

Auditoría de la calidad II

Autor: Claudia Ximena Perilla



Auditoria de la Calidad II / Claudia Ximena Perilla Wilches, / Bogotá D.C., Fundación Universitaria del Área Andina. 2017

978-958-8953-96-0

Catalogación en la fuente Fundación Universitaria del Área Andina (Bogotá).

© 2017. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
© 2017, PROGRAMA AUDITORIA EN SALUD
© 2017, CLAUDIA XIMENA PERILLA WILCHES

Edición:

Fondo editorial Areandino
Fundación Universitaria del Área Andina
Calle 71 11-14, Bogotá D.C., Colombia
Tel.: (57-1) 7 42 19 64 ext. 1228
E-mail: publicaciones@areandina.edu.co
<http://www.areandina.edu.co>

Primera edición: octubre de 2017

Corrección de estilo, diagramación y edición: Dirección Nacional de Operaciones virtuales
Diseño y compilación electrónica: Dirección Nacional de Investigación

Hecho en Colombia
Made in Colombia

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra y su tratamiento o transmisión por cualquier medio o método sin autorización escrita de la Fundación Universitaria del Área Andina y sus autores.

Auditoría de la calidad II

Autor: Claudia Ximena Perilla





Índice

UNIDAD 1 Sistema Único de Acreditación

Introducción	6
Metodología	9
Desarrollo temático	11

UNIDAD 2 Autoevaluación, mejoramiento y análisis de estándares

Introducción	21
Metodología	23
Desarrollo temático	25

UNIDAD 3 Niveles de calificación y plan de acreditación

Introducción	36
Metodología	38
Desarrollo temático	40

UNIDAD 4 Sistema de Información para la Calidad

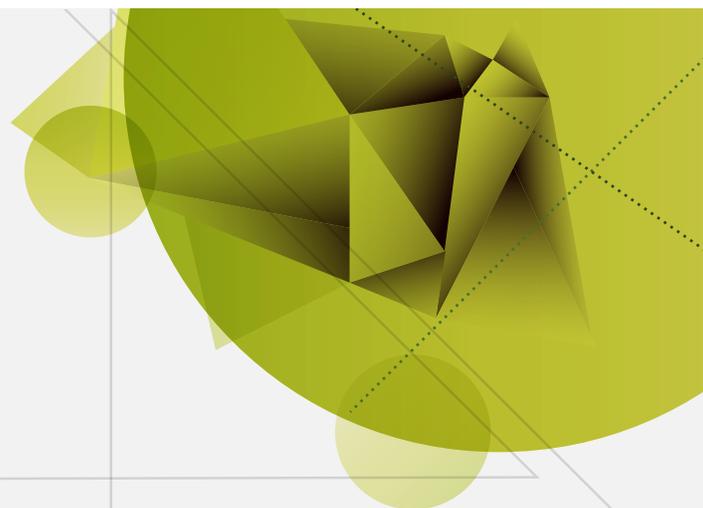
Introducción	52
Metodología	53
Desarrollo temático	55

Bibliografía	65
--------------	----



1 Unidad 1

Sistema Único de
Acreditación



Auditoría de la calidad II

Autor: Claudia Ximena Perilla

Introducción

Dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en el marco del Decreto 1011 de 2006, se encuentran especificados los cuatro componentes del Sistema, los cuales hacen que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) que son las Entidades Promotoras de Salud, (EPS), las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades departamentales, distritales y municipales mantengan unos estándares de calidad esperados para dar cumplimiento a una atención adecuada en toda la población afiliada y el buen funcionamiento del sistema de acuerdo a las directrices del Ministerio de Protección Social, así como la posibilidad de buscar estándares superiores de calidad que no son obligatorios pero le dan una mayor posibilidad de venta de servicios en el mercado (costo beneficio y costo efectividad).

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud



Imagen 1.
Fuente: <http://goo.gl/vhA8pl>

Dentro de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad, encontramos la prestación de la atención con un mínimo de riesgos en salud acordes con los esperados por los entes de control desde la estructura del recurso humano, tecnológico, administrativo y estructural, dentro del presente módulo que vamos a revisar en este Módulo el Sistema Único

de Acreditación, en donde debemos tener claridad del concepto de Acreditación en Salud, el cual es un proceso voluntario y periódico en donde las entidades que decidan llevarlo a cabo deberán realizar un proceso de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y sus resultados buscan mejorar la calidad de la atención del cliente (paciente) en las organizaciones de salud y se realiza a través de una serie de estándares ya establecidos, óptimos y con la facilidad de ser alcanzables los cuales ya están previamente conocidos por las entidades evaluadas.

Este proceso es realizado por personal idóneo y entrenado para tal fin y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función el cual está definido en el Decreto 1011 de 2006 y complementado por la Resolución 1445 de 2006, los cuales nos determinan todos los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y los manuales y procedimientos que se deben tener en cuenta dentro del proceso de acreditación.

Para poder hacer una articulación de los componentes del Sistema a continuación hay una imagen con el orden necesario para su mayor aprendizaje, los cuales se encuentran reflejados en el Módulo en Auditoría de la Calidad 1 y en el desarrollo del presente módulo.

Componentes del SOCGS



Imagen 2.

Fuente: http://www.clinicasanrafael.co/hucsr/images/stories/demo/Calidad/calidad_2.jpg

Dentro del ejercicio de la auditoría y del trabajo del auditor, es importante entender los conceptos del presente módulo, teniendo en cuenta que es el día a día del gestor de Salud dentro del Sistema de Salud actual en Colombia; así como lo es concientizarse del impacto que se tiene para el manejo de las entidades de salud desde el rol de asegurador y del prestador de servicios de salud y la responsabilidad de los actores del Sistema en términos de la prestación de servicios de salud con estándares de calidad superiores.

¡La acreditación como compromiso y responsabilidad!

De acuerdo con la metodología de educación virtual, los periodos se manejan por módulos de formación con la siguiente distribución de actividades:

Momento de aprendizaje autónomo:

Las actividades que se desarrollan son individuales. El estudiante debe desarrollar y entregar ejercicios, talleres de aplicación, lecturas, ensayos, participación en los foros, mapas conceptuales, en las fechas estipuladas para ello.

El aprendizaje autónomo será de un 75% por parte de cada estudiante.

Momento de aprendizaje tutorial:

Las actividades que se desarrollan se realizan teniendo en cuenta el apoyo y acompañamiento del tutor por medio de la plataforma EPIC. Los estudiantes podrán apoyarse en los tutores para resolver dudas y afianzar sus conocimientos.

El aprendizaje tutorial será de un 25% con un acompañamiento del tutor.

La comunicación se realiza únicamente a través de la plataforma EPIC por las rutas acordadas para el envío de trabajos y el foro de dudas. Se permitirá el acceso a bases de datos virtuales. Videos y documentos, chat, encuentros sincrónicos, entre otros.

Para el desarrollo de esta unidad, el estudiante debe leer el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema de General de Seguridad Social en Salud, la Resolución 1445 de 2006, sus modificaciones y anexos del Ministerio de la Protección Social, el Manual de Estándares del Sistema Único de Acreditación y la Resolución 123 de 2012, Resolución 2003 de 2014 y el ABC de la Acreditación y demás documentos donde reconocerá todo lo referente al Sistema Único de Acreditación en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, sus características, principios y la articulación de los mismos frente a los demás componentes del SOCGS.

Dentro del Componente Sistema Único de Acreditación tenemos unas características específicas a tener en cuenta:

Características de la Acreditación en Salud:



Imagen 3.
Fuente: Propia.

Sistema Único de Acreditación

Historia de la acreditación en el mundo

Revisando información de páginas de acreditación en Colombia, encontramos que en India y China, los estándares que determinaban quién podía practicar la medicina datan del primer siglo A.C.

A partir de 1140, Italia emprende esfuerzos para licenciar a todos los médicos, y esto dio lugar posteriormente, a estándares educativos uniformes, exámenes estatales y licenciamiento en el siglo XIX.

En USA, el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud se inició en 1917, cuando el American College of Surgeons (Colegio Estadounidense de Cirujanos) compiló el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses identificaran y prescindieran de los servicios de salud deficientes. Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones prestadoras de servicios de salud, 1951). En Canadá el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud, CCHSA, realiza este proceso desde 1959 (Tomado de <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?ldSub=114&ldCat=29>)

En la década de los 80, las fallas en el proceso de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, así como el aumento en costos, llevó a los profesionales de salud en los países desarrollados a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares, esto lo que nos permite evidenciar la carencia de servicios con calidad y la responsabilidad de todos los actores del sistema en este proceso. Actualmente en Colombia la normatividad cada vez está más en la brecha de lograr los estándares de calidad exigidos por las políticas de cada sector público y privado y que de alguna manera permitan hacer un seguimiento a los procesos inherentes a la seguridad, accesibilidad, oportunidad, pertinencia y continuidad en la prestación de servicios de salud teniendo en cuenta que el paciente está en un marco integral desde el primer momento de ser atendido por un ente y/o profesional de salud.

La calidad una mirada hacia el futuro

En 1966, Avedis Donabedian, en su artículo fundamental, introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud. Donabedian transformó la concepción tradicional de los sistemas de salud. Gracias al conocimiento que generó, aho-

ra entendemos que la respuesta social a los problemas de salud no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales.

En 1985, un grupo de profesionales de la salud se reunió en Udine, norte de Italia, para discutir sobre el aseguramiento de la calidad en medicina. La mayoría de los primeros grupos han sido profundamente influenciados por Avedis Donabedian y el enfoque europeo. En el primer consejo ejecutivo de la International Society for Quality in Health Care (ISQua) fue evidente. En 1986, con el liderazgo de Peter Reizenstein como presidente y entonces editor de la revista, la sociedad creció a través de su programa de la conferencia anual internacional y sus publicaciones.

Después de un proceso internacional en el que se presentaron varias ofertas, en 1995 se decidió establecer la secretaría de la International Society for Quality in Health Care Inc. (ISQua) en Australia. Esta sociedad es una organización sin ánimo de lucro, administrada por un Consejo Ejecutivo, que se elige cada dos años. Los miembros regulares del Consejo son de Norteamérica, Europa y de la región de Asia y el Pacífico.



Imagen 4.

Fuente: <http://goo.gl/jLniJB>

Definición acreditación en salud

Desde el ámbito de la calidad la acreditación en salud es como una metodología de evaluación externa, establecida autoevaluación, específicamente diseñada para el sector salud, y la realiza una organización no gubernamental (ICONTEC), la cual permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad. En donde se tienen requisitos incluidos en manuales y requisitos indispensables incluidos en los procesos de atención en salud, orientados a resultados esperados que superen estándares mínimos de habilitación y se desarrolla por profesionales de salud que son pares o contrapartes del personal de las entidades que desean voluntariamente acreditarse y tener un reconocimiento público en el ámbito nacional e internacional, con efectos de mejoramiento de calidad demostrados con el fin de lograr mayor adherencia a los servicios que estas presten, mejorando la demanda vs. la oferta y el costo-efectividad.

