ¿Cómo se definen las necesidades de información del personal clínico?
- ¿Tiene la organización una forma de integrar los datos clínicos con los administrativos?

- ¿Cómo se usa esta información?
- ¿Qué información utiliza para evaluar/monitorear la calidad del servicio prestado?
- ¿Puede dar un ejemplo de un aspecto que se haya identificado y mejorado?
- Cuando se introduce una nueva tecnología, ¿cómo asegura que los clientes se sientan bien con el sistema?
- ¿Cómo circula la información a una entidad de referencia o a los recursos de la atención continua que son requeridos para un paciente en particular?

Si existen documentos específicos de este equipo o programa, estos pueden ser presentados a los evaluadores durante la reunión. Estos documentos pueden incluir reportes de actividades de mejoramiento de la calidad, encuestas de satisfacción al cliente y resultados, ejemplos de correos electrónicos, sistemas de información de las oficinas, otros materiales o herramientas que el equipo haya desarrollado, o momentos de las reuniones que sean particularmente relevantes.

6.5.2. Reunión con el equipo de recursos humanos

El propósito de esta reunión es discutir la autoevaluación del equipo contra los estándares de desarrollo de recursos humanos y gerencia. A esta reunión debe asistir el personal responsable de manejar los recursos humanos, al igual que algunos clientes.

Los miembros del equipo de gerencia pueden ser representantes de unidades organizacionales que incluyen servicios de recursos humanos; educación, salud y seguridad, entre otros. Los representantes profesionales del personal, incluyendo los médicos, deben participar en la autoevaluación y en el proceso de evaluación para discutir aspectos relacionados con la práctica profesional.

Esta reunión puede durar aproximadamente hora y media para esta reunión. Por lo general no se hacen recorridos, a menos que sea específicamente solicitado por los evaluadores o que el equipo lo considere necesario.

Los siguientes son ejemplos de preguntas que los evaluadores pueden hacer en esta reunión:

- ¿Quiénes son sus clientes?
- ¿Cómo evalúa las necesidades y expectativas de sus clientes?
- ¿Puede describir el proceso para hacer informes de desempeño? ¿Quién está involucrado en la evaluación del desempeño y en dar retroalimentación?

- ¿Existe un plan de recursos humanos para la organización? ¿Cómo se desarrolló?, ¿Cómo se usa?
- ¿Qué mecanismos existen para asegurar que el personal sea calificado y competente? ¿Cuándo se contrata personal? ¿Se hace continuamente?
- ¿Puede describir el proceso de orientación del personal?
- ¿Qué procesos existen para el desarrollo del personal y educación continuada? ¿Cómo se determinan las necesidades educativas del personal? ¿Cómo se evalúan las actividades educativas?
- ¿Cuál es el reto más grande en el área de salud y seguridad ocupacional? ¿Cómo está alcanzando este reto?
- ¿Qué información utiliza para monitorear y evaluar la calidad del servicio prestado? ¿Puede dar un ejemplo de un aspecto que haya sido identificado y decir cómo fue mejorado?

Si existen documentos específicos de este equipo o programa, estos pueden ser presentados a los evaluadores durante la reunión. Estos documentos pueden incluir reportes de actividades de mejoramiento de la calidad, encuestas de satisfacción al cliente y resultados, el proceso de carnetización, el sistema de información de desempeño, archivos de empleados, planes de compensación de trabajo, reportes de quejas, planes de equidad de pago, otros materiales o herramientas que el equipo haya desarrollado, o momentos de las reuniones que sean particularmente relevantes.

6.5.3. Reunión con el equipo de gerencia del ambiente físico

El propósito de esta reunión es discutir la autoevaluación del equipo contra los estándares en la sección de gerencia del ambiente físico del documento de estándares. A esta reunión, debe asistir el personal responsable de manejo ambiental, al igual que algunos de sus clientes.

El equipo de manejo del ambiente físico tiene representantes de unidades organizacionales que incluyen aseo, nutrición y servicios alimenticios, lavandería y lencería y mantenimiento de la planta física, entre otros. También debe participar en el equipo la persona responsable del manejo del programa de infecciones nosocomiales.

Se debe destinar hora y media para esta reunión. Por lo general, no se hacen recorridos, a menos que sea específicamente pedido por los evaluadores o que el equipo lo considere necesario.

Los siguientes son ejemplos de preguntas que los evaluadores pueden hacer en esta reunión:

- ¿Quiénes son sus clientes?
- ¿Cómo evalúa las necesidades y expectativas de sus clientes?
- ¿Puede describir el plan general de desastres y emergencias? ¿En qué forma están estos planes integrados con los planes de desastres de la comunidad?
- ¿Puede describir el proceso de tratar con un paciente, o miembro de familia violento?
- ¿Cómo asegura que el personal sabe cómo responder en caso de un incendio u otra emergencia?
- ¿Qué aprendió de su último ensayo de incendio? ¿Qué hizo con la información?
- ¿Cómo maneja los desechos biomédicos?
- ¿Puede describir el proceso de selección y compra de un nuevo equipo médico? ¿Quién está involucrado en este proceso? ¿Cómo se evalúa el equipo? ¿Cómo se asegura que el personal sabe usarlo?
- ¿Considera que las instalaciones en general son seguras?
- ¿Cuál es su criterio sobre la funcionalidad de las áreas de prestación del servicio?
- ¿Cómo funciona el plan de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos?
- ¿Cómo planifica la organización y la adquisición de tecnología?
- ¿Qué información utiliza para monitorear / evaluar la calidad del servicio prestado? ¿Puede dar un ejemplo de un aspecto que haya sido identificado y mejorado?

