



**DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO DE MEJORAMIENTO PARA EL ÁREA
DE URGENCIAS DE LA CLINICA X DEL VALLE DEL CAUCA CON EL FIN DE
APOYAR LA ACREDITACIÓN INTERNACIONAL BAJO LOS ESTÁNDARES DE
LA JOINT COMMISSION**

**MARIA XIMENA CALDERÓN ÁLVAREZ
DAVID MAURICIO MORALES OTÁLVORA**

**UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE INGENIERÍA
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
SANTIAGO DE CALI**

2012

**DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO DE MEJORAMIENTO PARA EL ÁREA
DE URGENCIAS DE LA CLINICA X DEL VALLE DEL CAUCA CON EL FIN DE
APOYAR LA ACREDITACIÓN INTERNACIONAL BAJO LOS ESTÁNDARES DE
LA JOINT COMMISSION**

**MARIA XIMENA CALDERÓN ALVAREZ
DAVID MAURICIO MORALES OTÁLVORA**

**Proyecto de grado para optar al título de
INGENIERO INDUSTRIAL**

**TUTORA DEL PROYECTO
Helena María Cancelado Carretero
Ing. Industrial**

**UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE INGENIERÍA
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
SANTIAGO DE CALI**

2012

Contenido

1. ACREDITACIÓN INTERNACIONAL.....	6
1.1. TITULO DEL PROYECTO.....	6
1.2. PROBLEMA.....	6
1.2.1. DESCRIPCIÓN.....	6
1.2.2. FORMULACIÓN.....	7
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	7
1.4. DELIMITACIÓN Y ALCANCE.....	8
2. OBJETIVOS.....	9
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	9
2.2. OBJETIVO DEL PROYECTO.....	9
2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
3. MARCO DE REFERENCIA.....	10
3.1. ANTECEDENTES.....	10
3.1.1. ISQUA.....	10
3.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL MUNDIAL.....	10
3.1.2.1. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA.....	10
3.1.2.2. CLÍNICA LOS CONDES.....	11
3.1.2.3. CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO.....	11
3.1.2.4. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL.....	11
3.1.2.5. FUNDACIÓN SANTAFÉ DE BOGOTÁ.....	16
3.1.2.6. FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA.....	16
3.1.2.7. HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE.....	17
3.2. MARCO TEÓRICO.....	17
3.2.1. LA CLÍNICA X DEL VALLE DEL CAUCA.....	17
3.2.2. ICONTEC.....	19
3.2.3. PAMEC.....	21
3.2.4. JOINT COMMISSION.....	22
3.2.4.1. VALOR DE LA ACREDITACIÓN.....	22
3.2.4.2. PRINCIPIOS DE LA ACREDITACIÓN.....	23
3.2.4.3. CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS EXCELENTES.....	23
3.2.5. SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.....	24
3.2.5.1. AUDITORIA PARA LA CALIDAD.....	25
3.2.5.2. PRINCIPIOS DEL MODELO PARA LA AUDITORÍA EN CALIDAD.....	26
3.2.5.3. MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD.....	27

3.2.5.4. MODELO COLOMBIANO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO Y MANTENIMIENTO DE LA CALIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD.....	29
3.2.6. CLASIFICACIÓN DE LOS HOSPITALES SEGÚN SU COMPLEJIDAD	29
3.2.6.1. HOSPITALES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (BAJA COMPLEJIDAD)	29
3.2.6.2. HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN (COMPLEJIDAD MEDIA)	30
3.2.6.3. HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN (COMPLEJIDAD ALTA).....	30
3.2.6.4. HOSPITALES DE CUARTO NIVEL DE ATENCIÓN (COMPLEJIDAD ALTA)	30
3.2.7. AMEF.....	31
3.2.7.1. BENEFICIOS DEL AMEF	32
3.2.8. ACCESIBILIDAD Y CONTINUIDAD EN EL SERVICIO.....	33
3.3. APORTE CRÍTICO.....	33
4. METODOLOGÍA.....	36
5. ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO.....	38
5.1. RECURSOS DISPONIBLES	38
5.1.1. RECURSOS FINANCIEROS	38
5.1.2. RECURSOS TECNOLÓGICOS.....	38
5.1.3. RECURSOS HUMANOS	38
5.1.3.1. EQUIPO DE INVESTIGADORES	39
5.1.3.2. TUTORA TEMÁTICA:.....	39
6. DESARROLLO DEL PROYECTO	41
6.1. OBJETIVO 1: CONTEXTUALIZACIÓN CON EL OBJETO DE ESTUDIO	41
6.1.1. SELECCIÓN PROCESOS PARA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA.....	42
6.1.2. ESQUEMA DE ACREDITACIÓN.....	42
6.1.3. SEGURIDAD DEL PACIENTE	43
6.1.3.1. INFORMACIÓN AL PACIENTE. CONSENTIMIENTO INFORMADO	43
6.1.3.2. INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES	43
6.2. OBJETIVO 2: ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL DE ACREDITACIÓN PARA EL ÁREA DE URGENCIAS.....	44
6.2.1. RECOLECCIÓN DE DATOS	45
6.2.1.1. APARTES DEL INFORME DE ACREDITACIÓN 2010-2011 POR ICONTEC PARA EL ÁREA DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA X:	45
6.2.1.2. ESPERA PARA EL ACCESO O ATENCIÓN.....	45
6.2.1.3. IDENTIFICADORES DEL PACIENTE.....	47
6.2.1.4. INFORMACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA	47
6.2.1.5. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN.....	47

6.2.1.6. EGRESO, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.....	47
6.2.2. CONCLUSIONES GENERALES POR CADA GRUPO DE ESTÁNDARES	48
6.2.2.1. PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL HOSPITALARIO	48
6.2.2.2. PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL AMBULATORIO	51
6.3. OBJETIVO 3: DESARROLLAR UN INSTRUMENTO QUE NOS PERMITA ANALIZAR LOS PROCESOS SUSCEPTIBLES DE MEJORA PARA EL ÁREA DE URGENCIAS BAJO LOS ESTÁNDARES DE ACCESIBILIDAD Y CONTINUIDAD EN EL SERVICIO, EN EL MARCO DE LA JOINT COMMISSION.	52
6.3.1. PRIMERA ETAPA: ALISTAMIENTO O PREPARACIÓN.....	53
6.3.2. SEGUNDA ETAPA: MATRIZ DE DIAGNOSTICO.	56
6.3.3. TERCERA ETAPA: ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	57
6.3.4. CUARTA ETAPA: PLAN ESTRATÉGICO DE MEJORA (PEM)	61
6.4. OBJETIVO 4: PRUEBA PILOTO EN LA CLÍNICA Y PRESENTACIÓN DE UN DOCUMENTO CON LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN A LA CLÍNICA Y AL COMITÉ DE APROBACIÓN DE LA UNIVERSIDAD ICESI.	61
6.4.1. PRIMERA ETAPA: ALISTAMIENTO O PREPARACIÓN.....	62
6.4.2. SEGUNDA ETAPA: MATRIZ DE DIAGNOSTICO.	62
6.4.3. TERCERA ETAPA: ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	63
6.4.4. CUARTA ETAPA: PLAN ESTRATÉGICO DE MEJORA (PEM)	66
7. RECOMENDACIONES.....	69
8. CONCLUSIONES	71
9. LISTA DE ANEXOS	72
10. BIBLIOGRAFÍA.....	118

1. ACREDITACIÓN INTERNACIONAL

Acreditación internacional de una clínica del Valle del Cauca bajo los estándares de la Joint Commission.

1.1. TITULO DEL PROYECTO

Desarrollo de un instrumento de mejoramiento para el área de urgencias de la clínica X del valle del cauca con el fin de apoyar la acreditación internacional bajo los estándares de la Joint Commission.

1.2. PROBLEMA

1.2.1. Descripción

Las entidades de Salud independientemente de su constitución pública o privada realizan dos procesos básicos: el primero es de habilitación, el cual determina cuales deben ser las condiciones mínimas que deben cumplir las entidades de prestación de servicios en salud para poder brindar sus servicios a la comunidad. Este proceso es obligatorio para toda entidad de salud ya que las certifica como entidades con la capacidad de prestar un servicio adecuado al paciente. El segundo es el proceso de acreditación, el cual es un proceso voluntario de autoevaluación interna donde se garantiza estándares de seguridad del paciente y mejoramiento de la calidad. Principalmente la acreditación cuanta con cuatro categorías:

- Acreditación Internacional, con puntuación mayor a 450 puntos.
- Acreditación con Excelencia, con puntuación entre 400 y 449 puntos.
- Acreditación, con una puntuación entre 280 y 399 puntos.
- Acreditación condicionada, con una puntuación entre 200 y 279 puntos.

- No acreditado, con una puntuación menor a 200 puntos¹.

1.2.2. Formulación

Se necesita contar con un instrumento que permita direccionar los sistemas de gestión actuales hacia la acreditación internacional bajo los estándares de la Joint Commission, con el fin de lograr una ventaja competitiva y destacarse por brindar un servicio con altos estándares de calidad y seguridad para sus pacientes.

1.3. JUSTIFICACIÓN

En la búsqueda del reconocimiento, la clínica X necesita estar en continuo mejoramiento de sus procesos y procedimientos para alcanzar la acreditación. El desarrollo del instrumento de mejoramiento, busca estandarizar los procesos internos con el fin de que la entidad de salud sea destacada como una organización de alta calidad bajo los estándares de la Joint Commission, de referenciación por su excelencia y reconocida por el alto nivel de seguridad que les brinda a sus pacientes.

Como se sabe para cualquier entidad de salud con un nivel mínimo de acreditación la seguridad del paciente hace parte de sus valores organizacionales. La entidad de salud toma la seguridad del paciente como la dimensión más relevante de calidad en su proceso de atención, por ello pone sus esfuerzos en evitar eventos adversos, y más aún eventos centinelas, los cuales irían en contra de la seguridad del paciente

¹ Manual del proceso para la certificación de hospitales, comisión para la certificación de establecimientos de atención médica, Dr. José ángel córdoba Villalobos, Dr. Enrique rúelas barajas, pág. 34

1.4. DELIMITACIÓN Y ALCANCE

- **Espacio:** La realización del proyecto se efectuará en una entidad de salud de alto reconocimiento en el Valle del Cauca.
- **Tiempo.** Se pronostica que el desarrollo del proyecto tomará un año, el cual se dividirá en dos fases: la realización del diseño y el planteamiento del proyecto (fase 1) y el desarrollo del mismo (fase 2).
- **Tipo de investigación** Para desarrollar el proyecto se realizará una investigación descriptiva debido a que se presenta una interpretación de la realidad, por medio de descripción, registro, análisis e interpretación de los procesos empleados en la entidad de salud.
- **Tipo de proyecto:** El proyecto es industrial aplicado debido a que se desarrollará al interior y con la intervención de una clínica del Valle del Cauca.
- **Impacto:** Con este proyecto se quiere apoyar la acreditación internacional en una clínica del Valle del Cauca para hacer sus procesos mucho más confiables para los pacientes.

2. OBJETIVOS.

2.1. OBJETIVO GENERAL.

Desarrollar un instrumento para el mejoramiento y generación de nuevos procesos bajo los estándares de la Joint Commission que permitan subir los niveles de acreditación que actualmente maneja una entidad de salud del Valle del Cauca para una futura acreditación de tipo internacional.

2.2. OBJETIVO DEL PROYECTO.

Realizar un análisis de los diferentes modelos que se han implementado en el área de urgencias, con el fin de desarrollar un instrumento para la gestión de la calidad que interrelacione todas las herramientas utilizadas, para la generación de la solución adecuada a la problemática de mejora de la calidad de los diferentes procesos.

2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Contextualización con el objeto de estudio
- Análisis del estado actual de acreditación para el área de urgencias.
- Desarrollar un instrumento que nos permita analizar los procesos susceptibles de mejora para el área de urgencias bajo los estándares de accesibilidad y continuidad en el servicio, en el marco de la Joint Commission.
- Prueba piloto y presentación de un documento con los resultados de la investigación a la clínica y al comité de aprobación de la Universidad Icesi.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1. ANTECEDENTES

3.1.1. ISQua

La Sociedad Internacional de Calidad en la Atención Sanitaria (ISQua) puso en marcha su Programa de Acreditación Internacional (IAP) en 1999. Este es el único programa internacional que "Acredita los acreditadores. Hay 17 organizaciones, 31 conjuntos de normas de 23 organizaciones y 6 programas de formación actualmente acreditado por ISQua.

El IAP ofrece un ciclo de cuatro años de acreditación:

- Organismos nacionales de acreditación
- Servicio de órganos específicos de evaluación externa
- Las normas de atención de salud²

3.1.2. Antecedentes a nivel mundial.

3.1.2.1. Clínica Universidad de Navarra

Es un centro acreditado por la Joint Commission desde el año 2004. La Clínica Universidad de Navarra es el mejor hospital de España en atención al paciente, así lo acredita el premio obtenido en la cuarta edición de los premios Best in Class (BIC) 2009. Además ha recibido también el mismo reconocimiento en las especialidades de Cardiología y Oncología, por segundo año. Los premios BIC tienen como objetivo el reconocimiento público de los mejores servicios sanitarios tanto públicos como privados de España, que buscan la excelencia en la atención que prestan a sus pacientes³.

² www.isqua.org/

³ www.premiosbic.com/2009/pdf/PremiosBiC_2009.pdf

3.1.2.2. Clínica los Condes

Fue en el 2007 la primera clínica acreditada por la Joint Commission en Chile. Es el líder latinoamericano en la excelencia e innovación en la entrega de cuidados de la salud y en la seguridad de los pacientes.

Se enfocan en medicina de alta complejidad y en ser pioneros de la implementación de tecnologías, terapias y modelos de tratamiento. Incorporan los médicos más calificados del país, tanto desde el punto de vista técnico, como su calidad humana y vocación académica⁴.