Desde la habilitación y en busca de mejorar y llegar a estándares superiores

La evaluación que se desarrolla dentro de la acreditación como procesos reconoce públicamente las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, (IPS), las Entidades Promotoras de Servicios de Salud tanto del Régimen Contributivo como el subsidiado (EPS y EPS-S), las Entidades de Medicina Prepagada (EMP) o Entidades Adaptadas, las Entidades Territoriales de Salud (ETS), en el cumplimiento de estándares superiores de calidad, previo cumplimiento de los requisitos mínimos determinados por el Sistema Único de Habilitación, los cuales en ambos casos están contemplados en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Colombia.

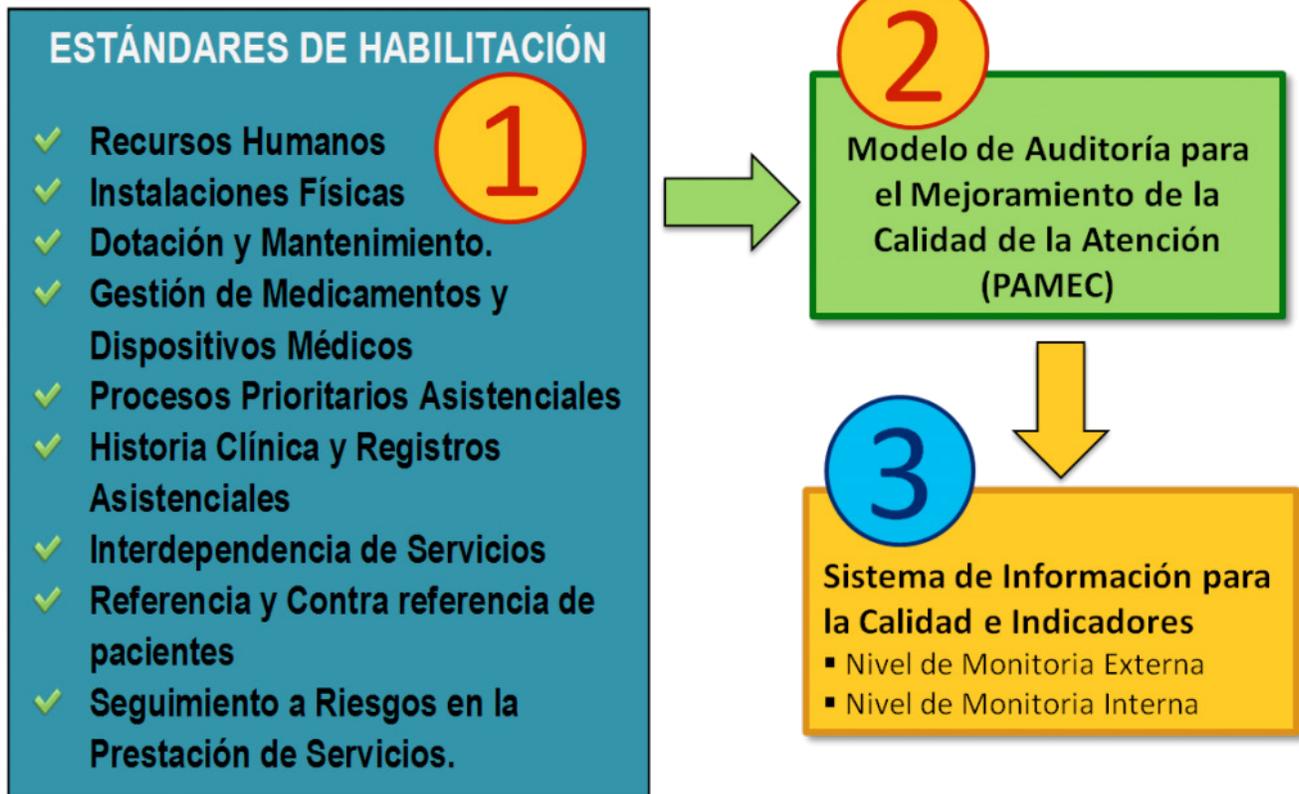
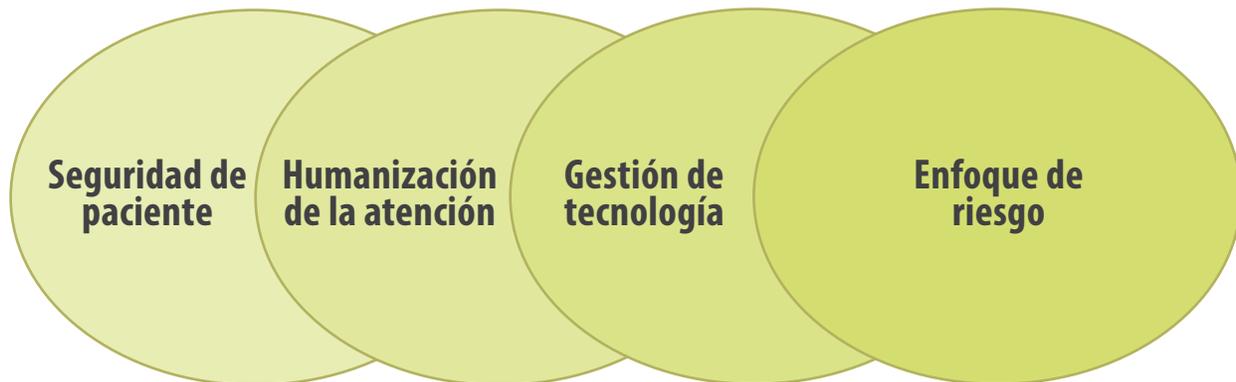


Imagen 5.
Fuente: <http://goo.gl/9aDb8D>

Los estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad y, por ende, se ajustan cada cuatro años. Las organizaciones de salud que deseen mantener su certificado de acreditación, deberán renovarlo igualmente cada cuatro años (Tomado de <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/abc-suas.pdf>).

Objetivo del Sistema Único de Acreditación: el proceso de acreditación no solamente busca incentivar el manejo de las

buenas prácticas en la prestación de servicios de salud, hablando de paciente seguro y con atención con calidad, adicional a esto, busca afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones para permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas y que les brinde la seguridad y oportunidad en la prestación de servicios de salud.



Transformación y medición de la cultura organizacional

Figura 1.

Fuente: Adaptado de Ejes acreditación en salud 2010-2014

Antecedentes de la acreditación en Colombia

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, “se estableció que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado” (Artículo 186 de la Ley 100 de 1993), disposición que fue ratificada por el Artículo 42, en donde se aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia.

Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: “1) salud pública; 2) los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema Privado de Servicios. El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993” (Ley 715 de 2001), definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad So-

cial en Salud y dentro de este se estableció la acreditación en salud como mecanismo voluntario para mejorar la calidad de los servicios de salud.

Por otro lado a comienzos de los años 90, en su momento el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y las diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), se unieron para la elaboración de un “Manual de Acreditación de IPS”, tomando como referencia el “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”, publicado por la OPS en 1991, este manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto. El cual se fue afinando y es lo que actualmente encontramos como estándares de evaluación de calidad.

Proceso de acreditación vs. calidad

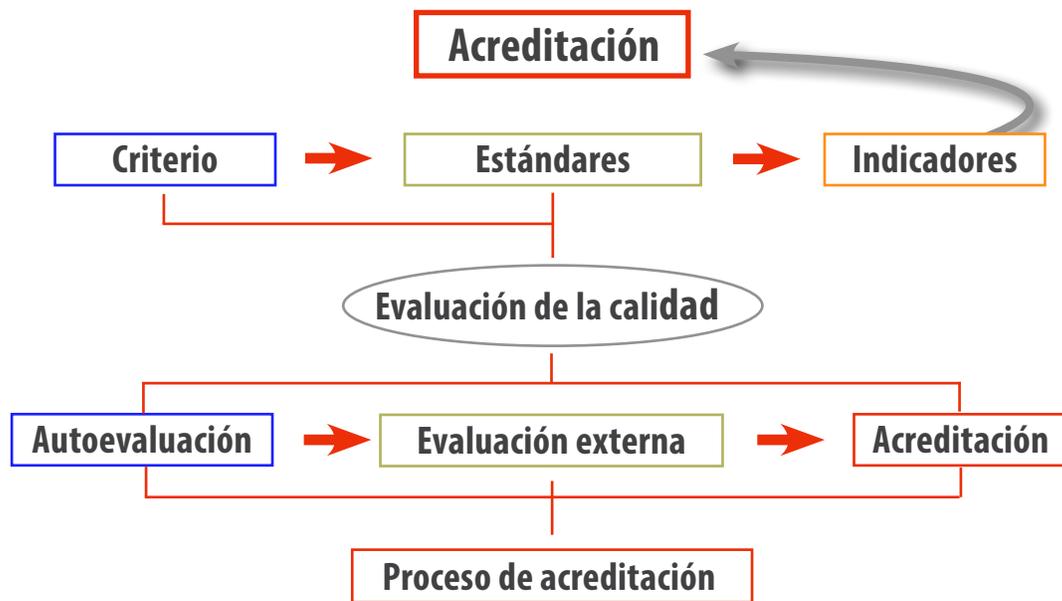


Figura 2.

Fuente: Adaptado de Monografías

En agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue postpuesto y el manual no fue difundido. En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud, este desarrollo de normas han evidenciado la continuidad en el interés del Gobierno nacional por mejorar los procesos en salud de acuerdo al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Después de esto el Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC) y es importante anotar que la primera reglamentación del SOGC se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 2309 de 2002 (derogado), en el que se dispone:

“El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”. Esta frase esta referenciada en Decreto 1011 de 2006, el cual establece La Calidad de la Atención en Salud como “la provisión de servicios de

salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”, para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS el cual deberá cumplir con las siguientes características:

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

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico”.

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

La habilitación de IPS y EPS, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

PAMEC - Mejora continua

“La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y

las empresas de medicina prepagada, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso". (Ref. Sistema Único de Acreditación - Título V – Artículo 41 – Decreto 1011 de 2006).

¿Quiénes hacen parte del proceso de Acreditación?

CAMPO DE APLICACIÓN.

- Prestadores de Servicios de Salud
- Entidades Promotoras de Salud
- ARS
- Entidades Adaptadas,
- Empresas de Medicina Prepagada
- Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Imagen 6.

Fuente: <http://goo.gl/iM0K3A>

Marco filosófico de ICONTEC como entidad acreditadora

Para ICONTEC, el Sistema Único de Acreditación en Salud reviste una importancia trascendental porque contribuye a garantizar el derecho a la vida y, por extensión, el derecho a la salud de las personas; también asegura, por parte de las organizaciones de salud, el respeto y la exaltación de valores como la equidad, la justicia, la solidaridad y la dignidad.

Para ICONTEC es fundamental que las organizaciones de salud comprendan que su razón de ser son los usuarios y que, por tanto, en cada uno de los puestos de trabajo de una organización en salud debe haber el liderazgo requerido para hacer de la calidad una realidad, es decir, para entender que la prestación de servicios de salud se orienta

primordialmente a alcanzar la satisfacción de las necesidades y de las expectativas de las personas.