Si existen documentos específicos de este equipo o programa, estos pueden ser presentados a los evaluadores durante la reunión. Estos documentos pueden incluir reportes de actividades de mejoramiento de la calidad, encuestas de satisfacción al cliente y resultados, reportes de control de infecciones, reportes de ejercicios de preparación para desastres y emergencias, reportes de evaluación, otros materiales o herramientas que el equipo haya desarrollado o momentos de las reuniones que sean particularmente relevantes.

6.6. EVALUACIÓN DE LOS EQUIPOS DE LIDERAZGO

6.6.1. Reunión con el equipo de direccionamiento

El propósito de esta reunión es discutir el cumplimiento de los estándares de direccionamiento o establecer el direccionamiento estratégico. A esta reunión deben asistir los representantes del cuerpo de dirección. También puede asistir personal, médicos y personas de la comunidad.

Se debe destinar hora y media para esta reunión. Por lo general, no se hacen recorridos, a menos que sea específicamente pedido por los evaluadores o que el equipo lo considere necesario.

Los siguientes son ejemplos de preguntas que los evaluadores pueden hacer en esta reunión:

- ¿Quiénes son sus clientes?
- ¿Cómo evalúan las necesidades y expectativas de sus clientes?
- ¿Cómo se ajusta esta organización en los planes de servicios de salud del área/región?
- ¿Cómo mantiene la organización una conexión con la comunidad?
- Describa cómo su organización hace planes estratégicos. ¿Quién está involucrado? ¿Qué información recibe para confirmar que se están alcanzando los resultados? ¿Cómo se monitorea la implantación de los planes estratégicos? ¿Cuáles son los aspectos clave de las políticas de la junta para trabajar en el próximo año en relación con los planes estratégicos?
- Describa el proceso de desarrollo de su misión y su visión. ¿Cómo asegura que la misión esté actualizada?
- ¿Qué mecanismos existen para monitorear la calidad de la atención y el servicio prestados? ¿Cómo se monitorea la satisfacción del cliente? ¿Cuáles son las metas en mejoramiento de la calidad de la organización?
- ¿Cómo se contrata al director? ¿Cómo se evalúa? ¿Cuáles son las bases de la evaluación? ¿Quién participa en la evaluación?
- Describa el proceso de orientación para nuevos miembros de la junta directiva.
- ¿Tiene la junta directiva oportunidades de educación continuada para sus miembros? ¿En qué temas se han enfocado estas oportunidades últimamente? ¿Son evaluadas?

- ¿Cómo evalúa la junta su propio desempeño? ¿Se han establecido indicadores?
- ¿Cuáles son las fortalezas de la organización? ¿En qué aspectos necesita mejorar?
- ¿Qué mecanismos existen para monitorear y evaluar la efectividad de la organización?
- ¿Qué mecanismos existen para asegurar que la comunicación desciende a toda la organización?

6.6.2. Reunión con el equipo de gerencia

El propósito de esta reunión es discutir el cumplimiento de los estándares de gerencia. A esta reunión debe asistir el equipo de gerencia.

Se debe destinar hora y media para esta reunión. Por lo general no se hacen recorridos, a menos que sea específicamente solicitado por los evaluadores o que el equipo lo considere necesario.

Los siguientes son ejemplos de preguntas que los evaluadores pueden hacer en esta reunión:

- ¿Quiénes son sus clientes?
- ¿Qué mecanismos utiliza para evaluar las necesidades y expectativas de sus clientes?
- ¿Cómo asegura que los múltiples grupos culturales de su comunidad tengan acceso a todos sus servicios?
- ¿Podría describir algunas de las conexiones que tiene esta organización con otras organizaciones de servicios de salud de la región y otras agencias de la región?
- ¿Podría describir el proceso de planeación estratégica? ¿Cómo mantiene informados al personal de los resultados del plan estratégico? ¿Cómo los involucra en el desarrollo del plan estratégico? ¿Cómo se utiliza el plan estratégico para planeación de calidad, planeación operacional y para la distribución de los recursos? ¿Cómo se refleja el plan de calidad en las prioridades de los equipos? ¿Cuáles son los planes para el seguimiento de las auto evaluaciones? ¿Será esta información integrada al plan de calidad?
- ¿Cómo se desarrollan las metas y objetivos organizacionales? ¿Cómo se monitorea el progreso del cumplimiento de metas y objetivos?

- ¿Qué métodos se usan para reportar los resultados del monitoreo de la calidad?
- ¿Cómo hace la organización el seguimiento de estos reportes?
- ¿Qué mecanismos existen para monitorear o evaluar la calidad de los servicios de gerencia? ¿Puede dar un ejemplo de un aspecto que haya sido identificado y cómo fue mejorado?

6.7. ANÁLISIS DE RESULTADOS – REUNIÓN DE CIERRE

Esta reunión es una oportunidad para que el equipo de evaluación presente a la organización una visión general de lo que ha encontrado durante el proceso de evaluación.

Deben asistir a esta reunión el personal de la organización (según lo considere la organización), el cual puede incluir a aquellos que estuvieron involucrados en las entrevistas de evaluación, al igual que algunos clientes y sus familias.