3.1.2.3. Clínica Alemana de Santiago

Fue acreditada por la Joint Commission International (JCI), organismo líder a nivel mundial en promover un mejoramiento continuo de la calidad de las actividades de prevención y cuidado de la salud, mediante el cumplimiento y la adherencia a una serie de estándares definidos por dicho organismo internacional. Clínica Alemana inició este proceso voluntario en 2007 en base a un riguroso programa de capacitación de su personal y de todos los estamentos profesionales, reordenando y reestructurando al mismo tiempo un gran número de procedimientos administrativos y asistenciales⁵.

3.1.2.4. Antecedentes a nivel nacional

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres

⁴ www.clinicalascondes.com/ver_articulo.cgi?cod=1207782954

⁵ www.alemana.cl/reader/alemana/pub/v03/.../news42787.html

subsistemas: 1) salud pública; 2) los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema Privado de Servicios. El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.

A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un “Manual de Acreditación de IPS”, tomando como referencia el “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”, publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto.

Posteriormente, 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 pospuesto 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.

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial(Véase el Anexo 2).

Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS. El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC)

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

El decreto 1011 de 2006 establece *La Calidad de la Atención en Salud* como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la

adhesión y satisfacción de dichos usuarios", para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

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

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

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

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

Las clínicas que sientan un precedente en cuanto a acreditación internacional en Colombia son:

3.1.2.5. Fundación Santafé de Bogotá

El 13 de febrero de 2010, El Hospital Universitario de la Fundación Santafé de Bogotá fue la segunda institución en salud en recibir la acreditación por parte de la Joint Commission International, ubicándolo como un hospital de clase mundial.

3.1.2.6. Fundación Cardiovascular de Colombia

El 15 de Octubre de 2009 la fundación cardiovascular de Colombia se convierte en la primera institución de salud de Colombia en recibir uno de los reconocimientos más apetecidos por las instituciones hospitalarias de todo el mundo, la acreditación por parte de Joint Commission International.

3.1.2.7. Hospital Pablo Tobón Uribe

Para Andrés Aguirre Martínez, director general del Hospital Pablo Tobón Uribe, al recibir la acreditación la entidad prestadora de salud mejoraría el proceso de atención. “Nos permitiría incrementar la seguridad del paciente, mediante la reducción de riesgos, adicionalmente es una carta de presentación en cualquier parte del mundo. La acreditación no sólo habla bien del Hospital, sino también de la ciudad y del país. Cuando un hospital dice que está acreditado con Joint Commission International, no tiene que decir nada más, para saber qué tipo de institución es”, apuntó. De acuerdo con Aguirre Martínez, el Hospital está adelantando un proceso largo y a conciencia que no sólo les permite prepararse para la Joint Commission International, sino para mejorar cada vez más. “En primera instancia se interpretaron y difundieron los estándares, luego realizaros un referenciamiento estratégico de hospitales acreditados, evaluación por grupos de estándares, inventarios de políticas y comités, metas de seguridad, implementación de acciones con base en las brechas encontradas, programas de comunicación y difusión, y por ultimo revisión de la infraestructura y el ambiente físico”.

3.2. MARCO TEÓRICO

3.2.1. La clínica X del Valle del Cauca

Entidad privada sin ánimo de lucro, constituida oficialmente el 25 de noviembre de 1982. La clínica derivo su capital de donaciones del sector privado colombiano.

La idea de llevar a cabo el proyecto de la clínica X, surgió de los doctores Martín Wartenberg Villegas y Jorge Araujo Grau, quienes vieron la oportunidad de construir una Fundación semejante a la Fundación Santafé de Bogotá y además sería la primera entidad privada en la ciudad de Cali, donde se pudiera brindar a los pacientes los servicios de medicina de alta complejidad.

La clínica empezó a funcionar el 3 de marzo de 1986 en el barrio centenario, en la ciudad de Cali.

Los servicios que inicialmente prestaban era de pruebas de esfuerzo y laboratorio clínico, posteriormente se empezó a realizar consultas de cardiología. En 1986 se abrieron las unidades de Nefrología y diálisis, imágenes diagnosticas, oncología, litotricia, medicina nuclear. En el año 1994 se abrieron los servicios de hospitalización, urgencias y cuidados intensivos de adultos, además se trasladaron a la sede actual en el barrio Valle del Lili.

La Fundación tiene las siguientes ventajas competitivas:

- Tecnología inteligente, equipos actualizados con los grandes avances de la medicina, para garantizar un diagnóstico oportuno y veraz.
- Calidad de servicio, mejoramiento continuo de la calidad y atención integral que le ofrece a sus pacientes Equipo especial de médicos y enfermeras, que velan día a día por cada uno de los pacientes que ingresan a la institución.
- Programa de aseguramiento de la calidad, para reducir los riesgos adversos.
- Calidad humana y científica: Un cuerpo médico de más de 150 especialistas.
- Integridad en el servicio: Ofrece más de 60 especialidades, énfasis en los programas y unidades de enfermedad cardiovascular, trasplante, cuidado crítico, cáncer y patología que requieren de un hospital de alta complejidad y tecnología⁶.

⁶ Referencia reservada por la clínica

3.2.2. ICONTEC

El Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC, es un organismo de carácter privado, sin ánimo de lucro, con personería jurídica reconocida mediante la Resolución 2926, del 28 de septiembre de 1963, otorgada por el Ministerio de Justicia y del Derecho, e inscrita ante la Cámara de Comercio de Bogotá. Es un organismo que trabaja para fomentar la normalización, la certificación, la metrología y la gestión de la calidad en Colombia cuenta con una trayectoria solida de más de 40 años. ICONTEC se erige como una institución creada con el fin de lograr mejores sistemas de gestión en las empresas, fabricación de productos con calidad y, por supuesto, un beneficio implícito y muy valioso para los consumidores⁷.

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, afilados 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.

ICONTEC dirigirá el Sistema Único de Acreditación con la debida confidencialidad, a fin de permitir a las organizaciones de salud acceder al proceso de evaluación y demostrar el cumplimiento de los estándares previamente definidos y con su

⁷ www.acreditacionensalud.org.co/nosotros.php

autorización para dar a conocer los datos de las organizaciones que hayan sido acreditadas. Gradualmente y con base en los resultados alcanzados por las organizaciones de salud, en el desarrollo global de dicho sector salud y en las tendencias internacionales en materia de calidad de la atención en salud, ICONTEC promoverá el ajuste del nivel en la exigencia de los estándares, apoyándose en la responsabilidad que le fue conferida como Organismo de Normalización Nacional.

ICONTEC cuenta con un importante reconocimiento internacional por estar acreditado por la Junta Nacional de Acreditación de ANSI - ASQ (ANAB), el Instituto Americano de Normas Nacionales (ANSI) de Estados Unidos, la Asociación Alemana de Acreditación (TGA), el Instituto Nacional de Normalización (INN) de Chile, y por el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI) de Perú.

Los principales servicios del Instituto son:

- Normalización
- Certificación
- Educación y desarrollo
- Acreditación en salud
- Metrología
- Servicio de Cambio Climático
- Venta de Normas y Publicaciones

IPS colombianas acreditadas por la ICONTEC:

- Instituto del Corazón - Unidad de negocios de la FCV
- Hospital Pablo Tobón Uribe
- Hospital General de Medellín
- Hospital del Sur de Itagüí
- Hospital Pablo VI Bosa
- Centro Policlínico del Olaya

- Centro Médico Imbanaco
- Clínica el Rosario
- Clínica del Occidente
- Fundación Santa Fe de Bogotá
- Fundación Valle del Lili
- Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta
- Clínica de Oftalmología de Cali
- Hospital Nazareth ESE
- Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle
- Laboratorio Clínico Continental Ltda.
- Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología
- Hospital Manuel Uribe Ángel
- Fundación Oftalmológica de Santander-Clinica Carlos Ardila Lülle
- Hospital San Vicente de Paúl Medellín
- Hospital Universitario Departamental de Nariño

3.2.3. PAMEC

Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud. PAMEC. Es la forma a través de la cual la institución implementa el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, el cual se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendida como "el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios"⁸.

1. ⁸ www.saludcapital.gov.co/Paginas/auditoriasalud.aspx

3.2.4. Joint Commission

Es una organización no gubernamental, independiente y sin ánimo de lucro que acredita a más de 20.000 organizaciones sanitarias en los Estados Unidos de América y que actualmente colabora con más de 70 países de todo el mundo

La acreditación que otorga la Joint Commission International certifica que un centro ha alcanzado el nivel óptimo para realizar la función que tiene encomendada, basándose en funciones relevantes de la organización y estableciendo estándares de buena práctica.

La acreditación es un proceso en el que una entidad, separada y distinta de la organización sanitaria, normalmente no gubernamental, evalúa al centro para determinar una serie de requisitos diseñados para mejorar la calidad de la asistencia. La acreditación aporta el compromiso claro de la organización de mejorar la calidad de asistencia del paciente, garantizar un entorno seguro y trabajar sistemáticamente en la reducción de riesgos para los pacientes y el personal.

Asturias encabeza la acreditación externa de la calidad de los servicios en España gracias a una apuesta por un enfoque de evaluación global del sistema. De esta forma, se unifican los procesos, se promueve la equidad en el acceso a la asistencia y se avanza en la búsqueda de la excelencia, obteniendo como resultado una mejoría en el servicio que deja satisfechos a profesionales y pacientes⁹.

3.2.4.1. Valor de la Acreditación

- Evaluación externa, objetiva
- Utiliza estándares de consenso

⁹ es.jointcommissioninternational.org/

- Se acopla a las profesiones médicas
- Proactiva no reactiva
- En toda la organización
- Se enfoca en sistemas y no individuos
- Estimula una cultura de calidad en la organización
- Establece evaluaciones periódicas de los estándares

La JC tiene sus estándares y políticas centradas en que las organizaciones de la salud presten atención a identificar los errores médicos, analizar sus causas de raíz, e incorporar la seguridad en los sistemas y procesos de la organización.

3.2.4.2. Principios de la Acreditación

- Los estándares deben ser realmente realizables. No estar fuera de las posibilidades del centro o unidad
- Debe estar centrada en el paciente de forma principal
- Deben ser culturalmente aceptables
- Deben estimular los procesos de mejora continua del sistema

3.2.4.3. Características de los Centros Excelentes

- Están centrados en el paciente y los buenos servicios
- Procesos coordinados y eficientes para los cuidados sanitarios
- Riesgos bajos para el hospital y el medio ambiente
- Personal actualizado en conocimiento y habilidades
- Cultura de la calidad apoyada por los líderes
- Utiliza estándares y guías para mejorar continuamente la seguridad y la calidad de los cuidados sanitarios¹⁰

¹⁰ www.asturias.es/portal/site/astursalud/

3.2.5. Sistema único de acreditación

El SUA es un 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 hospitalarias, ambulatorias, imágenes diagnósticas, laboratorios clínicos, centros de rehabilitación, EPS, EPSS y EMP, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. El cual se constituyen en una de las formas mediante las cuales el Estado puede lograr un resultado favorable en la calidad de los servicios de salud¹¹.

Una vez comenzada la aplicación del sistema único de acreditación, la información a la cual se tenga acceso durante el proceso es estrictamente confidencial; sin embargo, la calificación final de las instituciones a las cuales se les otorgue la acreditación se puede hacer pública, siempre y cuando la entidad lo autorice.

Dado que la acreditación es un proceso que se debe realizar periódicamente, el nivel de exigencia del proceso es cada vez mayor, con el propósito de mantener el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud. Por lo que se espera que las organizaciones sean capaces de autoevaluarse mediante el uso de diferentes preguntas que les permita determinar el grado de cumplimiento.

Las entidades de salud deberán desarrollar un instrumento para establecer la calidad esperada en los procesos prioritarios seleccionados, los mecanismos de medición, los resultados a lograr y los canales para informar los hallazgos. Una vez establecidas las respectivas metas, la organización debe documentar su estado actual frente a ellas para así establecer la calidad esperada en los procesos seleccionados inicialmente. Además de servir como parámetro para establecer las brechas existentes entre la calidad observada y la esperada. Tanto

¹¹ bdigital.ces.edu.co:8080/.../mejoramiento_proceso_direccionamiento.

la meta como la situación actual deben incluir los indicadores respectivos garantizando su monitorización, para evaluar los logros obtenidos.

Para llevar a cabo la disminución de la brecha se deben realizar planes de mejora garantizando la aplicación del ciclo gerencial PHVA, implementando acciones correctivas y elaborando planes de mejoramiento institucional, fijando cronogramas, determinando equipos de salud, estableciendo tiempos de cumplimiento, tiempos de medición de los correctivos y ajustando los procesos hasta alcanzar la calidad deseada.

El proceso seguido por el Sistema Único de Acreditación consta de tres niveles: Autocontrol, auditoría interna o de segundo nivel y auditoría externa o de tercer nivel.

- Autocontrol: Consiste en diseñar y estandarizar procesos, donde se capacite y entrene a cada uno de sus miembros en las tareas y resultados esperados. Animando a los miembros a que propongan cambios para mejorar los procesos.
- Auditoría interna: En este nivel se analizan las causas que no permiten el logro de los resultados esperados en los procesos prioritarios, por lo que se determina la implementación de las actividades necesarias para alcanzar el nivel de calidad esperado. Los auditores internos deben establecer las fallas de los procesos e intervenirlos desde varios ángulos, capacitando al auditado para que determine los errores y sea capaz de justarlos y controlarlos.
- Auditoría externa: Es la evaluación total llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada, que tiene como propósito verificar la realización de la auditoría interna y el autocontrol.

3.2.5.1. Auditoría para la Calidad

La auditoría se define como un componente del mejoramiento continuo en el sistema de garantía de la calidad en salud, entendida como el mecanismo

sistemático y continuo de evaluación de cumplimiento de estándares de calidad, que concuerden con los exigidos para obtener la acreditación, los cuales son superiores a los que se determinan como básicos en el sistema único de habilitación. (Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Protección de Salud por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud).