El Sistema Único de Acreditación se orientará, en la gestión que desarrolla ICONTEC, hacia la evaluación de los procesos de atención a las personas, para determinar si en las entidades aseguradoras y prestadoras la atención efectivamente se centra en los clientes y para establecer el grado en que las instituciones trabajan, con base en la operación del Sistema de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. Así, se pretende asegurar niveles superiores de calidad en la prestación de sus servicios y su mejoramiento constante.



Imagen 7.

Fuente: <http://goo.gl/zmHoJo>

La gestión de ICONTEC implica la responsabilidad de “dar fe de la calidad de las organizaciones de salud”, misión que asume con pleno sentido de su compromiso político y social, y con profunda visión de la ética, ya que la acreditación representa un desafío que debe contribuir a la optimización de la prestación de los servicios, en la medida

en que cumpla factores fundamentales de la atención en salud como: relación costo-beneficio, accesibilidad, seguridad, soporte técnico, relación humana con los usuarios, sus familias, el equipo de salud y el compromiso de los directivos. En una fase posterior, la evaluación se orientará también hacia la medición de resultados, en la medida en que los estándares lo contemplen.

Con base en el desarrollo de esta misión, la visión de ICONTEC será lograr que el Sistema Único de Acreditación se posicione en la mentalidad de usuarios y prestadores del servicio de salud como una verdadera herramienta de cambio y constituirse en un mecanismo que contribuya a la competitividad de las organizaciones de salud, sustentada en la transparencia e idoneidad del Sistema.

ICONTEC, como entidad acreditadora, lidera un proceso de transformación cultural de las

organizaciones de salud, orienta la implementación y desarrollo del Sistema, promoviendo la participación voluntaria y consciente de las organizaciones de salud en los procesos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, con la finalidad de que progresivamente, un mayor número de organizaciones de salud mejore su gestión, supere los estándares mínimos definidos en el Sistema de Habilitación y alcance niveles superiores de desempeño primordialmente en beneficio de los usuarios, aflados y beneficiarios de los servicios de salud; todas las acciones mencionadas se orientan al logro de la eficacia en las organizaciones en cuanto a su productividad y utilización de los recursos en aras de alcanzar el equilibrio social y económico que requiere el Sistema General de Seguridad Social de Salud (Tomado de <http://acreditacionensalud.org.co/>).

Acreditación – Llegando al objetivo de la Excelencia



Imagen 8.

Fuente: <http://goo.gl/VodRGt>

Principios del Sistema Único de Acreditación

El Sistema Único de Acreditación se orientará por los siguientes principios:

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



2

Unidad 2

Autoevaluación,
mejoramiento
y análisis de
estándares



Auditoría de la calidad II

Autor: Claudia Ximena Perilla Wilches

Introducción

Como lo describimos en la unidad 1, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 003557 del 19 de noviembre de 2003 designó al ICONTEC, como el organismo único de acreditación en salud de Colombia, con el fin que desarrollara e implementara este sistema, en beneficio de los usuarios de los servicios de salud del país, uno de los primeros pasos a seguir es el llamado proceso de **autoevaluación que finalmente nos lleva a pensar si es ¿un método o una estrategia?**



Imagen 1.

Fuente: <http://goo.gl/VFhhoz>

Teniendo en cuenta que el proceso de acreditación es voluntario y hace que las entidades prestadoras de servicios de salud se desarrollen con estándares de calidad superior en pro de mejorar la calidad en la prestación, en acreditación se habla de 3 ejes:

1. La seguridad de paciente la cual se entiende y desarrolla como un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que finalmente busca minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso, complicación, incidente en el proceso de atención en salud, y la normatividad actual permite que se desarrollen dentro de políticas y programas dirigidos a la humanización de la atención que tengan en cuenta la dignidad del ser humano y mejorar la calidad de vida.
2. La gestión de la tecnología la cual permite que mediante un proceso racional de adquisición y utilización de los recursos de las entidades prestadora de salud permita un beneficio a los usuarios y a las mismas instituciones que dentro del proceso de acreditación busca mejorar la oferta y la demanda de servicios en términos de alta calidad en salud.

3. El enfoque y gestión del riesgo, este eje permite desarrollar mediante la provisión de servicios de salud accesibles y equitativos un balance entre la gestión clínica y la gestión administrativa y los beneficios, riesgos y costos, que dentro del sistema en salud determina el proceso de prestación de servicios de salud.

Dentro de los ejes y principios de la acreditación se encuentra la autoevaluación, el mejoramiento y el análisis de estándares como elementos necesarios para el desarrollo de la acreditación en salud.



Imagen 2. Fuente: <http://inkleined-to-teach.com/wp-content/uploads/2014/02/14.png>

Para que los ejes de la acreditación en salud, lleguen a alinearse a las normas, cultura y ética, debe darse un proceso sistémico dentro de un contexto de transformación cultural dentro de las organizaciones que busquen este proceso.

Dicha transformación debe ser promovida desde la alta dirección y el talento humano de las instituciones prestadoras de servicios de salud y tiene en cuenta el aprendizaje organizacional y la internalización de conocimientos, estrategias y buenas prácticas, así como la Responsabilidad Social entendida como la corresponsabilidad de las instituciones, la sociedad y los individuos, que conllevan acciones concretas que disminuyen las inequidades de las comunidades en particular y la sociedad en general y a la rendición de cuentas en el momento de obtener resultados del mejoramiento continuo organizacional, producto del desarrollo de estándares de calidad superior, lo que nos determina que la acreditación en salud es una forma de demostración de compromiso social.

De acuerdo con metodología de educación virtual, los periodos se manejan por módulos de formación con la siguiente distribución de actividades:

Momento de aprendizaje autónomo:

Las actividades que se desarrollan son individuales. El estudiante debe realizar y entregar ejercicios, talleres de aplicación, lecturas, ensayos, participación en los foros, mapas conceptuales, en las fechas estipuladas para ello.

El aprendizaje autónomo será de un 75% por parte de cada estudiante.

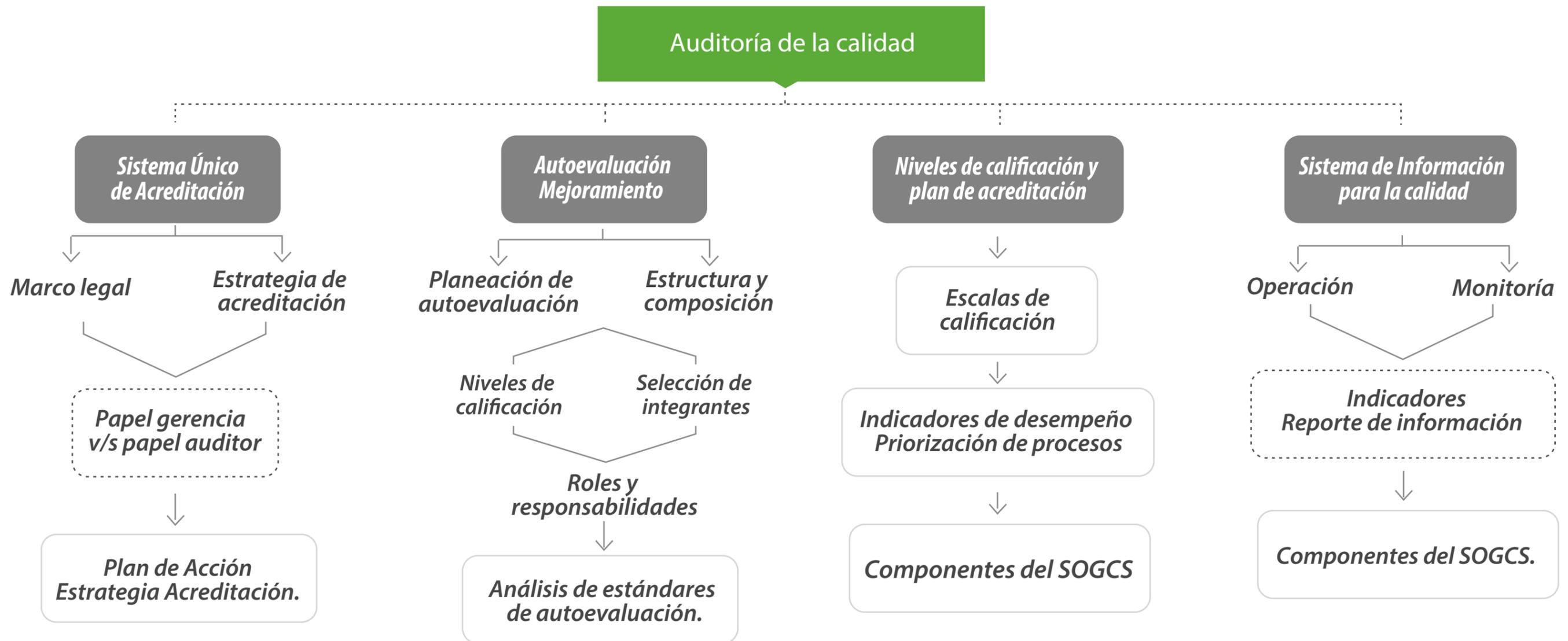
Momento de aprendizaje tutorial:

Las actividades que se desarrollan se realizan teniendo en cuenta el apoyo y acompañamiento del tutor por medio de la plataforma EPIC. Los estudiantes podrán apoyarse en los tutores para resolver dudas y afianzar sus conocimientos.

El aprendizaje tutorial será de un 25% con un acompañamiento del tutor.

La comunicación se realiza únicamente a través de la plataforma EPIC por las rutas acordadas para el envío de trabajos y el foro de dudas y temáticos. Se permitirá el acceso a bases de datos virtuales, videos y documentos, chat, encuentros sincrónicos, entre otros.

Para el desarrollo de esta unidad, el estudiante debe leer La Guía Práctica de preparación para la acreditación en Salud, documentos del Ministerio de la Protección Social del año 2007, Resolución 1445 de 2006 Anexo Técnico 1 y 2, donde reconocerá todo lo referente a la autoevaluación, mejoramiento y análisis de estándares en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, sus características, principios y la articulación de los mismos frente a los demás componentes del SOCGS.



¿Qué es la autoevaluación?

La autoevaluación en primera estancia hace parte del proceso de acreditación el cual busca en forma permanente la verificación, diagnóstico, exploración, análisis, acción, y retroalimentación de las instituciones que la llevan a cabo internamente, en cada una de sus estructuras asistenciales y administrativas; esto con el fin de identificar sus fortalezas y debilidades, sus oportunidades y amenazas (DOFA), como primera herramienta en la búsqueda del mejoramiento continuo buscando garantizar nuevos y mejores niveles de calidad en la prestación de sus servicios.