Se debe destinar una hora para esta reunión, que es la última actividad de la evaluación.

Antes del análisis de resultados, el equipo de evaluación se tomará aproximadamente una hora para prepararse. Después se reunirán con el gerente o director ejecutivo de la organización para hacer una revisión general de lo que se va a decir y cómo se va a decir. Usualmente, el evaluador líder comenzará el análisis de resultados presentando los miembros del equipo y explicando el propósito de la sesión. Luego los evaluadores se turnan para comentar sobre áreas predefinidas. Los evaluadores pueden dar retroalimentación a cada equipo que fue entrevistado o estructurar sus comentarios bajo temas tales como enfoque en el usuario, funcionamiento de equipo, liderazgo y actividades de calidad en la organización. Finalmente, durante este tiempo, los evaluadores revisarán los objetivos y expectativas de la evaluación y comentarán el grado en que estos se han cumplido.

Durante el análisis de resultados los evaluadores propiciarán una oportunidad para que el personal de la organización intercambie puntos de vista o de explicaciones. Los evaluadores reforzarán que este análisis de resultados es un informe preliminar. El informe final será enviado por la entidad de acreditación.

7. DESPUÉS DE LA EVALUACIÓN DE ACREDITACIÓN

A penas los evaluadores salen del salón de la reunión, la típica reacción del personal es sentirse satisfecho por la culminación de la evaluación y orgullosos por un trabajo bien hecho. No obstante, la estrategia de mejoramiento de la calidad a través de la acreditación no se entiende como un esfuerzo episódico y de corto plazo; el análisis de las conclusiones de la visita de evaluación externa por parte de los evaluadores de la entidad acreditadora y su correlación con las conclusiones de autoevaluación a que había llegado previamente la institución definirán nuevas áreas de acción que, a su vez, lanzarán a la institución a un nuevo ciclo de evaluación y mejoramiento. Existen algunas acciones inmediatas y a largo plazo que la organización debe considerar para llevar a cabo después de la evaluación.

7.1. ACCIONES INMEDIATAS

La organización debe pedir a cada equipo que se reúna para hablar acerca de lo que salió en la evaluación y sobre las recomendaciones de los evaluadores. Los equipos deben pensar en las diferentes formas en que pudo haberse planeado la evaluación, de tal modo que ellos y la organización hubieran sacado el mejor provecho de esta. También deben dar sus ideas al grupo responsable de recopilar esta información.

La organización también debe hacer que el grupo de planeación se reúna para identificar qué áreas pueden mejorarse. El Informe de evaluación se distribuye con este propósito. Es importante para el grupo de planeación determinar si los objetivos de evaluación de la organización se cumplieron o no y así mismo, comunicar los resultados de la discusión al resto del personal.

El trabajo duro de evaluación merece una celebración. Una celebración después del proceso de evaluación refuerza la sensación de trabajo en equipo y de cumplimiento de metas entre el personal.

Al final de la evaluación, el análisis de resultados habrá destacado las mayores fortalezas de la organización y las áreas que necesitan mejoramiento. Este es el momento de planear cómo cada grupo hará el seguimiento de las áreas destacadas y de decidir cómo se manejarán las áreas de mejoramiento que fueron identificadas en la autoevaluación.