La auditoría para el mejoramiento de la calidad es un componente del sistema de garantía de la calidad de la atención en salud que si es correctamente implementada, deberá incentivar el respeto a los derechos del paciente y buena práctica profesional, e implementar el fortalecimiento y la viabilidad de la institución y del sistema, dentro de un contexto de efectividad, eficiencia y ética.

Como parte de las auditorias para la calidad, se encuentra la auditoria medica. Definida como una evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas las estadísticas hospitalarias. Su propósito fundamental es procurar que el enfermo reciba la mejor atención médica posible y su objetivo específico es elevar su calidad.

3.2.5.2. Principios del Modelo para la Auditoría En Calidad

El modelo de auditoría en calidad está compuesto principalmente por seis principios:

- **Autocontrol:** Donde cada individuo adquiere destrezas y la disciplina necesaria para que los procesos se ejecuten de acuerdo a los estándares adoptados por la entidad, además de dar solución a los problemas que se puedan presentar.
- **Enfoque preventivo:** Busca prevenir los problemas que se poseen actualmente o futuros, que puedan evitar la consecución de los resultados esperados.

- **Confianza y respeto:** La auditoria de la calidad debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso demostrado para desarrollar e implementar los procesos de mejoramiento institucional.
- **Sencillez:** Las acciones deben ser fáciles de entender y aplicar, para realizar de forma efectiva las actividades del proceso.
- **Confiabilidad:** Los métodos e indicadores utilizados en los procesos deben garantizar la obtención de los mismo resultados, sin importan quién lo realice.
- **Validez:** Los resultados obtenidos deben reflejar el comportamiento de las variables evaluadas.

3.2.5.3. Mejoramiento Continuo de la Calidad

Es un conjunto de principios y acciones que deben llevar a las organizaciones a establecer la calidad, está basada en la estandarización de guías y protocolos de salud, indicadores y sistemas estándares que les permitan precisar los parámetros de la calidad esperada en los procesos de atención con base en los cuales se realizarán acciones preventivas y de seguimiento, consistentes en la evaluación continua y sistemática para buscar el cumplimiento de sus funciones.

Debe ser visto como un proceso de autocontrol que se desarrolla progresivamente, centrado en el paciente y sus necesidades. Desarrollan acciones de búsqueda permanente de procesos que sean susceptibles de mejora para realizar ajustes y superar las expectativas del usuario. En el desarrollo de una cultura organizacional del mejoramiento de los procesos, se trabaja en las personas de una organización y se asignan como dueños de los procesos, para que descubran las fallas, las irregularidades y sean partícipes de las mejoras y perfeccionamiento. Los responsables del sistema deben establecer instrumentos que garanticen el cumplimiento de parámetros mínimos de calidad de la atención en salud, como punto de partida para el mejoramiento de los servicios, los cuales son condiciones del sistema único de habilitación.

- **Formulación del Plan de Mejoramiento:** Para poder hacer la formulación del plan de mejoramiento se deberá contar con la información necesaria para poder generar los planes de acción que se encargaran de corregir las fallas de calidad encontradas, entre estos los que fundamentalmente se deben atacar primero, son los procesos que sean prioritarios. Ya detectados estas fallas, que no permiten lograr los resultados esperados se deberán aplicar métodos como: la matriz de evaluación, que se encargará de oponerse ante las causas, solucionando los problemas, y mediante indicadores, se podrá hacer un seguimiento para posteriormente evaluar los resultados.
- **Ejecución del Plan de Mejoramiento:** A partir del anterior ítem se debe realizar las actividades contenidas en el plan de acción y sacar un espacio con los responsables del grupo de estándares para que brinden apoyo, evalúen los criterios y analicen los planes de acción y los resultados que se esperan obtener a través de los indicadores.
- **Aprendizaje Organizacional:** El aprendizaje organizacional consiste en realizar un control o seguimiento continuo, para evitar que se presente una brecha entra la calidad esperada y la observada. Cuando se realiza esto, se garantiza que las brechas se hayan disminuido y sirvan para fortalecer el proceso de mejoramiento continuo.
- **Evaluación del mejoramiento:** Se debe evaluar si los indicadores están generando resultados positivos, confirmando que las actividades que se están ejecutando son efectivas. En el caso en que si sea efectiva, se implementará el modelo de mejoramiento, en caso contrario se deberá evaluar la formulación del plan de mejoramiento¹².

¹²http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/438/1/mejoramiento_proceso_dircionamiento.pdf

3.2.5.4. Modelo Colombiano para el Mejoramiento Continuo y Mantenimiento de la Calidad en el Sistema de Salud

Este modelo está basado en el modelo de auditoría de la calidad para los servicios de salud que propuso el Ministerio de la Protección Social Colombiano, donde se requiere que la calidad sea real y sostenida, para poder garantizar el cumplimiento de los pasos de la ruta crítica empleada en el PAMEC. Dicha ruta consta de dos pasos esenciales:

- **Planear:** En este paso se define la auditoría, el alcance, tiempo y procesos prioritarios, definidos por el grupo responsable con base en los niveles de calidad deseados.
- **Ejecutar:** Se recopila la información válida y se analizan los resultados de las actividades que ayuden a mejorar los procesos, para llevarlos a un estado de autocontrol, donde todos los pasos empleados queden consignados en instrumentos diseñados para cada una de las acciones, para posteriormente medirlos con indicadores y diseñar un documento donde se resuman los resultados.

Todos estos pasos deben estar en constante seguimiento, con el fin de realizar acciones correctivas, de continuidad o de mejora, durante y después, para garantizar el correcto flujo del ciclo PHVA.

3.2.6. Clasificación de los hospitales según su complejidad

3.2.6.1. Hospitales de Primer Nivel de Atención (Baja Complejidad)

Son aquellos donde se llevan a cabo actividades de promoción y prevención, prestación de actividades del Plan Local de Salud, consultas de medicina general, odontología general, laboratorio clínico e imagenología de baja complejidad, hospitalización, atención de urgencias y de partos de baja complejidad.

Adicionalmente, se realizan en este nivel actividades prioritarias en Salud Pública, tales como vacunación, toma y entrega de resultados de citología vaginal, actividades de regulación de fecundidad (asesorías y entrega de métodos de planificación), y la suplementación de micro nutrientes a menores de edad y gestantes, entre otras.

3.2.6.2. Hospitales de Segundo Nivel de Atención (Complejidad Media)

Son aquellos donde se realiza consulta médica, hospitalización y atención de urgencias de especialidades básicas (ginecoobstetricia, pediatría, medicina interna, ortopedia, cirugía); atención de partos y cesarías de mediana complejidad, laboratorio e imagenología de mediana complejidad, atención odontológica general y especializada, consultas de nutrición, psicología, optometría y terapias de apoyo para rehabilitación funcional.

3.2.6.3. Hospitales de Tercer Nivel de Atención (Complejidad Alta)

Son aquellos que brindan atención médica a las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles (primer y segundo nivel), que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas.

Este nivel puede comprender también funciones de apoyo especializado para la vigilancia epidemiológica; actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados.

3.2.6.4. Hospitales de Cuarto Nivel de Atención (Complejidad Alta)

Son centros de atención en salud con infraestructura y personal capaz de brindar atenciones complejas a la población. Presta servicios médico quirúrgicos en hospitalización o ambulatoria a las personas afectadas de patología compleja que requiere cuidados especializados sofisticados.

Puede comprender especialistas como Hemato-oncólogos, Radiólogos intervencionistas, Equipo de Trasplantes, Cirujanos Cardiovasculares, Pediatras endocrinos Neuro-pediatras, etc¹³.

3.2.7. AMEF.

Es una metodología de un equipo sistemáticamente dirigido que identifica los modos de falla potenciales en un sistema. Los AMEF's son desarrollados en tres distintas fases donde las acciones son determinadas.

- **Paso 1** es determinar todos los modos de falla con base en los requerimientos funcionales y sus efectos. Si la severidad de los efectos es de 9 o 10 (impactando aspectos de seguridad o regulatorios) las acciones deben ser consideradas para cambiar el diseño o el proceso eliminando el Modo de Falla si es posible o protegiendo al cliente de su efecto.
- **Paso 2** describir las causas y Ocurrencias para cada Modo de Falla. Esto es el desarrollo detallado en la sección del AMEF de proceso. Revisando el nivel de la probabilidad de ocurrencia para las severidades más altas y trabajando hacia abajo, las acciones son determinadas si la ocurrencia es alta (> 4 para lo que no es seguridad y nivel de ocurrencia <1 cuando la severidad es 9 o 10)
- **Paso 3** considerar pruebas, verificación del diseño y métodos de inspección. Cada combinación de los pasos 1 y 2 los cuales sean considerados como riesgo requieren un número de detección. El número de detección representa la habilidad de las pruebas e inspecciones planeadas para quitar defectos o evitar los modos de falla.

Después de que cada uno de estos pasos es desarrollado, después los **Números Prioritarios de Riesgo (RPN)** son calculados. Es importante notar que los RPNs son calculados después de que tres posibles oportunidades para tomar acciones han ocurrido. Las acciones no son

¹³<http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/Documento%20Sintesis%20Ordenamiento%201.pdf>

solamente determinadas con base en los valores RPN. El valor de RPN como tal no juega un rol importante en las acciones, solamente en la evaluación de las acciones cuando han sido terminadas.

Seleccionar un valor de RPN arbitrariamente no es efectivo para dirigir los cambios si el orden de las mejoras no es controlado (severidad, ocurrencia, detección) en los pasos 1, 2,3 descritos anteriormente.

3.2.7.1. Beneficios del AMEF

- Mejora la calidad, confiabilidad y seguridad de los productos / servicios / maquinaria y procesos
- Mejora la imagen y competitividad de la compañía
- Mejora la satisfacción del cliente
- Reduce el tiempo y costo en el desarrollo del producto / soporte integrado al desarrollo del producto
- Documentos y acciones de seguimiento tomadas para reducir los riesgos
- Reduce las inquietudes por Garantías probables
- Integración con las técnicas de Diseño para Manufactura y Ensamble

Equipo Médico y entrega de medicamentos ha incorporado AMEF como una medida para entender los riesgos no considerados por el personal de diseño y procesos. El AMEF permite a un equipo de personas revisar el diseño en los puntos críticos del desarrollo del producto y hacer comentarios y cambios ya sea al diseño del producto o del proceso anticipándose a las fallas potenciales. La "Food and Drug Administration (FDA)" de USA ha reconocido al AMEF como un método de verificación del diseño para los Equipos Médicos y Farmacéuticos.

Los Hospitales también empezaron a utilizar AMEF para prevenir la posibilidad de errores y fallas relacionados con una cirugía o administración de medicamentos incorrectos. El uso es impulsado por la "Joint Comisión of Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)".

3.2.8. Accesibilidad y continuidad en el servicio

Una organización sanitaria debe tener en cuenta la atención que proporciona como parte de un sistema integrado de servicios, profesionales de atención sanitaria y niveles de atención, que constituyen una atención continuada. El objetivo es hacer coincidir correctamente las necesidades de atención sanitaria del paciente con los servicios disponibles, coordinar los servicios proporcionados al paciente en la organización y planificar el alta y el seguimiento. Así se obtienen mejores resultados en la atención al paciente y un uso más eficiente de los recursos disponibles¹⁴.

La información es fundamental para tomar decisiones correctas acerca de:

- Las necesidades del paciente que la organización sanitaria puede cubrir,
- El flujo eficiente de servicios al paciente y
- El traslado o el alta adecuados del paciente a su domicilio o a otro entorno de atención.

3.3. Aporte crítico

Con la realización de este proyecto, se busca generar un instrumento para la gestión de la calidad bajo los estándares de la Joint Commission, con el cual se pretende que la clínica X que está en proceso de acreditación por excelencia con el ICONTEC, con la aplicación del modelo de mejoramiento de cierre de brechas, adquiera una acreditación de tipo internacional. El resultado de la aplicación de este instrumento es conocer la situación o estándares actuales de la Fundación, con el fin identificar los procesos críticos y no existentes que sugiere que tenga la Clínica según los estándares definidos por la Joint Commission.

¹⁴<http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/calidad/JCI%204aEdicionEstandaresHospitales2011.pdf>

Para reconocer los procesos que están críticos y los no existentes frente a los existentes y a los esperados, se implementará una metodología de mejoramiento que interrelacione las actividades que cubre el PAMEC, las herramientas y modelos ya utilizados con los estándares de acreditación internacional impuestos por la Joint Commission. El presente proyecto es la segunda Fase de un amplio proceso de acreditación que será la continuación de la primera Fase (que consiste de un Modelo cierre de brechas Estándares Nacionales para estándares asistenciales y de soporte que requieren mejora) en donde se busca una futura acreditación de tipo internacional bajo las exigencias de la Joint Commission, apoyándose en el modelo de mejoramiento de cierre de brechas.

Para lograr el instrumento de acreditación bajo los estándares de la Joint Commission, es necesario que la clínica X examine su estado actual analizándola bajo los estándares a los que se someterá el instrumento a generar y las metodologías de mejoramiento que están utilizando, para la cual precisarán unos criterios generales que todo estándar debe cumplir para el diseño de una herramienta de valoración que se empleará para analizar el grado de cumplimiento que tiene la Fundación con respecto a la norma. Una vez ejecutada esta herramienta se revisará si la metodología que está siendo utilizada es efectiva y las debilidades y fortalezas que tiene cada estándar con relación a un resultado ideal.

Lo dicho con anterioridad se analizará con lo estipulado en el marco teórico y los antecedentes, de manera que se pueda aprovechar y tener como apoyo los procesos que llevaron a las clínicas nombradas (antecedentes) a obtener esta acreditación de tipo internacional con el fin de llevar a cabo el instrumento de acreditación bajo los estándares de la Joint Commission para así cumplir con el objetivo propuesto y lograr una provechosa utilización de este proyecto.