“La autoevaluación se hace obligatoria dentro del proceso de acreditación y de esta manera mejorar los procesos internos para la prestación de servicios de salud”

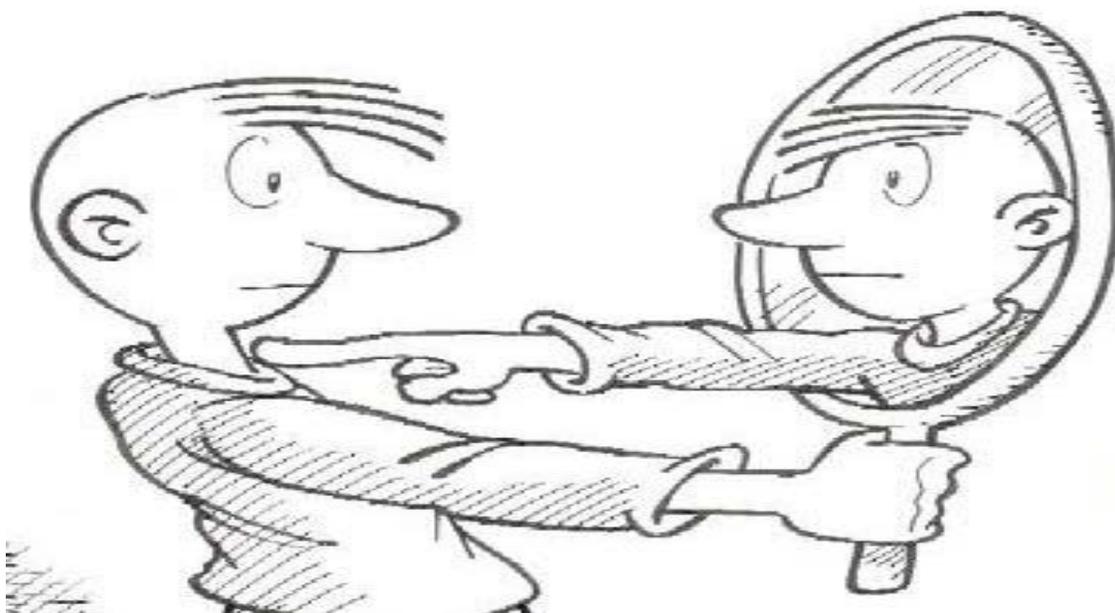


Imagen 3.

Fuente: <http://m1.paperblog.com/i/66/663389/ser-uno-mismo-el-recurso-mas-ambiguo-L-8vPCK-jpeg>

La calidad con estándares superiores, autoevaluación primera herramienta



Imagen 4.

Fuente: <http://4.bp.blogspot.com/-UcrcWPJIsWk/Tb2-I9p4KzI/AAAAAAAAAAc/V6qAJEVSVPA/s1600/docente.jpg>

La autoevaluación - opción de acreditación por parte de las instituciones prestadoras de salud

Este concepto lo podemos definir como un proceso de revisión continua, sistemática y organizada que hace una institución o varias instituciones de manera voluntaria de alguno de sus procesos y/o servicios, que le permite asegurar un sistema de cualificación permanente, de autorregulación y mejora continua, con el fin de llegar a definir la calidad observada vs. la calidad esperada.



Imagen 5.

Fuente: <https://metodologiadelaprendizajevirtualunivia.files.wordpress.com/2013/03/blog1.png>

Las entidades en salud, deben cumplir unos pasos que determinan el proceso de acreditación:

■ Preparación de la Institución:

El proceso de Acreditación en salud inicia desde el momento en que la institución toma la decisión de acreditarse, para lo cual realiza en primera instancia el proceso de autoevaluación, la cual debe quedar documentada en el informe que se presenta en la solicitud que se dirige al Ente Acreditador, para desarrollar esta etapa se requiere la conformación de equipos de Autoevaluación que verifiquen y promuevan el cumplimiento de los estándares, en donde desarrollan trabajos de mejoramiento, documentan el proceso y lo difunden a toda la organización. Esta autoevaluación incluye procesos participativos en los que se analiza integralmente el recorrido de un usuario por toda institución y en el cual las instituciones deben desarrollar mecanismos formales de autocalificación en la medida que

avanzan, hasta que consideren que han obtenido el nivel de mejora necesario para presentarse y obtener un resultado positivo y favorable por el ente acreditador. Es definitivamente un proceso de generación y transformación cultural, en donde deben hacer parte todos los actores del sistema.

- **Solicitud para la Evaluación de Acreditación:** para este paso y después de haberse realizado la autoevaluación las el consiste en la presentación formal ante el ente acreditador, en la cual se presenta el documento de auto evaluación y los requisitos de entrada exigidos, entre los que se encuentran: Política de Seguridad del Paciente, Política de Humanización, Código de Buen Gobierno, Código de ética o Conducta, Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Certificado de Habilidad Vigente, Indicadores de Gestión, Desarrollo de los Comités Institucionales, Soportes del cumplimiento de normas legales y demás elementos que garantizan que la institución ya superó el nivel de exigencia legal básico, entre otros.
- **Evaluación:** el modelo evaluativo aplicado por ICONTEC y Acreditado con base en estándares internacionales cumple con los parámetros ya establecidos a los cuales las entidades deben acogerse y desarrollar con sus equipos de auditores, con el fin de dar cumplimiento a la norma y llegar al cumplimiento de los requisitos para la certificación como IPS acreditada.

ETAPAS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN



Imagen 6.

El proceso de autoevaluación compromiso de todos, si el propósito es la acreditación



Figura 1.
Fuente: Propia

Mejoramiento continuo

Como concepto podemos definir la mejora continua como el proceso en donde los procesos una vez son evaluados, deben ser afinados y tener unos resultados esperados de acuerdo a los objetivos trazados por la organización, esta debe ser permanente. Para ello se utiliza como herramienta el ciclo (PDCA) - PHVA, el cual se basa en el principio de mejora continua de la gestión de la calidad y cualifica la gestión como excelente.

“Mejora mañana lo que puedas mejorar hoy, pero mejora todos los días”

La base del modelo de mejora continua sigue siendo la autoevaluación y con esta se detectan puntos fuertes, los cuales se deben mantener y las áreas de mejora sobre las que hay que

intervenir y realizar un proyecto de mejora y un respectivo seguimiento.

Mejora continua - Todo se maneja en equipo, para el cumplimiento de los objetivos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud



Imagen 7.

Fuente: <http://gacetalaboral.com/wp-content/uploads/2015/04/HOMBRE-ASCENDIENDO.jpg>

Este ciclo PHVA (PDCA) de mejora continua es aplicable a todos los procesos de la organización que necesiten un proceso de mejora continua.

El ciclo PHVA tiene los siguientes significados de acuerdo a la guía de calidad:

Plan (Planificar) - Organización lógica del trabajo:

- Identificación del problema y planificación.
- Observaciones y análisis.
- Establecimiento de objetivos a alcanzar.
- Establecimiento de indicadores de control.

Do (Hacer) - Correcta realización de las tareas planificadas:

- Preparación exhaustiva y sistemática de lo previsto.
- Aplicación controlada del plan.

- Verificación de la aplicación.

Check (Comprobar - Verificar) - Comprobación de los logros obtenidos:

- Verificación de los resultados de las acciones realizadas.
- Comparación con los objetivos.

Adjust (Ajustar - Actuar) Posibilidad de aprovechar y extender aprendizajes y experiencias adquiridas en otros casos

- Analizar los datos obtenidos.
- Proponer alternativa de mejora
- Estandarización y consolidación.
- Preparación de la siguiente etapa del plan.

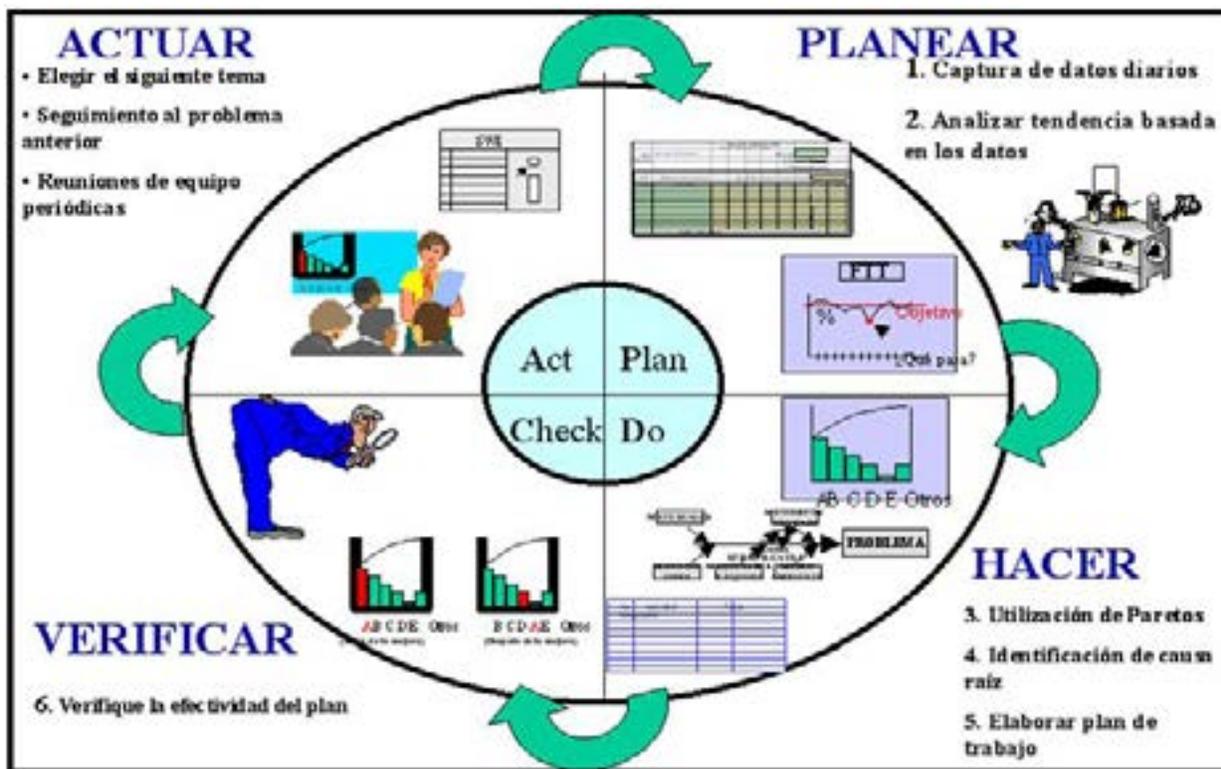


Fig.18. Etapas del Ciclo Kaizen

Imagen 8.

Fuente: <http://www.aulafacil.com/uploads/cursos/2346/editor/etapasciclokaizen.es.jpg>

Este mismo PHVA – Planear, Hacer, Verificar y Actuar – Como la base de la estructura de los Planes de Auditoría.

Para continuar con el afianzamiento del concepto, es importante tener en cuenta que los procesos de mejora vienen de la palabra “El mejoramiento continuo”, el cual se considera como toda una filosofía de vida y de trabajo y nace del deseo de ser siempre mejor y de hacer las cosas de una mejor manera, aunque se piense que ya se están haciendo bien. También significa estar permanentemente aprendiendo, sin quedarse en la creencia que ya se sabe todo esta es una filosofía japonesa **kaizén**, quien fue la persona que en su momento la contemplo como una estrategia dentro de la realidad que se maneja en el contexto de calidad (Tomado de Elblogsalmón).



Imagen 9. Fuente: <http://ryd.com.pe/wp-content/uploads/2013/08/valores1.jpg>

Esto nos va a permitir distinguir entre lo que sabemos y lo que no sabemos, es una clave de la sabiduría tanto para Descartes como para Confucio, y desde la filosofía se determina justamente esa clave que es el origen del mejoramiento continuo.