7.2. ACCIONES A LARGO PLAZO

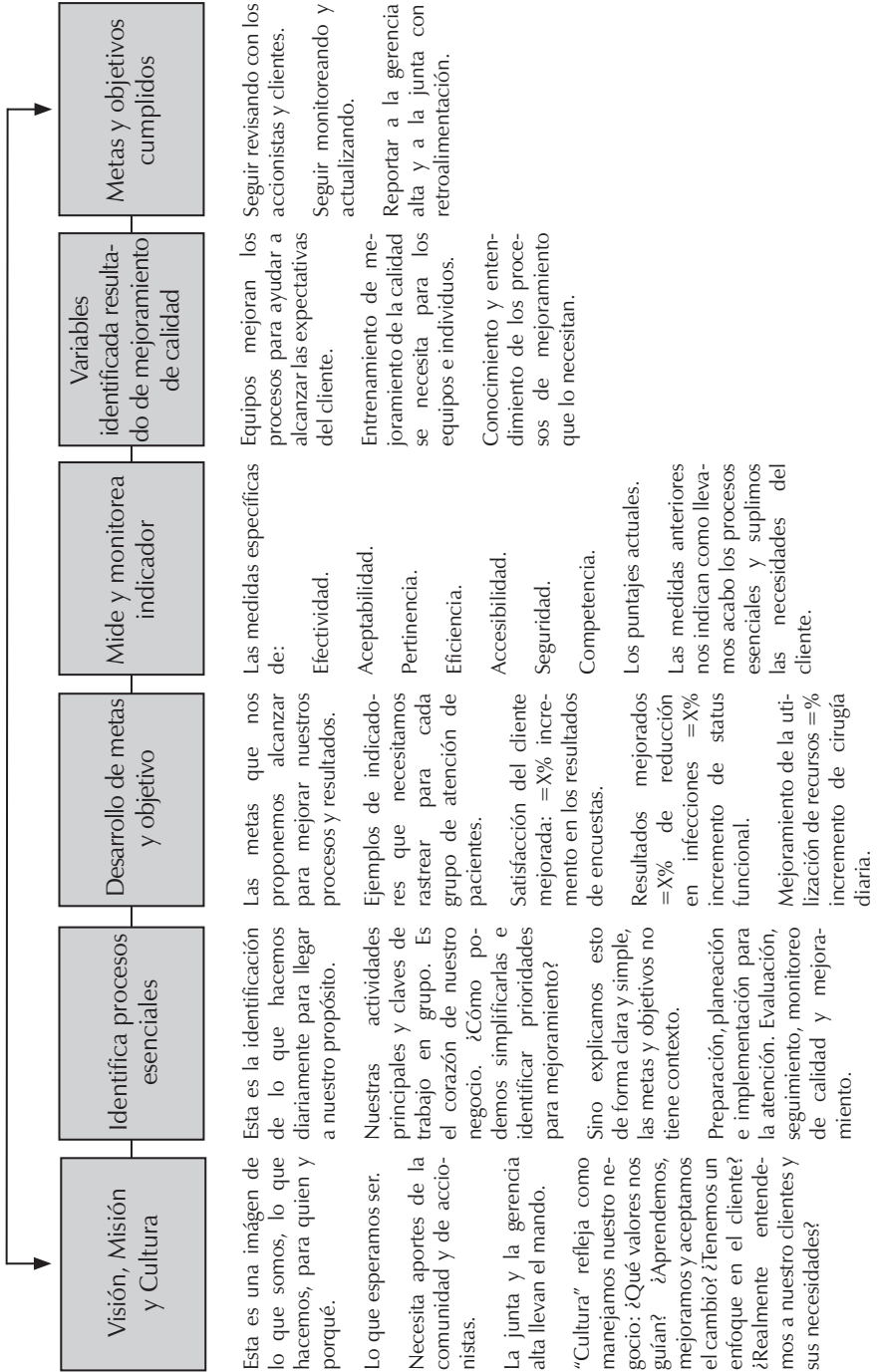
Cada organización recibirá de ICONTEC, un informe de evaluación. Una vez el reporte se haya recibido, la organización debe distribuir su contenido al personal y en general a todos aquellos que estuvieron involucrados en el proceso o que están interesados en los resultados.

Si los planes de acción no se han puesto en marcha hasta ese momento, la organización debe desarrollarlos para el manejo adecuado de las recomendaciones del informe y también para considerar las sugerencias y otros comentarios que hayan surgido en este. La organización debe establecer prioridades y desarrollar plazos.

Ahora que la organización ya ha tenido la experiencia de la acreditación centrada en el cliente, es importante reflexionar en qué forma puede integrarse esta experiencia con su direccionamiento estratégico y las actividades de mejoramiento de la calidad.

La vida de una organización de calidad puede estar ligada al siguiente modelo que incluye la visión, misión y cultura, identifica procesos esenciales (lo que se hace día a día), establece metas y objetivos para mejorar procesos y resultados; mide y monitorea los indicadores, lleva mejoramiento de procesos, y revisa los objetivos con los clientes y accionistas.

EL MAPA EN UN SITIO VISIBLE



La experiencia de acreditación debe demostrar si vale la pena mantener los equipos después de la evaluación o si se deben desintegrar, reformar o mezclarse entre sí. Son los propios equipos los que tienen la habilidad de decidir si deben continuar o los roles que deben desempeñar.

Ejemplos reales de la vida de los equipos después del proceso de acreditación incluyen un equipo de la atención de urgencias, que decidió que las responsabilidades del comité de la atención de urgencias y de su comité de resucitación podrían ser incorporados al nuevo equipo de la atención de urgencias. En otra organización, el equipo de información decidió implantar unas bases ad hoc para manejar aspectos del proceso de mejoramiento a medida que estos surgían.

También se sugiere que los equipos que fueron visitados por los evaluadores compartan la retroalimentación ya que esta información puede ser útil para todos los equipos de la organización.

Si la organización determina que el nuevo programa de acreditación es una parte esencial de su plan estratégico y de calidad, encontrará que el documento de estándares es una pieza valiosa para usar continuamente. Los estándares ayudarán a los equipos a evaluar su éxito en la satisfacción de las necesidades del cliente, en la atención y servicio prestado, en establecimiento de formas de lograr los objetivos y en llevar a cabo mejoramientos. Algunas organizaciones usan los estándares continuamente para guiar la toma de decisiones.

A medida que los equipos continúan trabajando para mejorar la atención y el servicio, sería benéfico que las organizaciones revisaran los planes y programas de educación para darles apoyo. Esta educación debe incluir conceptos de mejoramiento de la calidad, habilidades para reuniones efectivas, entrenamiento de comunicación y retroalimentación, habilidades de trabajo en grupo y herramientas para el mejoramiento de la calidad.