Al terminar todo el proceso de evaluación del proceso de acreditación de la clínica X, se espera poder generar una guía metodológica para analizar el estado de sus

estándares y así lograr los beneficios que conlleva la acreditación de tipo internacional. El proceso de acreditación está diseñado para crear una cultura de seguridad en la atención del paciente y calidad dentro de una organización. Esto significa que:

- Mejora la confianza en la comunidad en lo que se refiere a la seguridad del paciente y la calidad de la atención;
- Proporciona un entorno laboral seguro y eficiente que contribuye con la satisfacción del trabajador;
- Amplía la posibilidad de inclusión de nuevos aseguradores a nivel nacional e internacional con datos sobre la calidad de la atención;
- Escucha a los pacientes y a sus familias, respetan sus derechos y los involucran como socios en el proceso de atención.
- Crea una cultura abierta al aprendizaje a partir del análisis oportuno de casos que afecte la seguridad del paciente.

Un gran punto a favor en términos actuales que se le brindara con este proyecto a la clínica X, es que al lograr este tipo de acreditación será bastante competitiva ante las demás IPS, pues tendrá un sólido respaldo en el tema de seguridad del paciente, que es uno de los grandes beneficios que conlleva obtener este reconocimiento a nivel internacional. Al hablar de seguridad del paciente se le está asegurando al paciente la calidad y mejores resultados en cuanto a reducción (tendencias a cero) de crecimiento en el número de efectos adversos o derivados de la atención sanitaria y sus repercusiones en la vida de ellos, los posicionamientos estratégicos en el ámbito de la gestión de riesgos, es decir, tener cero errores, todo orientado a acciones que aseguren una atención con la mejor calidad y la seguridad del paciente.

4. METODOLOGÍA

El proyecto se desarrollará en cuatro etapas en las cuales se realizará una serie de actividades que nos guíen hacia el cumplimiento de los objetivos planteados, estas fases son:

-Primera etapa: Reconocimiento del ambiente objeto de estudio. Para la realización de este objetivo, se cuenta con un contacto en la fundación que suministrará la información necesaria para llevar a cabo el trabajo en esta etapa. Se requiere conocer el estado actual de la fundación en el área de urgencias. Esto con el fin de conocer algunas de las normativas que rigen a las entidades prestadoras de salud como: el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud y las últimas actualizaciones del Ministerio de Protección Social, entre otros decretos descritos en el marco teórico.

-Segunda etapa: Análisis del estado actual del modelo de mejoramiento de cierre de brechas y metodología de mejoramiento. Para llevar a cabo este objetivo, se realizará un análisis acerca de que tanto se ha cubierto el modelo de mejoramiento para el cierre de brechas en el que están trabajando los encargados de la Fase I según sus objetivos planteados, esto con el fin de saber si aún quedan falencias por cubrir o presentan ausencia de mejoras algunos de los procesos, de esta manera se sabrá qué procesos siguen presentando problemas para ser tratados. Además el conocer el desarrollo de la primera fase de acreditación y la relación de lo real frente a lo teórico da más pautas y criterios de mejora para el efectivo desarrollo del instrumento de mejoramiento bajo los estándares de la Joint Commission. También con esto se busca evidenciar si los criterios definidos para la evaluación del estado actual de los estándares y de la metodología que se está empleando en el proceso de acreditación se están cumpliendo,

con el fin de saber si la metodología para cada estándar es efectiva, en relación con el resultado óptimo esperado del estándar por el ICONTEC.

-Tercera etapa: Desarrollo del instrumento de mejoramiento bajo los estándares de la Joint Commission en los procesos de accesibilidad y continuidad en la prestación del servicio con el fin de obtener una acreditación de carácter internacional. Para el cumplimiento de esta etapa, es necesario establecer unos pilares, que serán la base del diseño del instrumento, que estén relacionados con el estado actual de la clínica X, el modelo de mejoramiento para cierre de brechas, los estándares de la Joint Commission y el PAMEC, con el objetivo de garantizar la homologación de los estándares nacionales a los internacionales, ya que el instrumento debe tener en cuenta el direccionamiento que quiere tomar la Fundación, que es la acreditación internacional con la Joint Commission. Después de establecer los pilares, se definirán las metodologías de mejoramiento que se utilizarán y los procesos que se deban crear, de acuerdo al análisis efectuado en la etapa anterior. Se desarrollará el instrumento para facilitar la detección de oportunidades de mejora y la relación entre los estándares existentes, para lograr la homologación a los estándares esperados por la Joint Commission. El instrumento que se diseñara será validado por los expertos en el tema de estándares en urgencias de la clínica X y por la tutora del proyecto de grado.

-Cuarta etapa: Prueba piloto, aplicación del instrumento de mejoramiento bajo los estándares de la Joint Commission para la obtención de la acreditación de carácter internacional. Para la realización de esta etapa se efectuarán una serie de actividades que facilitará la aplicación del instrumento de mejoramiento bajo los estándares de la Joint Commission para la obtención de una acreditación de tipo internacional. Esta será aplicada en los estándares de accesibilidad y continuidad en el servicio para urgencias, con lo que se espera obtener resultados que muestren su efectividad.

5. ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

5.1. RECURSOS DISPONIBLES

Para el desarrollo del proyecto “desarrollo de un instrumento de mejoramiento para el área de urgencias de la clínica X del valle del cauca con el fin de apoyar la acreditación internacional bajo los estándares de la Joint Commission” se contara con recursos financieros, tecnológicos y humanos.

5.1.1. Recursos financieros

Durante el desarrollo del proyecto no se requerirán recursos financieros externos, por lo cual los gastos en que se incurra serán asumidos por el equipo investigador; entre estos se encuentran el transporte hacia la clínica, las reuniones grupales con la tutora temática en la universidad ICESI y las reuniones entre los integrantes del proyecto de grado.

5.1.2. Recursos tecnológicos

- **Computadores:** Es necesario el uso de equipos con acceso a Internet para realizar investigación bibliográfica, y con el software de Microsoft Office (Word, Power point, Visio, Project, Excel)
- Material bibliográfico como manuales y documentos suministrados por la clínica y la tutora temática utilizados para la familiarización con tema.

5.1.3. Recursos humanos

Para el desarrollo del proyecto será necesario contar con la participación del:

- **Equipo investigador:** conformado por 2 grupos, encargados de la recolección de información, documentación de la misma y aplicación del plan de mejora de 2 estándares en la clínica.

- **Tutor temático:** Responsable del direccionamiento del equipo investigador durante la realización del proyecto, para el cumplimiento a cabalidad de los objetivos planteados.
- **Tutor metodológico:** Encargado de realizar las correcciones relacionadas con normas ICONTEC y de redacción del proyecto.
- **Lector:** Persona encargada de dar la aprobación al proyecto y de realizar las correcciones que sean pertinentes previo a la finalización del mismo.

5.1.3.1. Equipo de investigadores

Grupo 1:

- **Alan Jacob Jaimes Ramírez:** Estudiante de Ingeniería Industrial de la Universidad Icesi.
- **Juan Sebastián Montoya Perlaza:** Estudiante de Ingeniería Industrial de la Universidad Icesi.

Grupo 2:

- **María Ximena Calderón Álvarez:** Estudiante de Ingeniería Industrial de la Universidad Icesi.
- **David Mauricio Morales Otálvora:** Estudiante de Ingeniería Industrial de la Universidad Icesi.

5.1.3.2. Tutora temática:

- **Helena María Cancelado Carretero:** Ingeniera industrial, Especialista en Administración de Calidad, formación en Aseguramiento de Calidad, Buenas prácticas de Manufactura, Mejoramiento Continuo, Análisis de Procesos y Aplicación de Sistemas Integrados de Gestión bajo modelos ISO 9000, ISO 14001, OSHAS 18001, BPM, HACCP y QS 9000, con experiencia en dirección de proyectos de consultaría de calidad, auditorías de calidad y capacitación en empresas pequeñas, medianas y grandes, de

los sectores de Manufactura y servicios. Así mismo experiencia en el diseño de seminarios relacionados con el tema y docencia en la universidad. Con experiencia docente en Gerencia de Calidad, Gerencia de Procesos, Sistemas Integrados de Gestión y Dirección y Despliegue Estratégico en las especializaciones de Gerencia de Producción y Gerencia de Calidad para la Competitividad.

6. DESARROLLO DEL PROYECTO

6.1. Objetivo 1: Contextualización con el objeto de estudio

Características de nuestra prestación integral en Salud	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud	Derechos de los Pacientes
	Decreto 1011 de 2006	Resolución 13437 de 1991
1. Accesibilidad	Accesibilidad	1. Libre elección del médico tratante
	Continuidad	5. Recepción de la mejor asistencia médica posible
	Eficiencia	6. Información de los costos de la atención
2. Actitud de servicio	Aceptabilidad	2. Comunicación plena con el profesional tratante
		3. Recibir trato digno
		5. Recepción de la mejor asistencia médica posible
		6. Información de los costos de la atención
		7. Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral.
		8. Respeto a participación en investigaciones clínicas
		9. Respeto a decidir sobre la donación de sus órganos
10. Morir con dignidad		
3. Adherencia a Normas y Requisitos	Pertinencia	4. Confidencialidad de la información de la Historia Clínica
4. Alta Tecnología	Competencia	5. Recepción de la mejor asistencia médica posible
5. Comodidad	Accesibilidad	3. Recibir trato digno
6. Cumplimiento de acuerdos	Aceptabilidad	3. Recibir trato digno
7. Educación	Competencia	2. Comunicación plena con el profesional tratante
	Eficiencia	
	Pertinencia	
8. Idoneidad	Competencia	5. Recepción de la mejor asistencia médica posible
	Coordinación	
	Pertinencia	
9. Información y orientación	Coordinación	2. Comunicación plena con el profesional tratante
		6. Información de los costos de la atención
10. Oportunidad	Efectividad	5. Recepción de la mejor asistencia médica posible
	Oportunidad	
11. Racionalidad	Eficiencia	5. Recepción de la mejor asistencia médica posible
		6. Información de los costos de la atención
12. Respeto	Aceptabilidad	3. Recibir trato digno
		4. Confidencialidad de la información de la Historia Clínica
		7. Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral.
	Pertinencia	8. Respeto a participación en investigaciones clínicas
		9. Respeto a decidir sobre la donación de sus órganos
		10. Morir con dignidad
13. Seguridad	Pertinencia	5. Recepción de la mejor asistencia médica posible
	Seguridad	

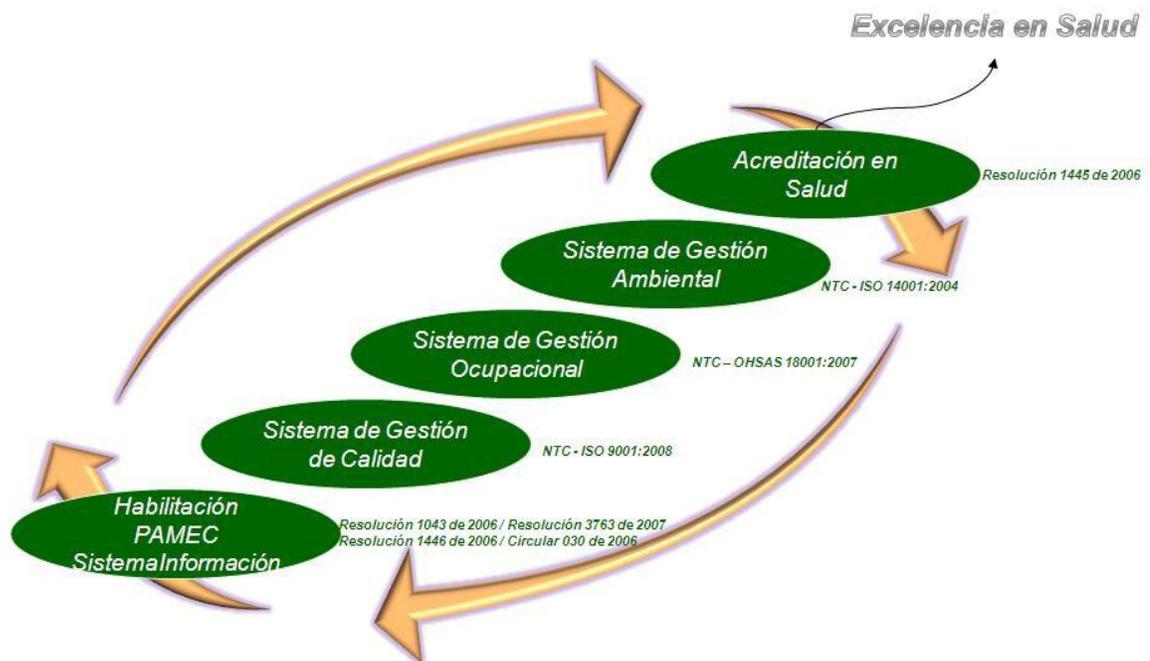
Tabla 1. Características de la prestación integral en salud en la clínica X

Fuente: Sistema de gestión integral de la clínica.

6.1.1. Selección procesos para implementación de acciones de mejora

El PAMEC prioriza el seguimiento del macroproceso de atención médico asistencial que comprende la prestación de servicios de salud en: Urgencias, Imágenes diagnósticas, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Patología, Cardiología no Invasiva, Terapia Respiratoria, Rehabilitación, Medicina Nuclear, Hemodinámica, Endoscopia, Trasplante de Médula Ósea, Oncología Clínica, Hospitalización, Cuidado Intensivo e Intermedio Adulto, Pediátrico y Neonatal, Radioterapia, Sala de Partos, Cirugía, Programas de Cirugía Cardiovascular y Trasplante de Órganos (hepático, renal, páncreas y corazón), Consulta Externa y Odontología en los niveles I, II, III, IV; Instituto de Investigación Clínica y Docencia médico-asistencial en convenio con Universidades

6.1.2. Esquema de acreditación.



Gráfica 1: Esquema de acreditación.