Es importante como auditores tener en cuenta que la excelencia ha de alcanzarse mediante un proceso de mejora continua. Mejora, en todos los campos y considerando las capacidades del personal, eficiencia y efectividad de los recursos, las relaciones entre el cliente interno y

externo de la organización, el impacto dentro de la sociedad y la elección que este cliente pueda llegar a tomar en términos de un trato con calidad en la prestación de servicios de salud.

Por eso el auditor en salud debe tener una mentalidad abierta a los cambios tecnológicos, de investigación y conceptual de las EAPB, y tener la mentalidad de “Alcanzar los mejores resultados, **no es labor de un día**, es un proceso progresivo en el que no puede haber retrocesos o reprocesos”. Siempre debemos apuntar al cumplimiento de los objetivos de la organización, y la preparación para los próximos retos.

¡Como conclusión, basta resaltar que sin mejora continua no se puede garantizar un nivel de gestión!

Si es tan evidente y necesaria la mejora continua, cómo es factible pues que muchos empresarios y directores de empresas se nieguen a verla y adoptarla, o dicho en otras palabras, ¿Por qué se niegan a tomar conciencia de dicha “obligatoria” necesidad?

Si hay que hacer y pensar al mismo tiempo, sabiendo que la rapidez y agilidad es crítica, ¿No es cierto que tenemos que tener preparada nuestra organización para parar lo mínimo para analizar los problemas?



Figura 2.
Fuente: Propia.

Análisis de estándares de calidad en salud



El sistema de acreditación se constituye en una oportunidad para que las instituciones sean competitivas en el plano internacional, y aunque no se cuenta con la efectividad en los procesos dentro del sistema, en nuestro modelo de acreditación se incluyen tareas a corto plazo que se pueden estandarizar de acuerdo a normas internacionales y el ente acreditador, mediante el proceso de evaluación contra los estándares "ISQua, la Sociedad Internacional de Calidad en Salud y su Federación Internacional de Acreditación", lo que buscan es llegar al incremento de la competitividad de nuestras instituciones para la exportación de servicios de salud (Tomado del Ministerio de Salud).

Asimismo, el sistema incorpora incentivos de prestigio que generan competencia entre las entidades para ofrecer mejores servicios, lo cual redundará directamente en beneficio de los usuarios, quienes tendrán la opción de escoger entre aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad. 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 habilitadas 7, 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, en consecuencia en 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. Los estándares de acreditación son aplicables a cualquier institución, independientemente de su estado de desarrollo. Por esa razón hablamos de dos ciclos operacionales, durante la ejecución de las acciones que la institución despliega en desarrollo de la estrategia de mejoramiento de la acreditación (Guía Práctica de Preparación para la acreditación en salud, MPS 2007, p. 20).

3

Unidad 3

Niveles de
calificación y plan
de acreditación



Auditoría de la calidad II

Autor: Claudia Ximena Perilla Wilches

Introducción

La unidad 3 tiene como fin continuar profundizando sobre las diferentes herramientas y estrategias que el Sistema Único de Acreditación exige y normativiza, el objetivo 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 como lo profundizamos en la unidad 2 nos brinda en términos de calidad y que hace parte de los componentes más fuertes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, definidos en el Decreto 1011 de 2006 (Min. Salud).

“La Acreditación como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud”



Imagen 1.

Fuente: <https://goo.gl/PkfBsl>



Figura 1.

Fuente: Propia

Dentro del ejercicio de la auditoría es de gran importancia que los diferentes actores del sistema, cumplan la corresponsabilidad existente entre los aseguradores y los prestadores de servicios de salud, así como concientizarse del impacto en la prestación de servicios de salud con estándares superiores de calidad y que cumplan con los niveles de calificación y evaluación que la norma establece, en los servicios de salud en Colombia.

¡Plan de acreditación como responsabilidad social y corresponsabilidad de los actores del sistema!



Imagen 2.

Fuente: <http://www.esecartagenadeindias.gov.co/img/sc.png>

De acuerdo con metodología de educación virtual, los periodos se manejan por módulos de formación con la siguiente distribución de actividades:

Momento de aprendizaje autónomo:

Las actividades que se desarrollan son individuales. El estudiante debe realizar y entregar ejercicios, talleres de aplicación, lecturas, ensayos, participación en los foros, mapas conceptuales, en las fechas estipuladas para ello.

El aprendizaje autónomo será de un 75% por parte de cada estudiante.

Momento de aprendizaje tutorial:

Las actividades que se desarrollan se realizan teniendo en cuenta el apoyo y acompañamiento del tutor por medio de la plataforma EPIC. Los estudiantes podrán apoyarse en los tutores para resolver dudas y afianzar sus conocimientos.

El aprendizaje tutorial será de un 25% con un acompañamiento del tutor.

La comunicación se realiza únicamente a través de la plataforma EPIC por las rutas acordadas para el envío de trabajos y el foro de dudas y temáticos. Se permitirá el acceso a bases de datos virtuales, videos y documentos, chat, encuentros sincrónicos, entre otros.

Para el desarrollo de esta unidad, el estudiante debe leer La Guía Práctica de preparación para la acreditación en salud, Resolución 1445 de 2006, sus modificaciones y anexos del Ministerio de la Protección Social, el Manual de Estándares del Sistema Único de Acreditación y la Resolución 123 de 2012 donde reconocerá todo lo referente al Sistema Único de Acreditación en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, sus características, principios y la articulación de los mismos frente a los demás componentes del SOCGS, así como la Ruta Crítica para la preparación del Plan de Acreditación y sus niveles de calificación.

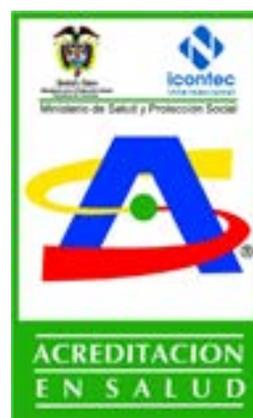
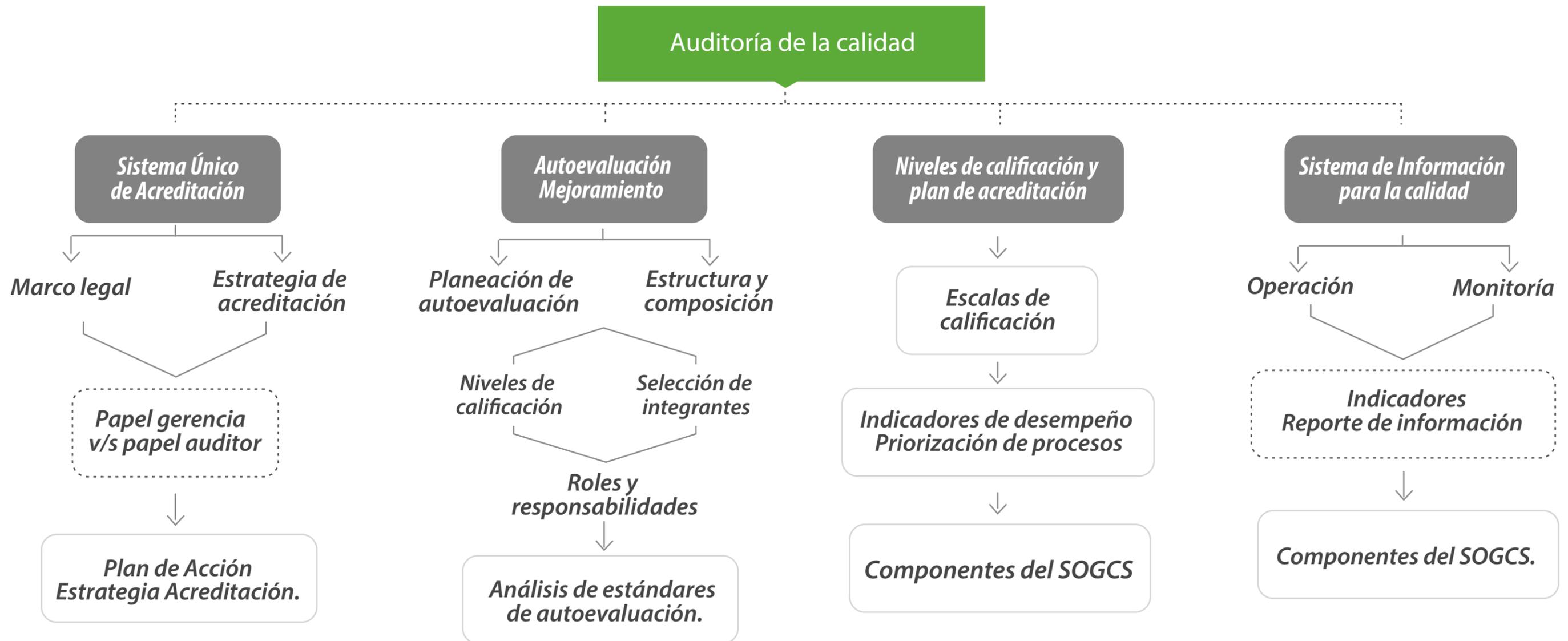
ICONTEC – Entidad Acreditadora

Imagen 3.

Fuente: <http://icontec.org/images/acr-salud/logoAcrSalud.jpg>



Ruta Crítica - Proceso de acreditación

En esta cartilla tomaremos como referencia el proceso Ruta Crítica el cual lo denota el componente de acreditación como un proceso que cumple con ciertas etapas en las organizaciones de salud desde el momento de tomar la decisión de acreditarse y solicitar la evaluación ante ICONTEC como entidad acreditadora, hasta la decisión final de la acreditación y realizar su respectivo seguimiento. Este proceso al ser verificado debe cumplir con algunos requisitos y una vez y posteriormente se solicita la evaluación externa de acreditación, es este momento se define el camino de “La Ruta Crítica de Acreditación”, la cual se inicia con la solicitud de la evaluación externa de acreditación al ICONTEC, quien realiza la visita de campo y envía el informe de la evaluación externa a la Junta de Acreditación, para su decisión o no del otorgamiento del certificado de acreditación, en caso de que se otorgue el certificado, la institución será objeto de (2) visitas de evaluación de seguimiento durante el ciclo de 4 años, para verificar los avances, mejoramiento y sostenibilidad del proceso de acreditación y si en otro aspecto la institución acreditada desee renovar el certificado de acreditación, voluntariamente realiza la solicitud de otorgamiento del nuevo ciclo de acreditación en salud y reinicia la Ruta Crítica. Definitivamente es un proceso voluntario y el cual en los dos casos debe haber solicitud por parte de la IPS.

¡La acreditación un proceso cíclico y voluntario!