APÉNDICES

APÉNDICE 1: MUESTRA DE UN CAMINO CRÍTICO PARA LA PREPARACIÓN EN ACREDITACIÓN

El siguiente cuadro contiene la mayoría de las tareas y actividades relacionadas con la preparación para la acreditación:

TAREA		FECHA META	Responsables	RESULTADO	PROGRESO
1.1	Crear el equipo de planeación de acreditación e identificar sus metas y roles.			Términos de referencia.	
1.2	Establecer y comunicar las metas preliminares para la evaluación y el mensaje acerca de cómo se ajusta la acreditación a los planes de calidad de la organización.			Esbozar las metas de evaluación identificadas y comunicar cómo la acreditación se ajusta con los planes.	
1.3	Formar los equipos de la atención/servicio, liderazgo y apoyo (si no existen ya) e identificar sus directrices.			Términos de referencia.	
1.4	Desarrollar el plan de educación.			Programación de la educación, objetivos, eventos, locaciones, reservación de salones y participantes.	
1.5	Desarrollar el plan de comunicación para la preparación para la evaluación y posterior a la misma.			Desarrollo del plan de comunicación.	
1.6	Revisión de estándares, identificar y discutir preguntas/aspectos.			Aspectos / Preguntas / Respuestas.	
1.7	Identificar el material que necesitan los evaluadores.			Reporte y programación.	
1.8	Identificar los equipos que van a ser evaluados (si se necesita una muestra) Aplica durante la fase de ruta crítica.			Se identifican los equipos que van a ser evaluados.	
1.9	Revisar las recomendaciones de la pasada evaluación y asegurar el seguimiento.			Reporte y programación.	
1.10	Primera fase de concientización - educación.			Horario de eventos.	

TAREA		FECHA META	Responsables	RESULTADO	PROGRESO
1.11	Conformar y programar las fechas de evaluación.			Horario de eventos, locaciones, reserva de salones y participantes.	
1.12	Desarrollar horario de preparación para los equipos, incluyendo las reuniones de los grupos.			Horario de eventos.	
1.13	Segunda fase de la sesión de educación: entrenamiento para el facilitador.			Inducción de los facilitadores.	
1.14	Desarrollar y comunicar la estrategia para las autoevaluaciones de grupo.			Los equipos conocen la estrategia de autoevaluación.	
1.15	Terminar los bocetos de la autoevaluación.			Los bocetos de la autoevaluación están terminados.	
1.16	Tercera fase de la sesión de educación: revisión entre compañeros de las autoevaluaciones internas.			Pistas para las entrevistas y mayor comodidad frente a las entrevistas en grupo.	
1.17	Desarrollar un plan de seguimiento basado en los vacíos encontrados en la autoevaluación.			Plan o reporte listo.	
1.18	Monitorear el progreso de los equipos.			Reportes de progreso.	
1.19	Completar las autoevaluaciones finales.			Las autoevaluaciones están completas.	
1.20	Desarrollo de eventos, agendas y logística para: Reunión de introducción. Equipos de la atención al paciente. Equipo de gerencia del ambiente físico. Equipos de manejo de información. Equipos de recursos humanos. Direccionamiento. Alta gerencia. El análisis de resultados final.			Horario de eventos incluyendo reservas de salones y participantes.	
1.21	Entrega de documentos al equipo de evaluación (aplica durante la fase de ruta crítica).			Entrega de documentos.	
1.22	Estrategias de selección de pacientes/familias para las entrevistas.			Estrategia para seleccionar los pacientes identificados.	
1.23	Experiencia de acreditación.			Reunión y diálogos entre los equipos organizadores y los evaluadores.	

TAREA		FECHA META	Responsables	RESULTADO	PROGRESO
1.24	Celebración de agradecimiento.			Agradecimiento a todos los participantes.	
1.25	El análisis de resultados entre los equipos.			Identificación de fortalezas, aspectos importantes y preocupaciones.	
1.26	El análisis de resultados del equipo de planeación de acreditación.			Identificación de fortalezas, aspectos importantes y preocupaciones.	
1.27	Establecer el plan para el seguimiento de aspectos identificados por el equipo de evaluación.			Plan listo para hacer el seguimiento.	
1.28	Evaluar el plan de acción, de educación y comunicación de la acreditación.			Mejoramientos identificados.	
1.29	Revisar el reporte y preparar una respuesta si es necesario.			Carta de respuesta.	
1.30	Distribuir el reporte de evaluación.			Se comparten los contenidos del reporte de evaluación.	
1.31	Tercera fase de la sesión de educación: revisión entre compañeros de las autoevaluaciones internas.			Pistas para las entrevistas y mayor comodidad frente a las entrevistas en grupo.	
1.32	Decidir el futuro de los equipos de la atención/servicio, apoyo, liderazgo y planeación.			Se deciden los futuros papeles de los grupos.	
1.33	Definir y comunicar la estrategia continua de acreditación.			Se decide si debe incluirse la revisión de acreditación en el plan general de calidad.	
1.34	Definir y comunicar la estrategia continua de acreditación al personal.			Se define la estrategia de educación futura.	

APÉNDICE 2: LINEAMIENTOS PARA UNA POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD

Una noticia relevante para los sistemas de calidad del país ha pasado inadvertida, el Departamento Nacional de Planeación acaba de publicar en su página web, luego de ser aprobado por el Presidente de la República y el Consejo de Ministros el documento CONPES 3446 “Lineamientos para una Política Nacional de Calidad”.

El documento nace de la preocupación por la proliferación de iniciativas para la mejora de la calidad, sin que estas estuvieran siempre coordinadas.

La importancia de este documento radica en que define claramente la política de calidad del país, tanto en el sector productivo de la economía como en el sector salud, define que en el país existirán dos grandes sistemas, el Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología, el cual pasará a llamarse Sistema Nacional de Calidad, agrupando diversas iniciativas y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, define el propósito y precisa el alcance y las especificidades de cada uno y arroja claridad sobre sus interrelaciones.