Fuente: Manual de gestión de calidad de la clínica X

6.1.3. Seguridad del paciente

El hospital deberá observar y respetar los derechos del paciente recogidos en la legislación sanitaria vigente.

6.1.3.1. Información al paciente. Consentimiento informado

La implicación del paciente en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en todas las estrategias de atención. Por ello, como principio general, la información debe ser clara, precisa y suficiente.

La información que debe entregarse al paciente atendido urgencias atenderá a los siguientes aspectos:

- Información sobre las características generales de la URGENCIAS.
- Información detallada sobre los procesos, su tratamiento y cuidados.

6.1.3.2. Instrucciones y recomendaciones

- Información sobre las características generales de urgencias
- Información sobre los procesos, su tratamiento y cuidados en urgencias

Se recomienda que la información aportada al paciente conste de los siguientes apartados:

- Información clara y entendible sobre el proceso que motiva atención del paciente
- Información clara y entendible sobre cuidados y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, realizados

- El profesional informará al paciente y cuidador sobre las medidas que han de adoptarse como consecuencia del plan terapéutico y de cuidados.

6.2. Objetivo 2: Análisis del estado actual de acreditación para el área de urgencias.



Ciclo PHVA

Fuente: Manual de gestión de calidad de la clínica X

6.2.1. Recolección de datos

6.2.1.1. Apartes del informe de acreditación 2010-2011 por ICONTEC para el área de urgencias de la clínica X:

- El 60% de los pacientes entrevistados manifestaron un tiempo de espera acceder al servicio de urgencias de máximo 10 minutos.
- Al 100% de los pacientes entrevistados le han suministrado y explicado la información relacionada con los pasos del proceso de atención, sobre su enfermedad y tratamiento.
- El 87% de los pacientes entrevistados ha recibido información sobre sus condiciones para su atención segura.
- Al 93% de los pacientes entrevistados le han suministrado y explicado la información administrativa relacionada con los servicios a los cuales tiene derecho. El 87% de los pacientes entrevistados le han suministrado y explicado la información administrativa relacionada con pagos.
- Información sobre quejas y reclamos: en términos generales los pacientes encuestados manifiestan una gran satisfacción por la atención que reciben en la clínica X, evidenciando una buena oportunidad de la atención y con una gran disposición de servicio lo cual se refleja en percepciones del usuario como: "siempre me atienden bien"; "es una atención cálida y oportuna"; "por que atienden con paciencia al niño"; "son muy profesionales, el trato es muy especial, y se expresan con claridad"; "porque nos han tratado muy especial y han dado todo de sí para el tratamiento y manejo de mi hija, porque nos quieren y se preocupan por mi hija, para que sea una niña feliz y sana"; entre otros comentarios.

6.2.1.2. Espera para el acceso o atención

Una de las áreas construidas para mejorar las condiciones de acceso y atención, fue el servicio de Urgencias Pediátricas, ubicado en el primer piso de la torre de hospitalización, contiguo al servicio de urgencias de adultos, con un amplia sala de

espera independiente de la sala de espera de urgencias adultos, así como los consultorios, la sala de reanimación, la sala de procedimientos y el área de observación, esta última con una central de enfermería, ubicada al frente de los cubículos de observación, separados unos de otros por paredes y puertas de vidrio, para garantizar privacidad de la atención. El proceso de priorización de atención de pacientes (Triage), al momento de la visita es realizado por auxiliar enfermería y a partir del primero de junio, se iniciara el proceso con enfermeros profesionales, designando dos enfermeros para la atención de pacientes adultos y un enfermero para la atención de pacientes pediátricos.

En el servicio de urgencias, adecuaron un área de consulta prioritaria, para dar continuidad de la atención. Con el fin de mejorar el cumplimiento de los estándares de atención, realizaron medición de tiempos de atención, determinando la variabilidad de solicitud de atención durante el día, dando como resultado el incremento del número de médicos y enfermeras en las horas pico y ajustando el número de auxiliares por cubículo, asignando una auxiliar por cada cinco pacientes en observación.

De la programación de salas de cirugía, se prevé un margen del tiempo de espera (estándar) de 10 minutos, con unos resultados de la medición de cumplimiento en el 50% de las programaciones dentro de los 10 minutos del estándar y del 80% dentro de la primera media hora. La priorización de atención quirúrgica se basa en criterios definidos por consenso (edad y condición del paciente), que establece la atención de: emergencias (que son inmediatas) y urgencias reales (en el lapso de cuatro horas). Para cumplir con estos criterios destinan por lo menos dos salas para la atención de pacientes quirúrgicos de urgencias, con posibilidad de expansión en la medida que finalicen las programaciones en cualquiera de las otras ocho salas. La cancelación de cirugías programadas se encuentra dentro del rango del estándar establecido que es del 6%, cuyas causas principales son inherentes a la condición clínica del paciente.

6.2.1.3. Identificadores del paciente

Cuentan con un formato para clasificar riesgo de caída de pacientes, el cual se evidenció diligenciado en el 50% de las historias revisadas. Aplican los criterios de aislamiento, con disposición de cubículos de aislamiento en el área de observación de adultos de urgencias para pacientes respiratorios agudos y en observación pediátrica cuentan con cubículo de aislamiento con divisiones de pared y vidrio, y separado de los otros cubículos de observación.

6.2.1.4. Información al paciente y familia

Desde el ingreso en la amplia sala de espera de urgencias, tanto de adultos como de pediatría, se da información al paciente y su familia de derechos y deberes, pasos del proceso de atención, que incluye la información relacionada de lo que significa la consulta de clasificación de pacientes y el tiempo de espera aproximado para la consulta médica. Esta información se despliega por medios impresos, carteleras y por parte de los colaboradores de la institución.

6.2.1.5. Oportunidad en la atención.

La oportunidad de atención médica de urgencias, la miden para los pacientes de triage 2 y 3, para lo cual definieron un estándar de 20 y 30 minutos respectivamente, con unos resultados de atención promedio de 15 minutos. La respuesta a las interconsultas, la miden desde su solicitud y notificación a la unidad correspondiente, con unos tiempos de respuesta para el servicio de urgencias, de 2 horas.

6.2.1.6. Egreso, referencia y contrarreferencia

Para mejorar el proceso de remisión de pacientes, organizaron la oficina de referencia y contrarreferencia, liderada por enfermero jefe, con formación en auditoría médica, con lo cual han mejorado los tiempos y la respuesta de las solicitudes de referencia y contrarreferencia

GRUPOS DE ESTANDARES	EVALUACION SEGUNDO SEGUIMIENTO
	Calificación
Proceso de Atención al Cliente Asistencial Hospitalario	3,6
Proceso de Atención al Cliente Asistencial Ambulatorio	3,4
Laboratorio Clínico	3,6
Imagenología	3,4
Habilitación y Rehabilitación	3,5
TOTAL ASISTENCIALES	3,5
Direccionamiento	3,8
Gerencia	3,8
Gerencia del Recurso Humano	3,6
Gerencia del Ambiente Físico	3,4
Gerencia de la Información	3,1
Gestión de la Tecnología	3,6
Sedes Ambulatorias integradas en Red	3,6
TOTAL GRUPOS DE ESTANDARES	3,5

Tabla 2: Calificación por grupos de estándares

Fuente: Icontec

6.2.2. Conclusiones generales por cada grupo de estándares

6.2.2.1. Proceso de atención al cliente asistencial hospitalario

Los procesos hospitalarios, en relación con el primer seguimiento, han incrementado la gestión de mejoramiento y adoptado las mejoras sugeridas que se ven reflejadas, en los tiempos de atención en el servicio de urgencias, asociado a una medición para validación de los estándares definidos, otro aspecto está relacionado con procesos de atención segura, con un incremento del concepto en el colectivo institucional, que se ve reflejado en el proceso de atención que percibe el usuario. En este periodo se resalta la inversión y puesta en funcionamiento de la

nueva torre para la prestación de servicios de hospitalización, lo cual ha impactado la prestación del servicio, en comodidad, acceso, privacidad, seguridad y la dignidad de la atención de los pacientes. Como parte del proceso de mejoramiento continuo deben tener en cuenta, las siguientes *oportunidades de mejoramiento*:

1. Incrementar el nivel de conocimiento y comprensión de los derechos y deberes, brindando especial interés a los grupos de colaboradores identificados en los cuales los ejercicios de evaluación demuestran deficiencias como por ejemplo los médicos especialistas.
2. Fortalecer el análisis, seguimiento y gestión del evento adverso en los servicios hospitalarios, urgencias, quirúrgicos, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas y rehabilitación, así como estandarizar la taxonomía y el suministro de información al paciente y familia sobre la ocurrencia del evento adverso.
3. Implementar la identificación, intervención, análisis y seguimiento proactivo, periódico y sistemático de riesgos durante el proceso de atención en hospitalización, cirugía, urgencias, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas y rehabilitación en el marco de eventos adversos presentados y/o potenciales y la política de seguridad institucional.
4. Articular la política de seguridad del paciente, con la elaboración, adopción y despliegue de las Guías de Práctica Médica de los servicios hospitalarios, de urgencias y quirúrgicos, lo que permitirá mejorar la proactividad del enfoque.
5. Fortalecer el despliegue del proceso de quejas y reclamos a los usuarios (paciente y su familia), que incluya la retroalimentación al usuario, de las respuestas de quejas y reclamos, respecto de la calidad de la misma, para cerrar el ciclo de mejoramiento. Establecer clasificación de quejas y reclamos (taxonomía).

6. Implementar una metodología estandarizada para la elaboración y actualización de guías de práctica clínica médicas, con medicina basada en la evidencia de los servicios hospitalarios, de urgencias y quirúrgicos. Igualmente, estandarizar los tiempos para la revisión y actualización y los criterios para la elaboración, inclusión y exclusión de las mismas garantizando su integralidad mediante el involucramiento de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico y los diferentes profesionales del equipo de salud.

7. Implementar estrategias que permitan evaluar la adherencia a GPC médicas por profesional y especialidad en el marco de criterios de priorización definidos, que permita retroalimentar resultados y focalizar acciones.

8. Mejorar la amplitud y sistematicidad de los seguimientos a la adherencia al tratamiento de los pacientes hospitalizados. (En la actualidad se evidencia seguimiento institucional a cirugías post-trasplantes, cirugía cardiovascular y patologías que por su complejidad es mandatorio el seguimiento).

9. Fortalecer la entrega, entendimiento y seguimiento a la información del paciente y familia relacionada con la patología, tratamiento, resultados de exámenes diagnósticos teniendo en cuenta la identificación y minimización de las diferentes barreras que el paciente y su familia puedan tener (culturales, idioma, cognitivas, auditivas, visuales entre otras) y la eficacia de los mecanismos de comunicación existentes.

10. Consolidar el equipo de autoevaluación en relación con el seguimiento periódico y sistemático de los planes de mejoramiento producto de la evaluación de los estándares de acreditación y la interacción con los demás equipos de autoevaluación.

6.2.2.2. Proceso de atención al cliente asistencial ambulatorio

Los procesos de atención ambulatoria se ven beneficiados, por la ampliación de los servicios ambulatorios (segunda torre de consulta externa), con definición de tiempos de atención para asignación de citas y su respectivo seguimiento, lo que ha impactado en la oportunidad de la atención médica especializada y sub-especializada, a pesar de la gran demanda de los servicios ofertados. La satisfacción de los usuarios con la prestación de los servicios ambulatorios, es evidente según las encuestas aplicadas a los usuarios, sumado a la disposición de áreas amplias, cómodas, que garantizan privacidad y dignidad de la atención de los pacientes. Como parte del proceso de mejoramiento continuo deben tener en cuenta, las siguientes *oportunidades de mejoramiento*:

1. Establecer mecanismos que permitan capacitar y evaluar el conocimiento de todo el personal que tiene contacto directo con el paciente sobre su manejo en casos que no tenga derechos de atención en el SGSS en Salud.
2. Articular la política de seguridad del paciente, con la elaboración, adopción y despliegue de las Guías de Práctica Médica ambulatorias, lo que permitirá mejorar la proactividad del enfoque.

Desarrollar un instrumento que nos permita analizar los procesos susceptibles de mejora para el área de urgencias bajo los estándares de accesibilidad y continuidad en el servicio, en el marco de la Joint Commission.

- Desarrollar un instrumento que nos permita analizar los procesos susceptibles de urgencias bajo los estándares de accesibilidad y continuidad en el servicio, en el marco de la Joint Commission.
- Presentar un documento con los resultados de la investigación a la clínica y al comité de aprobación de la Universidad Icesi.

6.3. Objetivo 3: Desarrollar un instrumento que nos permita analizar los procesos susceptibles de mejora para el área de urgencias bajo los estándares de accesibilidad y continuidad en el servicio, en el marco de la Joint Commission.

Para obtener la acreditación internacional con la Joint Commission la entidad prestadora de salud debe de lograr la certificación de 342 estándares y 1354 elementos medibles en total. Cada estándar cuenta con un propósito y varios elementos medibles. Pero para el alcance de este proyecto se trabajará en el área de urgencias el capítulo de accesibilidad y continuidad en el servicio que consta de 5 áreas de enfoque (Admisión en el establecimiento, Continuidad de la atención, Alta, derivación y seguimiento, Transferencia de pacientes, Transporte), 23 estándares y 103 elementos medibles.