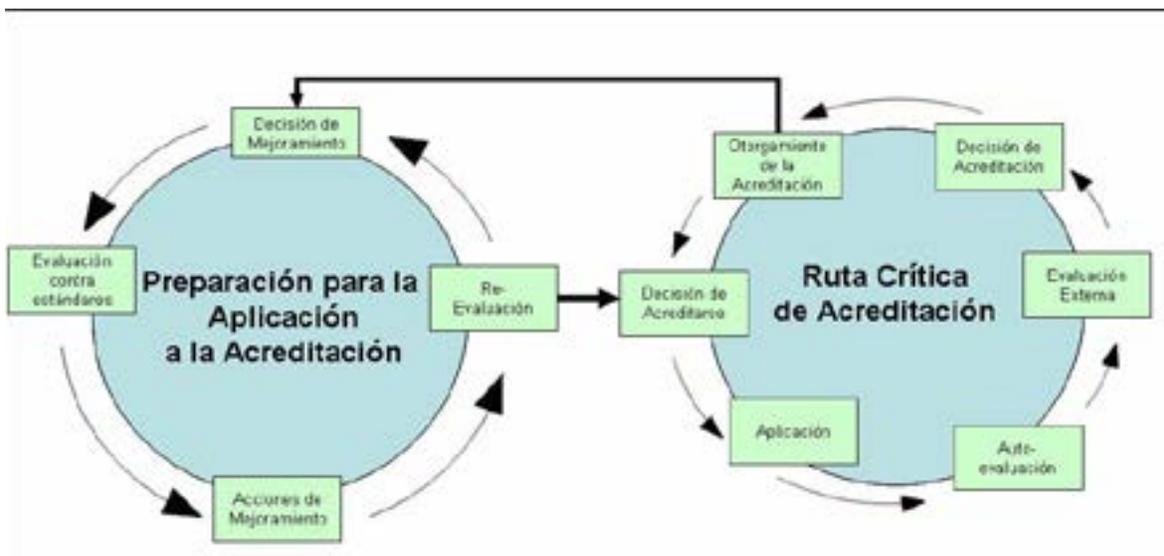


Imagen 4.
Fuente: <http://goo.gl/HhQqh1>

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 las 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. Una vez se lee el estándar que se quiere calificar, se debe realizar por consenso del equipo la interpretación del estándar; se sugiere escribirlo, no olvidar que este se convierte en el referente de evaluación y pre-Ministerio de la Protección Social, se debe preguntar si todos los participantes entendieron el estándar de la misma forma. Si la respuesta es afirmativa entonces se puede continuar, si es negativa se debe buscar aclaración (bien sea a través de los miembros del equipo, el equipo de planeación o un asesor externo, si lo hay).
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

esté 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.

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

Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud - PAMEC

RUTA CRÍTICA



Figura 1. Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud - PAMEC
Fuente: Adaptado de <http://goo.gl/sp33br>

¿Qué se debe discutir de los estándares de evaluación?

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?

...Siempre debemos hacernos preguntas que nos permita evaluar de manera constante los procesos de las organizaciones en salud que de manera voluntaria deseen acreditarse o recertificarse...

Documentación del cumplimiento del estándar:

Para que haya un adecuado proceso dentro de la ruta crítica se deben levantar actas por cada reunión y las memorias pueden organizarse de diferentes formas. Cualquiera debe reportar la 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 que permita aportarle al proceso.



Imagen 5.

Fuente: http://pages.zzfei.com/GZKB/images/chengz_2.jpg

Los estándares tienen ciertas formas de coordinarse dentro del proceso que la ruta crítica define, el primero de esta relacionado con la atención, el siguiente emplea un estándar de recursos humanos y gerencia. Para ambos casos se deben realizar algunos indicadores que permitan la evaluación de los procesos a evaluar, esto define lo que debe ser delimitados en el proceso de mejora y posteriormente para sustentar el desempeño ante los evaluadores de la entidad acreditadora, no debemos 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.

Fortalezas y oportunidades para el mejoramiento:

En este cuadro nos da un ejemplo de estándar, a la derecha y superior las fortalezas claves y en el cuadro inferior las oportunidades de mejoramiento. Este es el primer ejemplo para documentar la memoria institucional.

Estándares y criterios	Fortalezas	Oportunidades
<p>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.

Tabla 1. Ejemplo Organización Memoria Institucional para una entidad prestadora de Beneficios (EAPB)

Fuente: <http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Gu%C3%ADa%20preparaci%C3%B3n%20acreditaci%C3%B3n%20MPS.pdf>, pp. 41-42

Estándares y criterios	Fortalezas	Oportunidades
<p>Existe un proceso para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso</p> <p>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>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.

Tabla 2. Ejemplo Organización Memoria Institucional para una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS)

Fuente: <http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Gu%C3%ADa%20preparaci%C3%B3n%20acreditaci%C3%B3n%20MPS.pdf>, pp. 45-48

Según la guía para preparación de la acreditación, se aconseja que sin importar cuál sea la metodología escogida, ayudan a escribir las memorias enfocarse puramente en la frase estándar, no es necesario comentar todos los criterios de soporte o subcriterios, e identificar los puntos más destacados, dando breves ejemplos de evidencia que sean soporte del cumplimiento del estándar por parte de la organización y tratar de ser exhaustivo en la idea sin que su descripción se vuelva anecdótica o extensa.

Indicadores de desempeño

En el proceso de acreditación, se deben tener en cuenta los indicadores de desempeño los cuales se utilizan para medir la calidad de los procesos específicos.

Algunas organizaciones tendrán indicadores para los procesos que también están contemplados en los estándares, que definen fortalezas y oportunidades para el mejoramiento, son costos de readmisión, estatus funcional. Los indicadores que tienen que ver con mejoramiento y monitoreo de la calidad pueden ponerse al lado de los estándares.

Indicadores vs. Evaluación de cumplimiento



Imagen 6.

Fuente: <http://www.comfenalcoantioquia.com/images/noticias/pri585.jpg>

Responsabilidad de evaluadores y trabajo en equipo

Importancia de la acreditación La acreditación

- Es uno de los procesos más importantes del componente de garantía y mejoramiento de la calidad.
- Garantiza la aplicación de las dimensiones en la atención a los usuarios.
- El sistema de salud, según nivel de complejidad cuenta con capacidades para brindar prestaciones de calidad.
- Impulsa el cumplimiento de estándares previamente definidos.

Figura 2.

Fuente: Propia, adaptada de <http://www.acreditacionensalud.org.co>

Escala de calificación

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.

Variables de cada dimensión:

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 proactivo.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** forma en que se evalúa y mejora el enfoque.

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.

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 gene-

ral 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.

<http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Gu%C3%ADa%20preparaci%C3%B3n%20acreditaci%C3%B3n%20MPS.pdf>, págs. 54-55

Evolución, niveles de calificación y plan de acreditación de la mano de todos



Imagen 7.

Fuente: <http://i0.wp.com/www.comfasucre.com.co/wp-content/uploads/2014/08/acreditacion.png?resize=460%2C407>

Niveles de calificación

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, relación entre el enfoque, implementación, resultados y el de sus correspondientes variables y el estándar por evaluar.

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. Se debe consolidar el resultado de sus análisis en un mapa de cumplimiento de los estándares de acreditación, inicie los procesos de mejoramiento pertinentes.

Se debe evaluar y establecer mejoramiento esto asegura que la organización tenga mecanismos de monitoreo para el mejoramiento de la calidad, esto lo debe conocer todo el personal, para saber que hacer cuando se le presente una oportunidad de mejora, y requiere de recursos para su realización.

Es indispensable identificar y dar prioridad a los procesos dentro del Plan de Acreditación y la intervención de las auditorías interna (Autoevaluación) y externa, esto nos permite darle al plan de mejoramiento

(Tomado de <http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Gu%C3%ADa%20preparaci%C3%B3n%20acreditaci%C3%B3n%20MPS.pdf>, págs. 58-59).

Preparación para la visita de acreditación



Figura 3. Mejoramiento continuo

Fuente: Adaptado de <http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Gu%C3%ADa%20preparaci%C3%B3n%20acreditaci%C3%B3n%20MPS.pdf> pp. 65-66

Como auditores:

Debemos tener estándares de mejoramiento

Esto permite 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.

¿Para qué se realizan los mejoramientos?

Con el fin de 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.

4

Unidad 4

Sistema de
Información para
la Calidad



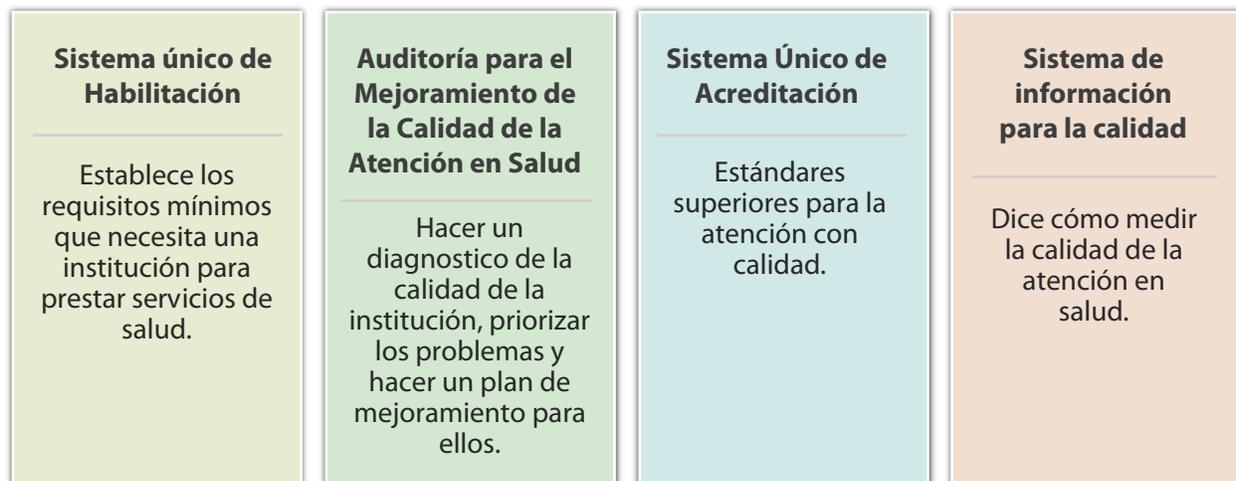
Auditoría de la calidad II

Autor: José Manuel Fuquen Sandoval

Introducción

La unidad 4 tiene como fin conocer todo lo referente al Sistema de Información para la Calidad en Salud, como el cuarto componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) contemplado en el Decreto 1011 de 2006 y normado por la Resolución 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, esto con el fin de lograr una articulación de los cuatro componentes del SOGCS y verificar como los indicadores de monitoria del Sistema son determinantes en el proceso de atención en salud de las diferentes IPS y para el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, así como brindar información a los usuarios para elegir libremente su aseguradora en salud de acuerdo a bases estadísticas en calidad, lo que permite materializar los incentivos de prestigio del Sistema y de las entidades acreditadas (Min. Salud).

Componentes del Sistema Obligatorio de la Garantía de Salud en Colombia (**SOGCS**)



Tomado de www.saludcapital.gov.co/paginas/sistemaobligatorio.aspx

Las acciones de inspección, vigilancia y control del contenido, calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad, estará a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales y de la Superintendencia Nacional de Salud en lo de sus competencias.