En cuanto al propósito del Sistema Nacional de Calidad, afirma que es un instrumento que contribuye a mejorar la competitividad de las empresas colombianas, ofrecer al consumidor garantías e información sobre los productos que adquiere, proteger la vida, la salud y el medio ambiente, y promover el mayor desarrollo de la ciencia y la tecnología.

En lo referente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud plantea que el sector salud cuenta con un sistema propio de calidad, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Este se define 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. Este sistema busca proteger la vida y garantizar la salud de la población, y en él los temas de competitividad entre proveedores se incorporan como incentivos para el mejoramiento de la calidad de la prestación del servicio.

Tal precisión es la que explica por qué en el sector salud se utilizan métodos específicos y por qué el Sistema de Calidad en el sector salud está más orientado hacia los resultados de la atención que hacia la conformidad con unas especificaciones en el proceso, las cuales desde la perspectiva de este sistema constituyen prerrequisitos para la calidad pero no son su finalidad.

Igualmente, importante es la precisión establecida por el documento acerca de la coordinación entre ambos sistemas, especificando que aunque tienen objetivos, finalidades y metodologías diferentes, los sistemas deben ser compatibles y convergentes entre ellos y pasa a definir las estrategias que guiarán sus relaciones:

La primera es la existencia de la Unidad Sectorial de Normalización organismo reconocido por ambos sistemas y que ejerce una labor de coordinación entre ellos. Es en esta Unidad donde se definen los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y su operativización previsiblemente incrementará la estandarización y despliegue de los procesos de calidad en el sector salud. También permitirá evitar la potencial colisión entre las Normas Técnicas del Sistema de Calidad y los estándares de Calidad del Sistema Obligatorio.

La segunda es en el tema de la metrología, laboratorios de ensayo y calibración terreno en el cual el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad no tiene desarrollos específicos y será usuario de los desarrollos del Sistema Nacional de Calidad, con la salvaguarda de las previsiones necesarias a sus especificidades, lo cual optimiza recursos y coordina esfuerzos.

Finalmente, el documento aclara de una vez por todas el tema de la acreditación en salud, precisando que cuando se utiliza el término acreditación en salud se hace referencia a una metodología específica para este sector, con amplio reconocimiento internacional y en este sentido es un proceso diferente al mencionado en el Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología.

Creemos que con la aprobación y publicación de este documento se inicia un proceso de reorganización del Sistema Nacional de Normalización, Certificación

y Metrología y de coordinación con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud que beneficiará al país y que desarrolla lo planteado en el Decreto 1011 de 2006, el cual en su artículo 5° le ordenaba al Ministerio de la Protección Social velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad.

Blanca Elvira Cajigas de Acosta

Viceministra de Salud y Bienestar

APÉNDICE 3: DIEZ ACCIONES BÁSICAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dra. Odet Sarabia González¹⁰
Ing. M. Walter Tovar Vera

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.

En cuanto a la identificación del paciente, diremos que es una causa importante de la generación de incidentes, es la tendencia a resumir ubicaciones, nombres completos y característicos de los pacientes, v.gr. “El niño de la 21”, “la diabética que ingreso hace un rato”. Olvidemos esas costumbres.

Es preciso realizar este proceso (sí, esto también es un proceso) a partir de, por lo menos, dos datos diferentes.

Al iniciar la atención médica, el primer punto debe ser la identificación correcta del paciente. Debemos eliminar cualquier punto que vulnere dicha identificación, es decir, que dé pie a confusión. Una forma sencilla es elegir como política del hospital dos datos diferentes relacionados con el paciente. Por ejemplo, nombre completo y fecha de nacimiento o CURP o RFC. Lo que nunca deberá utilizarse es el número de cama ni el horario de atención al paciente.

¹⁰ Asesora del subsecretario de Innovación y Calidad – Subsecretaría de Innovación y Calidad – Secretaría de Salud de México. Boletín No. 1 y 2 Seguridad del Paciente

2. MANEJO DE MEDICAMENTOS.

El manejo de medicamentos conlleva riesgos que pueden dar lugar a graves fallas en la atención médica. ¿Quién no ha sabido de algún caso de equivocación en la administración de insulina?

La mejor manera de resumir este punto es mediante el conocido método nemotécnico de las “5 C”.

Esto quiere decir:

- Paciente correcto
- Medicamento correcto
- Vía correcta
- Dosis correcta
- Rapidez correcta

Uno de los principales retos que enfrentamos se encuentra en el manejo de medicamentos, ya que un error en la administración de los mismos puede traducirse en daño grave. Sin embargo, algo tan sencillo como repasar a manera de lista de cotejo o letanía los siguientes cinco puntos resumidos en las “5 C” podrá contener riesgos y evitar daño.

Para cerciorarnos de que se trata del paciente correcto, debemos hacer una identificación del enfermo, como se describió en el párrafo anterior.

En cuanto a los otros cuatro puntos, debemos hacer uso de la duda recurrente a manera de sistema redundante.

Por otro lado, es importante considerar el remover de las unidades de atención de pacientes electrolitos concentrados como el cloruro de potasio o el cloruro de sodio, ya que hay casos reportados en los que el daño ha sido letal al administrarlos en altas concentraciones.