- El **estándar** es un enunciado que define las expectativas de desempeño, estructura o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y seguros médicos y de alta calidad.
- El **propósito** es una breve explicación de la justificación, significado, alcance y trascendencia de un estándar, puede contener expectativas detalladas del estándar que se evalúa en el proceso de auditoría.
- Los **elementos medibles** son aquellos requisitos del estándar a los que se les asignará una calificación durante el proceso de auditoría. Enumeran lo que es necesario satisfacer a fin de cumplir con el estándar en forma absoluta y proporcionan mayor claridad a los estándares.

El instrumento que se desarrollará consta de 4 etapas, la primera es la de

alistamiento o preparación, aquí se pretende dar las indicaciones de que recursos deben tener a disposición, como se deben de calificar los estándares y que criterios de análisis se deben tener en cuenta para realizar la implementación de esta herramienta, la segunda es consignar en una matriz de aprobación cada estándar a evaluar y la calificación, hallazgos y procedimientos que se obtienen a partir de los recursos brindados por la etapa 1, en tercera instancia se tiene la etapa de resultados donde entra a jugar la metodología AMEF como el modo de encontrar fallas potenciales, a fin de sacar los procesos susceptibles de mejora con base en los resultados obtenidos, y en la cuarta etapa se tiene un plan estratégico de mejoramiento (PEM) que tiene como objetivo mejorar los procesos de acuerdo a las observaciones y resultados obtenidos de la etapa anterior, esto con el fin de realizar las correcciones indicadas a los procesos con oportunidades de mejora para asegurar el cumplimiento y continuidad de la evaluación de los estándares y del servicio.

6.3.1. Primera etapa: Alistamiento o preparación.

- Definir el capítulo de los estándares que se desean evaluar.
- Establecer el área de servicio donde se desea implementar el capítulo de evaluación.
- Seleccionar los estándares y elementos medibles que aplican al servicio objeto de estudio.
- Formar un equipo multidisciplinario con un mínimo de 3 integrantes, para ello se necesita que dos de las tres personas que conforman el equipo sea personal del hospital, esto con el fin de obtener la evidencia que permita calificar en su justa dimensión el grado de cumplimiento de los elementos medibles. El equipo ideal sería conformado de la siguiente manera:
 - **Enfermero Jefe del servicio:** Es la persona que sustenta la evidencia documental del servicio, para dar cumplimiento al estándar.

- **Médico o persona encargada de los procesos de mejora del servicio:** Es la persona que apoya el análisis de la evidencia física con mayor precisión.
- **Ingeniero:** La persona encargada de la verificación, análisis y calificación de los procesos actuales.
- Definición de la escala de calificación numérica.
 - **NA (No aplica):** significa que no aplica el elemento medible y reduce el denominador para calcular adecuadamente el porcentaje de cumplimiento, es decir, los requerimientos del elemento medible no corresponden a los servicios que se están evaluando.
 - **Cero (0):** significa que no cumple, en caso de que la respuesta sea “rara vez” o “nunca” al requerimiento específico del elemento medible.
 - **Cinco (5):** Significa que cumple parcialmente, en caso de que la respuesta sea “habitualmente” o “a veces” al requerimiento específico del elemento medible.
 - **Diez (10):** Significa que Cumple totalmente, en caso de que la respuesta sea “sí” o “siempre” al requerimiento específico del elemento medible.

Esta calificación está estipulada para los procesos de acreditación con la Joint Commission, las calificaciones también tienen en cuenta si se viene dando una continuidad con el proceso de acreditación ante esta entidad que se da de la siguiente forma:

- **Cero (0):**
 - Se obtienen las mismas respuestas en un período

inmediatamente anterior de 0 – 4 meses para recertificación.

- Se obtienen las mismas respuestas en un período inmediatamente anterior de menos de un mes para primera certificación.
- **Cinco (5):**
 - Se obtienen las mismas respuestas en un período inmediato anterior de 5 – 11 meses para recertificación.
 - Se obtienen las mismas respuestas en un período inmediato anterior de 1 – 3 meses para primera certificación.
- **Diez (10):**
 - Se observa cumplimiento en el período inmediato anterior de 12 meses para recertificación.
 - Se observa cumplimiento en el período inmediato anterior de 4 meses para primera certificación.

Es importante mencionar que la calificación de los elementos medibles se basa en la consistencia y suficiencia de tres tipos de evidencias:

- **Físicas:** se obtienen mediante inspección u observación directa de la infraestructura, los recursos, las actividades o los servicios.
- **Documentales:** Consiste en información elaborada, como la obtenida en: manuales, guías, algoritmos, protocolos, contratos registros, notas médicas, graficas y reporte de información relacionada con la productividad y desempeño de la atención

médica, oficios, minutas y otros.

- **Testimoniales:** se obtiene mediante entrevistas a pacientes, familiares y personal de establecimiento.

6.3.2. Segunda etapa: Matriz de diagnóstico.

- Para el desarrollo y estructuración de la matriz de diagnóstico se usará Excel una de las herramientas del Microsoft office más versátiles para el manejo dinámico de la información pertinente. Las variables que nos ayudaran a medir la criticidad de los procesos son: Estándar, intención, elementos medibles, calificación, hallazgos y procedimientos.
 - **Estándar, intención y elementos medibles**, en la etapa anterior se definieron los conceptos que se adoptaron para el proyecto.
 - **Calificación**, es el valor numérico que se le da a cada elemento medible con el fin de mirar el estado actual de cada uno de los estándares, la escala de calificación fue establecida en la etapa anterior.
 - **Hallazgos y procedimientos**, en estos puntos se consignan las actividades anormales o que presentaron ciertas anomalías durante el procedimiento de observación y en que o como se está realizando el proceso que presenta este comportamiento.
- Validación de la concordancia de los estándares que se van a evaluar y el servicio objeto de estudio. En este paso se pretende que el equipo multidisciplinar verifique que la información y las variables que van en la matriz de diagnóstico sean la más precisa para mirar la brecha que hay entre lo que se espera y lo que se encuentra.

- Calificación y porcentajes de cumplimiento, como bien se ha descrito cada estándar está conformado por cierta cantidad de elementos medibles que son a los que se le asigna la calificación según su cumplimiento, estos elementos medibles se ponderan para dar la calificación al estándar y la globalidad del grupo de estándares y sus resultados serán representados por la siguiente ecuación:

$$\% \text{ de Cumplimiento} = \frac{\sum \text{Calificación del elemento medible}}{\text{Número de elementos medibles} * 10}$$

6.3.3. Tercera etapa: Análisis de resultados.

- Los estándares que obtienen una calificación igual o superior al 90% de sus elementos medibles son considerados que cumplen con los requerimientos exigidos y son considerados de prioridad baja.
- Para los estándares que tiene un porcentaje de calificación entre el 75% y el 90% se consideran que cumplen parcialmente y deben ser tratados como prioridad media.
- Para los estándares con un porcentaje de calificación por debajo del 75% se deben tener como prioridad alta, aquí es donde se hará un enfoque para implementar un análisis mediante la aplicación del AMEF (sin discriminar totalmente el resto de los resultados), ya que estos son los estándares que deben ser tratados con inmediatez, se ha determinado que los estándares que están por debajo de este porcentaje representan a los procesos susceptibles de mejora y allí se puede encontrar los estándares donde la mayoría de sus elementos medibles han tenido una calificación de 0 o 5,

valores que no son convenientes para un proceso de acreditación internacional.

- El AMEF nos brinda 3 criterios de calificación para ayudarnos a buscar los estándares y enfoques de mayor criticidad en el área de urgencias dentro del marco de accesibilidad y continuidad en el servicio.
- **Severidad (S):** La importancia del efecto. En una escala del 1-10, que tanto impacto tiene en el paciente, siendo 10 muy severo y 1 imperceptible por el cliente

- **Calificación de Severidad (S).**

Calificación de Severidad (S)	Valor asignado
Genera muerte o evento adverso, genera contaminación de difícil recuperación, Genera reclamo o parada de la prestación del servicio por más de 1 semana o pérdida del cliente	10
Genera o casi evento adverso (incidente), queja, genera contaminación medianamente controlable, genera lesión permanente.	7
Genera parada de la prestación del servicio por 3 días, genera sugerencia del cliente, genera una contaminación leve y controlable por el proceso, genera incapacidad por más de 30 días.	5
Indiferente al cliente, Contaminación muy leve, genera incapacidad menor a 15 días.	3
Indiferente al cliente, no genera Contaminación, no	1

genera incapacidad.	
---------------------	--

Tabla 3: Severidad

Fuente: Área de mejoramiento de una clínica

- **Detección (D):** La habilidad de identificar la falla antes de la ocurrencia del efecto.

- **Calificación de Detección (D).**

Calificación de Detección (D)	Valor asignado
Internamente existe un sistema que permite detectar el problema	1
El problema es detectado por personal de la empresa sin que exista un sistema de control.	3
El cliente externo o final es quien detecta el problema	9

Tabla 4: Detección

Fuente: Área de mejoramiento de una clínica

- **Ocurrencia (O):** La probabilidad de la falla específica se presente debido a una causa dada.

- **Calificación de Ocurrencia (O).**

Calificación de Ocurrencia (O)	Valor asignado
Improbable	2
Rara	4
Factible	6

Probabilidad alta	8
Probabilidad muy alta	10

Tabla 5: Ocurrencia

Fuente: Área de mejoramiento de una clínica

- En este momento se comenzará a observar cada estándar y la calificación que obtuvo, en especial los de prioridad alta, a estos se les aplicarán los tres criterios mencionados con anterioridad para generar un indicador NPR: Número de Prioridad de riesgo. Es el producto de la severidad por la ocurrencia por la detección. A mayor número, mayor es la probabilidad del riesgo. Con este indicador se puede generar una matriz de priorización de problemas, esto con el fin de realizar un Pareto que nos permita ver donde se concentran los procesos que me generan el mayor riesgo y a su vez inducen a los otros procesos a estados críticos.

Matriz para Priorización de Problemas					
Nombre Empresa:					
Encargado:					
Estándar	Calificación				Calificación NPR
		Severidad (S)	Frecuencia(F)	Detección(D)	

Tabla 6: Matriz para priorización de problemas.

Fuente: Área de mejoramiento de una clínica

- Se representará cada una de las áreas de enfoque en histogramas para comenzar a hacer análisis comparativos entre ellas, para visualizar el de mayor criticidad.
- Obteniendo los estándares de prioridad alta se tratarán con un plan de mejoramiento estratégico.

6.3.4. Cuarta etapa: Plan Estratégico de Mejora (PEM)

El desarrollar un plan de mejora permite definir mecanismos que le permitirán a la empresa encaminarse hacia las metas que le faciliten la obtención de la acreditación internacional con la Joint Commission y dándole un lugar importante y reconocido dentro de su entorno, además este PEM hace que la empresa puede responder ante los cambios que presenta su entorno dentro del marco de la acreditación, ya que este mecanismo nos proporciona la identificación de riesgos e incertidumbre dentro de la fundación hospitalaria, y al estar consientes de ellos trabajar en las soluciones que generen los mejores resultados.

6.4. Objetivo 4: Prueba piloto en la clínica y presentación de un documento con los resultados de la investigación a la clínica y al comité de aprobación de la Universidad Icesi.

El instrumento se implementara en el área de Urgencias de una clínica del valle del cauca, para evaluar el estado de criticidad del servicio y como se encuentran actualmente con los estándares requeridos por la Joint Commission. De los estándares de la JC se trabajara el grupo de accesibilidad y continuidad en el servicio (Ver anexo E).

6.4.1. Primera etapa: Alistamiento o preparación.

- Capítulo de los estándares a evaluar serán los de Accesibilidad y continuidad del servicio está compuesto por 23 estándares y 103 elementos medibles.
- El área de servicio que se ha seleccionado como objeto de estudio es Urgencias.
- Equipo multidisciplinario fue conformado de la siguiente manera:
 - Auditores: David Mauricio Morales y María Ximena Calderón.
 - Acompañantes: El jefe de servicio fue el encargado de constatar de manera documental el cumplimiento de algunos estándares.

Este es el equipo que evaluó los estándares de accesibilidad y continuidad del servicio con la matriz de diagnóstico.

- Escala de calificación numérica utilizada. Fue la que se estableció con anterioridad:
 - **NA (No aplica).**
 - **Cero (0).**
 - **Cinco (5).**
 - **Diez (10).**

Por razones de seguridad la evidencia que se facilitó para constatar el cumplimiento y la calificación de los procesos solo fue momentánea y no se permite generar copia alguna de ellos.

6.4.2. Segunda etapa: Matriz de diagnóstico.

Se utiliza la matriz de diagnóstico que se desarrolló en Excel con las variables indicadas, con el grupo de auditor se llevó a cabo la calificación de cada elemento medible y la ponderación de su estándar de acuerdo a la escala de calificación propuesta y a las evidencias que se facilitaron. El tipo de evidencia testimonial no pudo ser llevada a cabo ya la clínica del valle

del cauca auditada no consiguió lo permisos considerados pertinentes para llevar a cabo este proceso además no lo considero indispensable para la validación de la matriz.

6.4.3. Tercera etapa: Análisis de resultados.

- Se puede ver la priorización que se le dio a cada estándar por su calificación ponderada de sus elementos medibles o porcentaje de cumplimiento:

Prioridad baja	
Estándar	% Cumplimiento
ACC.1.4	100%
ACC.3	100%
ACC.3.3.	100%
ACC.1.1.2	100%
ACC.4.2	100%
ACC.1.1.1	100%
ACC.4.4	100%
ACC.5	100%
ACC.3.2.	100%
ACC.3.2.1.	100%

Tabla 6: Porcentaje de cumplimiento de estándares con prioridad baja.

Fuente: Recursos propios.

Prioridad Media	
Estándar	%

	Cumplimiento
ACC.4	80%

Tabla 7: Porcentaje de cumplimiento de estándares con prioridad media.

Fuente: Recursos propios.