De acuerdo con metodología de educación virtual, los periodos se manejan por módulos de formación con la siguiente distribución de actividades:

Momento de aprendizaje autónomo:

Las actividades que se desarrollan son individuales. El estudiante debe realizar y entregar ejercicios, talleres de aplicación, lecturas, ensayos, participación en los foros, mapas conceptuales, en las fechas estipuladas para ello.

El aprendizaje autónomo será de un 75% por parte de cada estudiante.

Momento de aprendizaje tutorial:

Las actividades que se desarrollan se realizan teniendo en cuenta el apoyo y acompañamiento del tutor por medio de la plataforma EPIC. Los estudiantes podrán apoyarse en los tutores para resolver dudas y afianzar sus conocimientos.

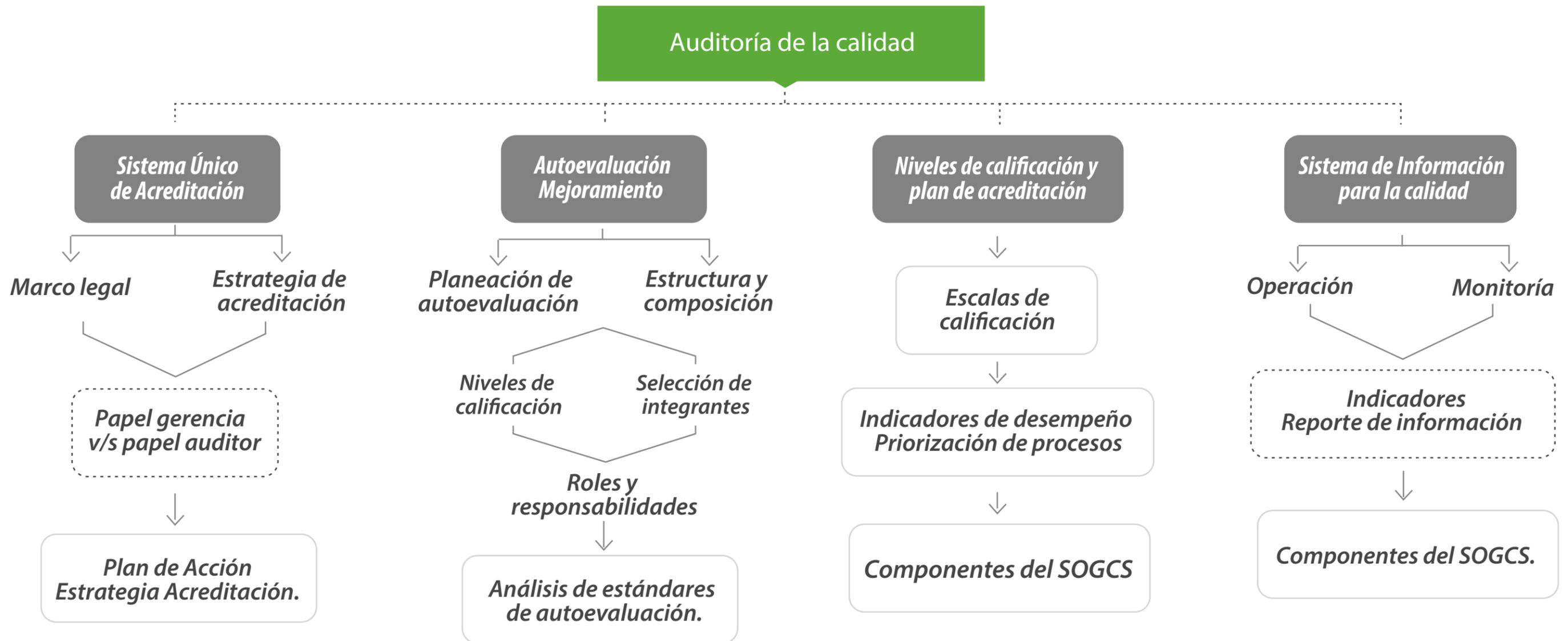
El aprendizaje tutorial será de un 25% con un acompañamiento del tutor.

La comunicación se realiza únicamente a través de la plataforma EPIC por las rutas acordadas para el envío de trabajos y el foro de dudas y temáticos. Se permitirá el acceso a bases de datos virtuales, videos y documentos, chat, encuentros sincrónicos, entre otros.

Para el desarrollo de esta unidad, el estudiante debe leer la Resolución 1446 de 2006 y el documento del observatorio de la calidad actualización a Junio de 2011 de la Biblioteca Nacional de Indicadores de calidad de la atención en salud del Ministerio de la Protección Social en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.



Figura 1. - Fuente: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/>



El Sistema de Información para la Calidad, fue diseñado con el fin de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y de la misma manera permite orientar a los usuarios sobre el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Min. Salud).

Objetivos del Sistema de Información para la calidad

1 Monitorear

2 Orientar

3 Referenciar

4 Estimular

Figura 2.
Fuente: Propia.

El Sistema de Información para la Calidad dentro de las instituciones prestadoras de salud y EAPB, manejan diferentes principios:

Principios del Sistema de Información para la Calidad



Figura 3. Fuente: Propia.

El Sistema de Información para la Calidad dentro de las instituciones prestadoras de salud y EAPB, manejan diferentes funciones



Figura 4.
Fuente: Propia.

Las EAPB, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, están obligados a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento del SOGCS, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social.

El Ministerio de la Protección Social establecerá los indicadores de calidad del SOGCS que serán de obligatorio reporte por parte de las instituciones obligadas al cumplimiento del presente decreto.

Indicadores del nivel de monitoria del sistema:

1. Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica general.
2. Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica especializada.
3. Proporción de cancelación de cirugía programada.
4. Oportunidad en la atención en consulta de urgencias.
5. Oportunidad en la atención en servicios de imagenología.
6. Oportunidad en la atención en consulta de odontología general.
7. Oportunidad en la realización de cirugía programada.
8. Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados.
9. Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada.
10. Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas.
11. Tasa de Infección intrahospitalaria.
12. Proporción de vigilancia de eventos adversos.
13. Tasa de satisfacción global.
14. Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica general.
15. Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica especializada.
16. Número de Tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S.
17. Oportunidad de entrega de medicamentos POS.
18. Oportunidad en la realización de cirugía programada.
19. Oportunidad en la atención en consulta de odontología general.
20. Oportunidad en la atención en servicios de imagenología.
21. Oportunidad de la referencia en la EAPB.
22. Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año.
23. Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino.
24. Tasa de Mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo.
25. Razón de mortalidad materna.
26. Tasa de satisfacción global.
27. Proporción de quejas resueltas antes de 15 días.
28. Tasa de traslados desde la EAPB.

Ficha Técnica Indicadores de Calidad EAPB (Min. Salud):

- Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica general.
- Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica especializada.
- Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna.
- Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de ginecología.
- Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría.
- Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de cirugía general.
- Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS.
- Oportunidad de entrega de medicamentos POS.
- Oportunidad en la realización de cirugía programada.
- Oportunidad en la asignación de cita en consulta de odontología general.
- Oportunidad en la atención en servicios de imagenología.
- Oportunidad de la referencia en la EAPB.

Lineamientos para la vigilancia de eventos adversos trazadores

1. Eventos Adversos Prestadores de Servicios de Salud (IPS).
2. Eventos adversos de referencia para Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EPS, ARS, Medicina Prepagada).

Indicadores de calidad:



Imagen 2.

Fuente: <http://www.tantum.com/conocimiento/wp-content/uploads/2013/03/modelo-de-gestion.jpg>

¿Qué es un indicador de salud?

Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos (especialmente sucesos biodemográficos) para así, poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. La OMS los ha definido como “variables que sirven para medir los cambios”.

Ellos son necesarios para poder objetivar una situación determinada y a la vez poder evaluar su comportamiento en el tiempo mediante su comparación con otras situaciones que utilizan la misma forma de apreciar la realidad. En consecuencia, sin ellos tendríamos dificultades para efectuar comparaciones.

<http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insintrod6.htm>

¿Cómo se define un indicador de calidad?

- Que el indicador de calidad se defina como una medida indirecta significa que, aunque la mayor proporción de su variación sea explicada por factores asociados a la calidad de la atención; también hay factores causales que pueden estar asociados a otros factores, por lo cual siempre es necesario realizar análisis causal para afirmar que efectivamente se dio una falla de calidad.
- Cuando la mayor proporción de la variación del indicador está explicada por factores diferentes a la calidad de la atención, no es un buen indicador de calidad. Igualmente debe entenderse que la calidad es multidimensional y para la medición de su comportamiento deben tomarse en consideración diferentes mediciones.

El indicador de calidad generalmente se diseña para identificar áreas de mejoramiento y monitorizar este, por lo cual no es de extrañar que los resultados iniciales que arroje el indicador muestren una situación no deseable desde la perspectiva de la calidad de la atención.

(Tomado de <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf>)



Figura 5. Fuente: Propia.

Propósito de los indicadores de calidad

Consecuentemente con lo planteado en la definición anterior, se entiende que los indicadores de calidad tienen un propósito doble:

1. Proveer información que sea trazadora de la calidad de la atención en el sistema y permita la referenciación a nivel nacional y/o internacional.
2. Promover procesos de mejoramiento en las instituciones.

No todos los indicadores cumplen al mismo tiempo los dos propósitos, y esto debe ser tomado en consideración durante el análisis.

Los indicadores se clasifican de acuerdo a su análisis:

- **Indicadores basados en registros:** en los cuales el dato es fácilmente verificable y puede dar información acerca del comportamiento de la calidad en el sistema o en la institución.
- **Indicadores basados en la búsqueda activa:** en los cuales se asume la existencia de grados variables de sub-registro, pero que son altamente útiles para desatar procesos de mejoramiento de la calidad en las instituciones.

Igualmente es necesario entender que todo proceso de desarrollo de un sistema de información, pasa por una etapa inicial de mejora de extensión de la cobertura y mejora de la calidad del dato, lo cual también debe ser tomado en consideración en el momento del análisis.



Figura 6. Fuente: Propia.

Utilidades del Sistema de Información para la Calidad:

El Sistema de Información de calidad, cuenta con un principio de eficiencia definido en el Decreto 1011 de 2006, donde hace referencia a que la información recopilada debe ser útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y ha sido diseñado para:

- Evitar la solicitud exagerada de información.
- La información que se solicite debe ser útil para la gestión de la calidad.
- Permite que los diferentes niveles del sistema se pueden utilizar otros indicadores que se adapten a las necesidades específicas de la gestión de la calidad sin que generen congestión en aquellas áreas en las cuales no son útiles.

La forma como opera el SIC es con una llamada "Estructura de cascada" y se determina en tres niveles:

1. Nivel de monitoria del sistema:

En este nivel se ubican los indicadores trazadores de la calidad en el sistema, los cuales deben ser preferiblemente de resultado, en donde la correlación debe estar soportada en la evidencia con el resultado, son definidos por el Ministerio de la Protección Social y para su análisis deberán ser reportados al Ministerio de la Protección Social semestralmente por las instituciones a través de la Superintendencia Nacional de Salud y deben ser publicados para retroalimentación

al sistema a través de la Sala Temática Cuadro de Mando del Observatorio de Calidad. De la misma manera todos los indicadores de las entidades acreditadas son de obligatorio reporte por parte de las instituciones acreditadas, y sirven para documentar la calidad superior de las instituciones acreditadas y de referencia en términos competitivos por las instituciones exportadoras de servicios de salud y que tenga la certificación de acreditación y busquen la recertificación.