3. COMUNICACIÓN CLARA.

Las fallas de comunicación son un factor más frecuente en la gestación de eventos adversos en toda actividad humana, la gama de posibilidades de error es vasta, por lo mismo, nos enfocaremos a los casos más vinculados a los procesos de atención a la salud.

Esto depende de identificar claramente a la persona a quien se dirige la comunicación. Si es un médico, se podrá hablar de cierta manera y con ciertos términos; si es enfermera, con otros; y si es paciente, aun con otros.

- En primer término, hable correctamente.
- En lo posible, use terminología estandarizada.
- Sea conciso, claro, específico y oportuno.
- No utilice abreviaturas, acrónimos o símbolos, al menos que su organización cuente con estandarización de los mismos.
- Cerciórese de que se ha dado a entender (que quien recibe la orden la repita).
- Si el tiempo es un factor importante, especifique el momento en que se requiere que se efectúe la acción.
- En caso de órdenes verbales o resultados críticos de exámenes, es recomendable implementar un proceso de verificación, es decir un sistema redundante para evitar malas interpretaciones, errores y posible daño.
- Dada la importancia de la comunicación en el tema de seguridad del paciente, hemos dedicado un capítulo para él. Sin embargo, a manera de resumen, resaltamos los puntos mencionados.

4. USO DE PROTOCOLOS Y/O GUÍAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS.

El no apegarse a protocolos y guías diagnósticas y terapéuticas es fácilmente origen de un incidente. De la misma manera, la ausencia de un protocolo o lineamiento aprobado puede dar lugar a efectuar un procedimiento no idóneo, es preciso en tal caso que se desarrolle un protocolo específico adecuado.

Siempre será más seguro seguir protocolos y/o guías diagnósticas y terapéuticas de acuerdo con los signos y síntomas.

Afortunadamente, se cuenta con protocolos de atención, guías diagnósticas y terapéuticas, mismos que nos ayudan a homogeneizar la atención médica. Sin embargo, cabe resaltar que la constante revisión y actualización por expertos en el ramo deberá fomentarse para poder brindar la atención más actualizada.

5. EN CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS, LAS “C” SON SOLO 4.

El llegar a un procedimiento quirúrgico sin contar con toda la información necesaria puede causar un incidente, por ello deberemos verificar una serie de datos.

Aquí será suficiente cerciorarse de que se trata de:

- El paciente correcto
- Cirugía o procedimiento correcto
- Sitio quirúrgico correcto
- Momento correcto (oportuno)

Antes de iniciar una cirugía o un procedimiento, el equipo debe tomar un breve “tiempo fuera” para poder repasar, a manera de lista de cotejo, los cuatro puntos enumerados. El “tiempo fuera” invertido es un tipo de sistema redundante empleado para contener riesgos y evitar causar daño, el cual debe ser grave o incluso irreversible.

Para evitar errores en sitio quirúrgico, es útil marcar el área que se va a operar en presencia del enfermo mientras este se encuentre todavía consciente.

6. CAÍDA DE PACIENTES.

El descuido, el no utilizar las medidas de protección, ya sea por olvido o por no contar con ellas, pueden dar lugar a una caída del paciente; del mismo modo, un estado alterado del paciente puede hacer necesaria la toma de medidas adicionales para contener esta posibilidad.

Como primera medida, será preciso que los miembros del equipo identifiquen pacientes con alto riesgo de caerse, y luego discutan brevemente las situaciones en que hay mayor probabilidad de que esto suceda.

Si el paciente está en cama, habrá que dejar los barandales de la cama arriba. También conviene informarles al enfermo y a los familiares de las medidas de seguridad tomadas y la razón de la misma, para evitar que alguno de ellos pueda interferirlas o cancelarlas.

La caída de pacientes es un acontecimiento que podemos evitar con algunas medidas sencillas. Los pacientes geriátricos, los que tengan algún tipo de encefalopatía u otros problemas neurológicos, los niños o enfermos con problemas psiquiátricos merecen especial atención y cuidado. En muchas ocasiones los barandales de la cama se encuentran abajo, y por inercia así los dejamos. Es importante evitar esto, y comunicar a los familiares y al paciente qué medidas deben tomar para evitar que el enfermo sufra una caída. Por ejemplo, si este

quiere pararse, que pida siempre ayuda de enfermería, que se mantengan siempre las barandas arriba, que determinados pacientes no queden nunca solos.

7. INFECCIONES NOSOCOMIALES.

Tenemos conocimiento de lo frecuentes que son las infecciones nosocomiales, si bien son un riesgo implícito en un medio en que se concentran enfermedades y tratamientos para su cura, no tienen por qué ser inevitables muchas de ellas, es decir, bien podemos reducir su incidencia.

Todo miembro del equipo de salud debe lavarse las manos antes y después de revisar a cada paciente.

Igualmente, es preciso identificar a los pacientes quienes, por sus condiciones, tienen mayor riesgo de contraer este tipo de infecciones. Ejemplos de estos últimos serían los enfermos geriátricos y los que han padecido algún tipo de terapia invasiva.

Sin duda, lavarse las manos salva vidas. Un adecuado aseo de manos, así como otras medidas sencillas específicas para evitar transmisión de infecciones nosocomiales constituyen rutinas fundamentales cuya omisión puede acarrear una pesada carga de responsabilidad.