Prioridad alta	
Estándar	% Cumplimiento
ACC.1	75%
ACC.1.1	60%
ACC.1.2	70%
ACC.2	13%
ACC.1.1.3	25%
ACC.1.3	0%
ACC.3.4	75%
ACC.3.5.	17%
ACC.4.1	50%
ACC.4.3	75%

Tabla 8: Porcentaje de cumplimiento de estándares con prioridad alta.

Fuente: Recursos propios.

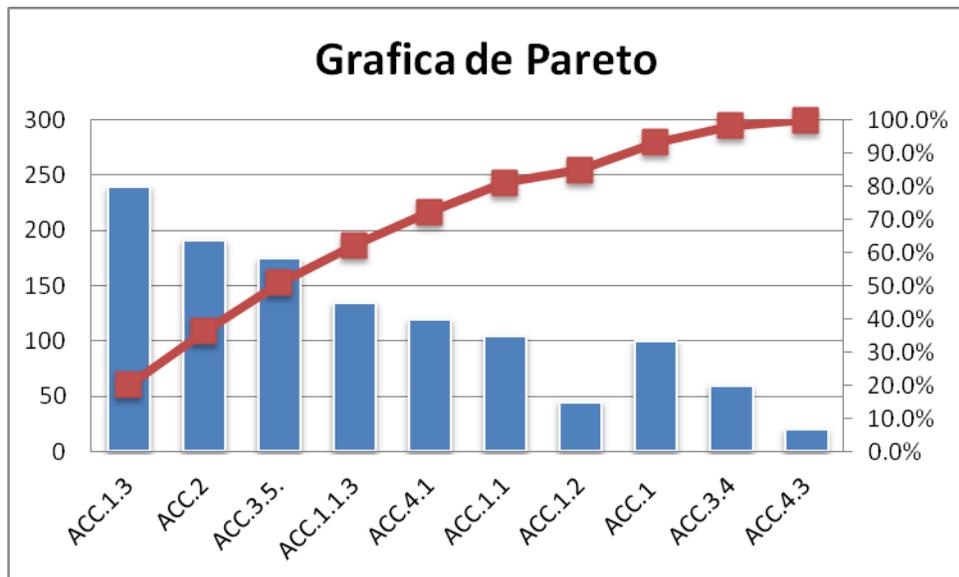
- Ahora teniendo en cuenta los estándares que se deben de priorizar, se consignarán en la matriz para priorización de problemas donde se le dará

una calificación según su severidad, frecuencia y detección, permitiéndonos mirar con el indicador NPR cuál de los procesos en su orden tiene mayor probabilidad de riesgo para combatirlos en su medida.

Matriz para Priorización de Problemas							
Nombre Empresa: Clínica del valle del cauca							
	Estándar	Calificación			Calificación		
		(S)	(F)	(D)	NPR	%	% Acumulado
1	ACC.1.3	6	8	5	240	20.1%	20.1%
2	ACC.2	4	6	8	192	16.1%	36.2%
3	ACC.3.5.	5	7	5	175	14.7%	50.9%
4	ACC.1.1.3	9	5	3	135	11.3%	62.2%
5	ACC.4.1	4	5	6	120	10.1%	72.3%
6	ACC.1.1	7	5	3	105	8.8%	81.1%
7	ACC.1.2	9	5	1	45	3.8%	84.9%
8	ACC.1	5	5	4	100	8.4%	93.3%
9	ACC.3.4	6	5	2	60	5.0%	98.3%
10	ACC.4.3	2	5	2	20	1.7%	100.0%

Tabla 9: Matriz para priorización de problemas.

Fuente: Recursos propios.



Grafica 3: Grafica de Pareto.

Fuente: Recursos propios.

Con base en la tabla 9 se puede sacar un grafico de Pareto para identificar que los estándares ACC.1.3, ACC.2 y ACC3.5 son estándares de mayor criticidad y deben ser combatidos de primeros ya que ellos me representan aproximadamente el 80% del porcentaje de la calificación del NPR, lo que me indica que el 20% de los estándares críticos me están ocasionando el 80% del porcentaje del NPR.

Ahora se debe realizar un plan de mejoramiento estratégico que me permita adecuar los procesos y los requisitos necesarios para que la organización pueda cumplir con los estándares exigidos por la JC.

6.4.4. Cuarta etapa: Plan Estratégico de Mejora (PEM)

El plan estratégico de mejoramiento que se llevara a cabo será generar un formato en el cual se indique lo que debe tener, es decir, qué documentos y que pasos se deben estandarizar para cerrar la brecha que no deja que los estándares mencionados con anterioridad cumplan a cabalidad sus requisitos.

Este nivel de análisis se desarrolla internamente durante la fase de autoevaluación y mejoramiento de la clínica X 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 clínica ha interpretado correctamente la intencionalidad y los contenidos específicos del estándar. Para desarrollar este proceso se recomienda seguir los siguientes pasos:

1. Calificar cada estándar individual con los mismos criterios descritos en la sección anterior.
2. Obtener una calificación global del grupo de estándares por alguno de lo siguientes métodos (son excluyentes, seleccionar solo uno):

- Asignar 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).

- Asignar 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 acreditador¹⁵.

- Asignar 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 asignar 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).

4. Consolidar el resultado de sus análisis en un mapa de cumplimiento de los estándares de acreditación, iniciar los procesos de mejoramiento pertinentes.

¹⁵<http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Gu%C3%ADa%20preparaci%C3%B3n%20acreditaci%C3%B3n%20MPS.pdf>

7. RECOMENDACIONES

- Actualización de los procedimientos realizados en área de urgencias, con el fin de prestar cada vez un mejor servicio.
- Basarse en la evidencia para la implementación de mejoras en el área, no sesgarse tanto con los procesos existentes.
- Análisis sistemático de los estándares de Urgencias de la clínica
- Homogeneización del área de urgencias, a los otras áreas de la clínica para efectos de facilidad en la estandarización de procesos
- Generar un método más efectivo para el traslado de muestras desde urgencias hasta laboratorio clínico.
- Garantizar el control y seguimiento del paciente en cada área de la clínica, no solamente en urgencias
- Cuantificar la actividad del área de urgencias en términos de los estándares medibles por la Joint Commission.
- Desde el ingreso, hacer diferenciación entre los pacientes que requieren atención ambulatoria y los que deben ser trasladados a otras áreas de la clínica o a otra clínica.
- Evaluar constantemente el área de urgencias y medir su calidad.
- Medir constantemente los tiempos de espera y servicio para los pacientes triage 1, triage 2 y triage 3.
- Conformar equipos y establecer metas.
- 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 pacientes para entrevistas.
- Seleccionar los equipos para la evaluación.
- Asegurarse de que existe comunicación entre el grupo de planeación y los diferentes equipos¹⁶.
- Una forma de facilitar este proceso de entendimiento de los estándares, es crear un equipo de trabajo que lleve la implementación de cada estándar por capítulo y asegurarse que cada uno sea comprendido por cada responsable de los Servicios, pero sobre todo, por el personal que lleva a cabo las funciones en forma operativa.

¹⁶ Guía práctica de preparación para la acreditación

8. CONCLUSIONES

- Se han detallado diversas lagunas conceptuales por parte del personal de urgencias, en materia de:
 - o Triage
 - o Historia clínica
 - o Conducto regular del paciente en el área
 - o Manejo de la información
- El triage no se inicia en el momento del primer contacto, lo cual consume recursos innecesariamente dentro de la clínica.
- La clínica tiene un método para organizar efectivamente los flujos de pacientes ingresados a urgencias
- La clínica clasifica y prioriza las necesidades asistenciales de los pacientes.
- Se evidencia escasa disponibilidad de recursos como camillas, sillas de ruedas y capsulas para toma de muestras.
- Hay un procedimiento estandarizado para la entrega de información al paciente.
- Hay una forma preestablecida de hacer el ingreso de pacientes al área de urgencias.
- Hay un procedimiento en caso de que llegue un paciente y no tenga manera de identificarse.
- Los criterios manejados para hacer la clasificación del estado del paciente si son conocidos por los integrantes del área de urgencias.
- Se toma el número de accidentes que suceden en urgencias y se generan indicadores.

9. LISTA DE ANEXOS

Anexo A: Matriz de Marco Lógico

	Resumen narrativo	Indicadores verificables objetivamente	Medios de verificación
Objetivo general	Desarrollar un instrumento para el mejoramiento y generación de nuevos procesos bajo los estándares de la Joint Commission que permitan subir los niveles de acreditación que actualmente maneja una entidad de salud del Valle del Cauca para una futura acreditación de tipo internacional		
Objetivo del proyecto	Realizar un análisis de los diferentes modelos que se han implementado en el área de urgencias, con el fin de desarrollar un	100% de los objetivos específicos cumplido.	Aprobación por parte del comité evaluador y el lector.

	instrumento para la gestión de la calidad que interrelacione todas las herramientas utilizadas, para la generación de la solución adecuada a la problemática de mejora de la calidad de los diferentes procesos.		
Objetivo específico 1	Contextualización con el objeto de estudio	Cantidad de información encontrada que nos sirva de soporte para el desarrollo de nuestro proyecto.	Tutor temático y chequeo de visitas aprobada por el encargado de recibirnos.
Actividad 1	Obtener información del estado actual de los estándares asistenciales	100 % de la información obtenida leída	Información facilitada por la fundación.
Actividad 2	Obtener información del estado actual de los estándares de soporte	100 % de la información obtenida leída	Información facilitada por la fundación.
Actividad 3	Investigar sobre Joint Commission,	Número de investigaciones	Tutor temático

	ISQua, ICONTEC, PAMEC	realizadas/4	
Actividad 4	Aplicación marco de referencia.	Temas tratados en la ejecución de proyecto de grado 2 / total de temas del marco de referencia	Tutor temático
Objetivo específico 2	Análisis del estado actual de acreditación para el área de urgencias.	Total de procesos adaptables/Total de procesos que se adaptaron.	
Actividad 1	Investigar decretos, leyes y resoluciones sobre normas y lineamientos de salud	Número de leyes investigadas/ sobre numero de leyes, numero de decretos investigados/ numero de decretos, numero de resoluciones investigadas/ numero de resoluciones, todos los indicadores anteriores medidos enfocados hacia la salud.	Tutor temático
Actividad 2	Actualizar el marco legal	Número de resoluciones, decretos y leyes anexadas al proyecto/numero de	Tutor temático

		leyes, decretos y resoluciones referentes al sector salud.	
Actividad 3	Investigar todos los antecedentes sobre acreditación en salud.	Número de instituciones investigadas acreditadas/numero de instituciones acreditadas	Tutor temático
Objetivo específico 3	Desarrollar un instrumento que nos permita analizar los procesos susceptibles de mejora para el área de urgencias bajo los estándares de accesibilidad y continuidad en el servicio, en el marco de la Joint Commission.		
Actividad 1	Identificar y validar los pilares para el instrumento a diseñar.		

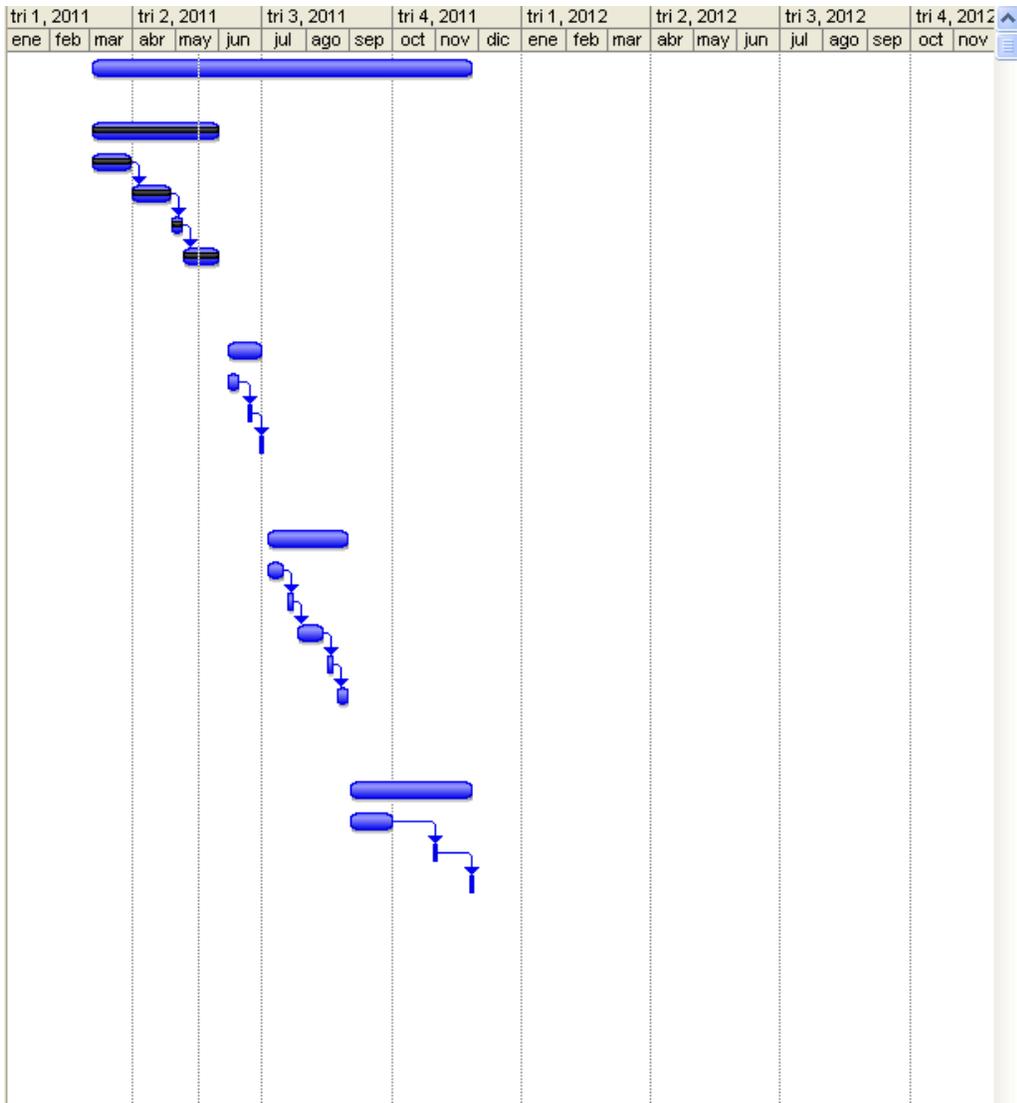
Actividad 2	Diseñar y validar la matriz de evaluación para la homologación de los estándares nacionales a los internacionales.		
Actividad 3	Aplicar la matriz de evaluación para los estándares asistenciales y de soporte.	Total estándares asistenciales y de soporte con oportunidades de mejora revisados / total de estándares asistenciales y de soporte con oportunidades de mejora	Personal encargado de los estándares asistenciales y de soporte.
Actividad 4	Definir las metodologías de mejoramiento de acuerdo a los resultados obtenidos anteriormente		
Actividad 5	Diseñar un instrumento de mejoramiento para el cierre de brechas.	Número de instrumentos(s) diseñado(s) / Total de instrumentos a diseñar.	Personal encargado de los estándares asistencial y de soporte y la tutora de proyecto

			de grado
Objetivo específico 4	Prueba piloto en la clínica y presentación de un documento con los resultados de la investigación a la clínica y al comité de aprobación de la Universidad Icesi.		
Actividad 1	Realizar una prueba piloto del instrumento en las áreas asistenciales y de soporte.	Instrumento aplicado / total instrumentos propuestos	Entregable aprobado por el comité y el lector
Actividad 2	Aplicar el instrumento de mejoramiento definido.	Instrumento aplicado	Evaluación de los diagramas de flujo por la tutora temática
Actividad 3	Documentar las mejoras realizadas y los resultados obtenidos	100 % del documento terminado	Entregable aprobado por el comité y el lector