Imagen 3. Fuente: <http://goo.gl/DhPT7N>

Nivel de monitoría externa: este nivel son indicadores de calidad que se proponen y utilizan entre los diversos actores del SOGC (IPS, EAPB), con el fin de monitorizar los aspectos de la calidad en los respectivos roles y funciones dentro de cada organización. Se recomienda utilizar indicadores de resultado final o intermedio y que de la misma manera que en otro nivel haya un resultado con evidencia soportada. En este nivel se encuentran los indicadores utilizados entre pagadores y prestadores para la monitorización de la calidad de los servicios brindados en el marco de sus acuerdos contractuales, y finalmente buscan definir alertas tempranas específicas a la atención. Estos indicadores son definidos libremente por los diferentes actores, pero siempre deben tomar en consideración las previsiones del principio de eficiencia (Artículo 47 del Decreto 1011 de 2006).

2. Nivel de monitoría interna:

Forman parte de este nivel dos tipos de monitorización:

- Los indicadores de calidad.
- Los eventos adversos que se vigilan al interior de la institución.

En este nivel de monitoría son de utilidad además de los indicadores de resultado final o intermedio, los indicadores de proceso y estructura que permitan hacer seguimiento a los procesos de mejora de la calidad en la organización.

Igualmente la Resolución 1446/2006 establece la obligatoriedad de vigilar eventos adversos al interior de la institución, para cuya gestión se han promulgado los Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente y la Guía técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente. Al respecto se entiende que cuando se vigilan eventos adversos en el contexto definido por la Política de Seguridad del Paciente:

1. La institución tiene la libertad de elegir entre si vigila todos los tipos de eventos adversos que puedan presentarse o algunos en particular dependiendo del análisis de riesgo.
2. La institución no tiene la libertad de no vigilar la ocurrencia de eventos adversos, lo cual amenaza la seguridad de la atención al paciente.
3. El evento adverso se define por la triada planteada en los lineamientos arriba mencionados: hay daño, este es atribuible a la atención en salud y es involuntario (Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la atención en salud, 2011).



Imagen 4.

Fuente: <http://store03-0.peteava.ro/c1d1/00/31/456991.jpg?token=b05db9f43483cc7f>

4. Reglas de denominación: las reglas adaptadas para homologar la denominación de los indicadores del SIC son:

- **Tasa:** este concepto está asociado con la rapidez o velocidad de cambio de un fenómeno, en donde el numerador debe ser la expresión de un cambio respecto de la ocurrencia de eventos que afectan la calidad de la atención de los usuarios en un periodo de tiempo y el denominador refleja la población a riesgo de presentar algún cambio a la mitad de ese periodo.
- **Proporción:** cuando el numerador está contenido en el denominador y el factor es 100.
- **Oportunidad:** cuando la característica que se mide refleja la medida en la cual la atención es brindada en la medida en que se requiere. Se obtiene a través del cálculo de un promedio.
- **Número:** se utiliza esta denominación cuando el denominador es 1 y el factor es 1.
- **Razón:** cuando expresa una relación entre dos poblaciones diferentes y por lo tanto el numerador no está contenido en el denominador.

Dentro de la Resolución 1011 de 2006 y lo referenciado en el documento de la Biblioteca Nacional de Indicadores de la calidad de atención en salud, se define la responsabilidad del reporte de lo cual se define “El actor al cual se ha responsabilizado del reporte está asociado a la disponibilidad de la información, a la responsabilidad del proceso y al desempeño de cuál actor puede hipotéticamente explicar la mayor proporción

de la variación, lo que debe ser verificado a partir del análisis causal del comportamiento del indicador. Independientemente de la responsabilidad del reporte es posible identificar causas explicativas en otro(s) actor(es), dada la integralidad del proceso de atención en salud”.

- 5. Codificación:** para efectos de la ordenación de los indicadores se ha establecido la siguiente taxonomía para los indicadores del nivel de monitoría del sistema: la primera letra identifica la responsabilidad en el reporte del indicador: I para IPS y E para EAPB. En el interior de la IPS o de la EAPB pueden agregarse letras para identificar el servicio o área de la cual provienen los indicadores, en este caso no se agrega el punto de separación.
- El primer número identifica el dominio: 1 para accesibilidad/oportunidad, 2 para calidad técnica, 3 para seguridad del paciente y 4 para experiencia de la atención.
 - El segundo número identifica el orden consecutivo del indicador establecido en la Resolución 1446 de 2006 y/o en el cual ha sido incluido en la Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud.

Cuando se trate de indicadores compuestos, resultantes de la agregación de datos a partir de otros indicadores, p.ej: oportunidad de la consulta médica especializada, se puede agregar otro dígito que identificará cada uno de los indicadores que conforman el agregado. Igualmente cuando se realice desagregación del indicador.

6. Ajuste por riesgo

Es ampliamente conocido en la epidemiología que existen - variables que confunden el análisis del comportamiento de un indicador, por lo cual para comparar entre instituciones, es importante definir previamente si es necesario realizar ajustes por riesgo. Existen varias metodologías para realizar ajuste por riesgo:

- Métodos de estandarización de tasas (directo¹⁰ o indirecto), recomendados en la Resolución 1446.
- Métodos basados en grupos relacionados por diagnóstico (GRD), nuevo desarrollo realizado en el SOGC y recomendado para las instituciones.

7. Definición de umbrales: en un sistema de monitorización, los umbrales son muy útiles para, Referenciarse, Plantear metas de mejoramiento, Guía para desarrollar acciones para disminuir la variabilidad.

No obstante, deben tomarse algunas precauciones al establecer un umbral, los umbrales fijados para mejoramiento deben ser posibles de ser alcanzados.

Debe evitarse fijar umbrales para los indicadores basados en búsqueda activa, sino se conoce el sub registro del sistema de detección.

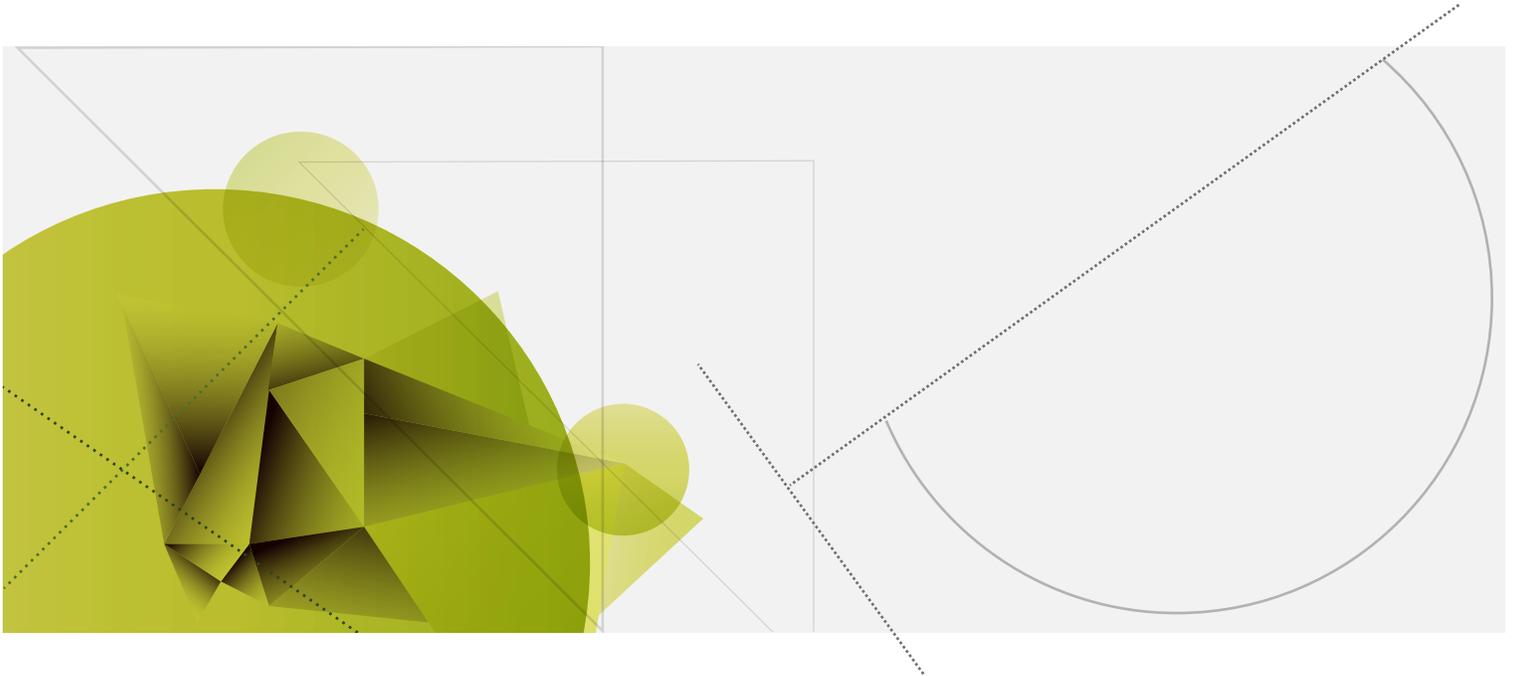
Bibliografía

- **Ministerio de la Protección Social.** (2006). Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema de General de Seguridad Social en Salud.
- **Ministerio de la Protección Social. (2006).** Resolución 1445 de 2006. Manual de Estándares del Sistema Único de Acreditación.
- **Ministerio de la Protección Social, Icontec, Centro de Gestión Hospitalaria.** (2007). Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud.
- **Ministerio de la Protección Social.** (2007). Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.
- **Ministerio de la Protección Social.** (2007). Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.
- **Ministerio de la Protección Social.** (2007). Herramientas para promover la Estrategia de la Seguridad del Paciente.
- **Ministerio de la Protección Social.** (2008). Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente.
- **Ministerio de la Protección Social.** (2011). Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia.
- **Ministerio de la Protección Social.** (2012). Resolución 123 de 2012, Modificación del Artículo 2 Resolución 1445 de 2006.
- **Ministerio de la Protección Social.** (2014). ABC Sobre el Sistema Único de Acreditación en Salud. Decreto 903 de 2014.
- **Ministerio de la Protección Social.** (2006). Resolución 1446 de 2006, Sistema de Información para la Calidad.
- **Ministerio de la Protección Social.** (2011). Biblioteca de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud, Observatorio de Calidad de la Atención en Salud.

Webgrafía

- Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-Obligatorio-Garant%C3%ADa-Calidad-SOGC.aspx>
- Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/index.html>
- Recuperado de: <http://acreditacionensalud.org.co/>
- Recuperado de: <http://www.encolombia.com/medicina/guiasmed/acreditacion/laestrategiadelaacreditacion/#sthash.UHrMBv4j.dpuf>

Esta obra se terminó de editar en el mes de octubre
Tipografía Myriad Pro 12 puntos
Bogotá D.C.,-Colombia.



AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

MIEMBRO DE LA RED
ILUMNO