8. FACTORES HUMANOS.

El factor humano es un componente que, por lo general, está presente en los incidentes y eventos adversos, debemos conocer y admitir nuestros límites y carencias para no afectar el funcionamiento de los sistemas de los cuales formamos parte.

El cansancio, la prisa y otros factores humanos no son por sí mismos causa obligada de accidentes, pero el no tomarlos en cuenta si lo es, debemos contener riesgos y para ello es preciso identificar los factores humanos y tomar medidas preventivas consecuentes.

Si un miembro del equipo no se encuentra en el ciento por ciento de sus facultades y capacidades (por cansancio, prisa o algún otro problema) debe externarlo y pedir ayuda. Si se tiene duda al respecto, antes que intentar procedimientos de riesgo, conviene consultar al especialista indicado.

En el caso de recibir una consulta de este tipo por parte de un compañero, hay que mostrarse solidario y fraterno. Es útil recordar que, si un día lo necesita el compañero, mañana puede necesitarlo usted.

Uno de los factores más importantes en materia de seguridad es el humano.

Esto no se aplica solamente en el terreno de atención a la salud, sino en prácticamente cualquier industria medianamente compleja. Debemos reconocer nuestra falibilidad y que, al ser humanos, podemos equivocarnos. Entender esto nos facilita apoyar a nuestros compañeros de trabajo en circunstancias en las que no pueden dar el rendimiento que están acostumbrados a dar. Esto, a su vez, abre la posibilidad de que también nosotros podamos tener la confianza de solicitar este apoyo cuando lo necesitemos. Esta conducta fortalece muchas cosas deseables: el espíritu de equipo, la solidaridad, la calidad de la atención y, en última instancia, todo el sistema de salud.

9. HAGA CORRESPONSABLE AL PACIENTE DE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO.

El paciente, así como es el objetivo de nuestra atención, también juega un papel activo muchas veces en esta, él puede determinar el éxito o el fracaso de un tratamiento en principio adecuado, por lo tanto, debemos considerarlo a él y/o a su familia partes del sistema de atención a la salud.

La participación del paciente y sus familiares en el proceso de atención a la salud es fundamental. El invitarlos a tener la confianza de expresar sus dudas ante su enfermedad y tratamiento y el resolvérselas ahorrará tiempo, fortalecerá el rapport, es decir, el vínculo con el paciente y favorecerá la imagen tanto del personal de la atención médica como de la institución misma.

- Sea paciente con su “paciente”.
- Comuníquese con su paciente de acuerdo con su nivel sociocultural.
- Pregunte si tiene alguna duda sobre su padecimiento y su tratamiento.
- Verifique que fue comprendido.
- Invite al paciente a que sea acompañado de un familiar.
- Sugiera que anote todas sus dudas, con la finalidad de que en el momento de tener contacto con usted resuelva la mayor cantidad de estas.
- Siempre pregunte y rectifique todos los medicamentos y tratamientos que su paciente esté utilizando, inclusive los que no requieren receta médica u otro tipo de tratamientos alternativos.
- Cerciórese de actualizar este listado.

- Siempre incluya esta información en el enlace con los demás servicios involucrados con su paciente.

10. CLIMA DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE.

La causa principal de que las medidas para la mejora de la seguridad del paciente no se implementen con suficiente celeridad o no den el resultado esperado es la renuencia a efectuar cambios por algunos elementos del personal involucrado, esto produce una falta de camaradería y de la adecuada integración de un equipo de trabajo, a su vez, esta situación y la carencia de empatía impiden la existencia de un clima de seguridad para el paciente.

Todas las medidas anteriores implican algún grado de esfuerzo personal. Habrá quien invierte ese esfuerzo sin ninguna reserva, en función de que es por una buena causa.

Otros serán más reservados, apuntando que no todos “jalan parejo” o por alguna de las múltiples justificaciones que se suelen esgrimir para no cambiar.

Sin embargo, lo más importante a subrayar en este punto es el valor del ejemplo; un miembro del equipo; que dé ejemplo de conciencia y cuidado frente a las acciones de seguridad tendrá por lo menos un seguidor, estos dos empezarán a constituir un clima de seguridad que con el tiempo será muy difícil de negar.

Este clima, a su vez, constituye una condición fundamental que propicia la tranquilidad, y por lo tanto, una mejor condición para la recuperación del paciente.

Y en este punto, es preciso repetir lo que ya se ha señalado en muchos otros trabajos sobre calidad: “En el largo plazo, la calidad es su propia recompensa”.

El practicar estas acciones nos facilitará el realizar nuestro trabajo cotidiano, conteniendo riesgos, alineando esfuerzos y potenciando el brindar una atención con calidad.

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Ejemplo Uno (para una entidad administradora de planes de beneficios) de fortalezas y oportunidades para el mejoramiento de la memoria del trabajo institucional.....	45
Cuadro 2. Ejemplo Uno (para IPS) de fortalezas y oportunidades para el mejoramiento de la memoria del trabajo institucional.....	46
Cuadro 3. Ejemplo Dos (para una IPS) de los elementos del trabajo institucional en la escala de cumplimiento.....	47
Cuadro 4. Ejemplo Dos (para una entidad administradora de planes de beneficios) de los elementos del trabajo institucional en la escala de cumplimiento.....	48



www.imprenta.gov.co
Conmutador: PBX (0571) 457 80 00
Carrera 66 No. 24-09
Bogotá, D. C., Colombia