ANEXO B: CRONOGRAMA

i	Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin
	Desarrollar un modelo para el mejoramiento y generación de nue	193 días?	mié 02/03/11	vie 25/11/
✓	Identificación de procesos existentes que son susceptibles de r	64 días?	mié 02/03/11	lun 30/05/
✓	Obtener información del estado actual de los estándares asister	21 días?	mié 02/03/11	mié 30/03/
✓	Obtener información del estado actual de los estándares de sop	20 días?	jue 31/03/11	mié 27/04/
✓	Investigar sobre joint commission, isqua, icontec,pamec.	6 días?	jue 28/04/11	jue 05/05/
✓	Aplicación marco de referencia.	17 días?	vie 06/05/11	lun 30/05/
	Estandarización de procesos existentes adaptados a los estánc	19 días?	lun 06/06/11	jue 30/06/
	Investigar decretos, leyes y resoluciones sobre normas y linean	6 días?	lun 06/06/11	lun 13/06/
	Actualizar el marco legal	1 día?	mar 21/06/11	mar 21/06/
	Investigar todos los antecedentes sobre acreditacion en salud.	1 día?	jue 30/06/11	jue 30/06/
	Creación de procesos necesarios para cumplir con los estándar	42 días?	lun 04/07/11	mar 30/08/
	Identificar y validar los pilares para el modelo a diseñar.	10 días?	lun 04/07/11	vie 15/07/
	Diseñar y validar la matriz de evaluación para la homologación c	5 días?	lun 18/07/11	vie 22/07/
	Aplicar la matriz de evaluación para el estándares asistenciales	15 días?	lun 25/07/11	vie 12/08/
	Definir las metodologías de mejoramiento de acuerdo a los result	5 días?	lun 15/08/11	vie 19/08/
	Diseñar modelo de mejoramiento para el cierre de brechas.	7 días?	lun 22/08/11	mar 30/08/
	Estandarización de los procesos necesarios para garantizar la :	62 días?	jue 01/09/11	vie 25/11/
	Realizar una prueba piloto del modelo en las áreas asistenciales	22 días?	jue 01/09/11	vie 30/09/
	Aplicar el modelo de mejoramiento definido.	1 día?	lun 31/10/11	lun 31/10/
	Documentar las mejoras realizadas y los resultados obtenidos	1 día?	vie 25/11/11	vie 25/11/

Diagrama De Gantt



ANEXO C: PROCESO DE URGENCIAS

RESPONSABLE	SEC.	ACCIÓN
ENFERMERÍA	1	Recibe oportunamente al Paciente y lo ubica en el área de Triage si sus condiciones lo permiten, de lo contrario pasa a la sala de reanimación, pequeña cirugía o examen.
		FORMA-0617 en forma legible. Ver IN-URG-001 "Elaboración de la historia clínica en la Unidad de Urgencias".
	3	Clasifica al paciente según el protocolo de Triage. Ver PE-URG-001 "Triage".
	4	Solicita el documento de identificación del Paciente para validar el nombre del paciente y lo devuelve inmediatamente al usuario.
	5	Diligencia el formato de "Apertura de historia clínica" FORMA-0640. Nota: Si el Paciente nunca ha sido atendido en la Institución o si ha sido atendido pero ha cambiado sus datos se diligencia completamente el formato, de lo contrario se diligencia únicamente el nombre y documento de identidad en el formato.
	6	Ubica al Paciente en el lugar respectivo según sea su clasificación. Ver PE-URG-001 "Triage".
	7	Entrega al cajero el documento "Apertura de historia clínica", solicita a la paciente o acompañante acercarse a la caja para sacar copia a los documentos (documento de identificación y carné) y traslada la "Historia clínica" al consultorio médico una vez se confirme los derechos o a la estación de enfermería según sea su ubicación dentro del servicio.
CAJERO	8	Recibe documentos, saca fotocopia, devuelve documentos al usuario y verifica oportunamente el cubrimiento del servicio según el convenio.
	9	Realiza ingreso y/o admisión del paciente Ver PR-AYE-002 "Admisión de Pacientes que ingresan por Urgencia".
MEDICO DE URGENCIAS	10	Realiza la valoración del Paciente. Ver AN-URG-002 "Responsabilidades del personal médico en la atención de Pacientes en el Servicio de Urgencias". Nota: Si realiza algún procedimiento diligencia el formato preimpreso "Orden de honorarios".

		médicos" y lo entrega al Cajero.
	11	Remite a su EPS paciente que no requiera este nivel de atención, explicando cortésmente que por su patología requiere un nivel de complejidad menor.
	12	Diligencia el formato "Historia clínica de urgencias" FORMA-0617 y en caso necesario registra las órdenes médicas. Ver IN-URG-001 "Elaboración de la historia clínica en la Unidad de Urgencias"
	13	Define conducta y lo comunica al personal de enfermería si es necesario. Nota: Si en algún momento se requiere del apoyo del Médico especialista, informa a la Secretaria clínica y a enfermería. <i>Si el Médico especialista requiere hospitalizar o realizar un procedimiento vaya a 26.</i>
ENFERMERÍA	14	Si el Paciente requiere algún procedimiento registra de forma clara y completa el nombre y el número del documento de identificación en el formato "Hoja de cargos" FORMA-0269 y lo entrega al Auxiliar de Bodega, solicitando los insumos.
AUXILIAR DE BODEGA	15	Entrega insumos y medicamentos requeridos por la Enfermera / Auxiliar de Enfermería para la atención del Paciente.
	16	Registra en la hoja de cargos y en el sistema los cargos por insumos y medicamentos suministrados para la atención.
ENFERMERÍA	17	Realiza cuidados de enfermería según ordenes médicas, protocolos de enfermería y necesidades detectadas en el Paciente.
	18	Registra cuidados, procedimientos y evolución en el formato "Evolución de enfermería" FORMA-0612. Ver IN-URG-002 "Diligenciamiento evolución de enfermería de Urgencias.
MEDICO GENERAL	19	Informa a Enfermería la salida del Paciente si ha estado en observación y cierra la historia clínica diligenciando correctamente todas las

		casillas de la FORMA-0617.
ENFERMERÍA	20	Prepara al Paciente para su salida.
MEDICO DE URGENCIAS	21	Entrega "Historia clínica de urgencias" del Paciente con salida al Cajero.
CAJERO	22	Organiza los documentos de la historia clínica.
	23	Digita cargos por tiempo de salas y honorarios médicos.
	24	Revisa y liquida los cargos digitados por el Auxiliar de Bodega antes de cerrar la cuenta.
	25	Realiza la facturación de la cuenta, según empresa. Ver PR-AYE-016. "Salida de Pacientes" <ul style="list-style-type: none"> Realiza el cobro de dinero correspondiente al pago de depósitos, copagos y cuentas particulares, elabora recibo de caja por cancelación de cuentas de Pacientes hospitalizados y exámenes de laboratorios efectuados en la noche durante los fines de semana y festivos. Si un Paciente egresa del servicio de cirugía ambulatoria en el horario en que no se encuentra el cajero de esta Unidad, registra los honorarios, derechos de sala y tiempos quirúrgicos.
		Vaya a Fin.
	26	SI EL PACIENTE REQUIERE HOSPITALIZACIÓN O CIRUGÍA AMBULATORIA:
MEDICO ESPECIALISTA	27	Valora al Paciente. Ver AN-URG-002 "Responsabilidades del personal médico en la atención de Pacientes en el Servicio de Urgencias"
	28	Diligencia en forma legible la FORMA-0610 "Historia clínica de ingreso hospitalización".
	29	Diligencia completamente el formato "Orden de hospitalización" (Cod. 040102119) y lo entrega al auxiliar administrativo de admisiones .

	30	Entrega los honorarios médicos al Cajero antes de la salida del Paciente del servicio.
	31	Si el Paciente requiere algún procedimiento quirúrgico verifica con el personal de admisiones o cajero los derechos, antes de programar la cirugía.
ENFERMERÍA	32	Prepara al Paciente para procedimiento o traslado.
	33	Valida oportunamente ante la entidad responsable el cubrimiento para la hospitalización o cirugía.
AUXILIAR ADMINISTRATIVO I DE ADMISIONES	34	Realiza la admisión de manera oportuna según su destino: - Si es hospitalización, ver PR-AYE-001 "Admisión de pacientes a hospitalización". - Si es cirugía ambulatoria, ver PR-AYE- 006 "Admisión de pacientes a cirugía ambulatoria". - Si el paciente debe ser remitido ver PR-AYE-018 "Remisión y Contraremisión de pacientes".
ENFERMERÍA / PATINADOR	35	Traslada y realiza la entrega del Paciente al servicio asignado. Ver PR-URG-002 "Traslado interno de pacientes".
	36	Fin.

ANEXO D: MARCO LEGAL

República de Colombia

Ministerio de protección social.

Decretos	Descripción
Decreto 452 de 2000	Por el cual se modifica la estructura de la superintendencia nacional de salud.
Decreto 2140 de 2000	Por el cual se crea la comisión intersectorial para la protección de la salud de los trabajadores.
Decreto 2400 de 2002	los cotizantes dependientes o afiliados adicionales, de que trata el artículo 40 del decreto 806 de 1998, sólo podrán ser inscritos o continuar como afiliados adicionales, siempre que el cotizante pague en forma mensual anticipada a la entidad promotora de salud, un aporte equivalente en términos de las unidades de pago por capitación fijadas por el consejo nacional de seguridad social en salud que correspondan al grupo etéreo y zona geográfica de influencia al que pertenece el beneficiario adicional,.
Decreto 2400 de 2002	los cotizantes dependientes o afiliados adicionales, de que trata el artículo 40 del decreto 806 de 1998, sólo podrán ser inscritos o continuar como afiliados adicionales, siempre que el cotizante pague en forma mensual anticipada a la entidad promotora de salud, un aporte equivalente en términos de las unidades de pago por capitación fijadas por el consejo nacional de seguridad social en salud que correspondan al grupo etéreo y zona geográfica de influencia al que pertenece el beneficiario adicional, de acuerdo con la siguiente tabla

Decreto 2309 de 2002	las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los prestadores de servicios de salud, a las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud no se aplicarán las normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad de servicios de salud del sistema general de seguridad social en salud, a los bancos de sangre, a los grupos de práctica profesional que no cuenten con infraestructura física para prestación de servicios de salud, a las unidades de biomedicina reproductiva y todos los demás bancos de componentes anatómicos, así como las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al instituto de vigilancia de medicamentos y alimentos Invima, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la ley 100 de 1.993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que éstas organizaciones prestan
Decreto 1755 de 2002	La subcuenta de compensación interna del régimen contributivo del fondo de solidaridad y garantía, FOSYGA, de que tratan los artículos 219 y 220 de la ley 100 de 1993, tiene por objeto permitir el proceso de compensación interna entre las entidades promotoras de salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar, EOC, en el régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud.
Decreto 1703 de	El presente decreto establece reglas para controlar y

2002			promover la afiliación y el pago de aportes en el sistema general de seguridad social en salud, de manera que se garanticen los recursos que permitan desarrollar la universalidad de la afiliación.
Decreto 2002	1281	de	Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación.
Decreto 2002	1280	de	Por el cual se organiza el sistema de vigilancia, inspección y control del sector salud.
Decreto 2003	1566	de	la revocatoria de autorización de funcionamiento de uno o varios negocios de las entidades promotoras de salud de carácter público
Decreto 2003	3085	de	la revocatoria de autorización de funcionamiento de uno o varios negocios de las entidades promotoras de salud de carácter público, la medida de intervención para liquidar total o parcialmente dichas entidades y la resolución definitiva de tales decisiones por parte de la entidad competente, requerirá el concepto previo no vinculante del consejo nacional de seguridad social en salud.
Decreto 2003	1700	de	Suprímase las funciones de prestación de servicios de salud del fondo de previsión social del congreso de la república, que cumplía a través de la división de prestaciones médico asistencial y las secciones de asistencia médica y de servicios odontológicos.
Decreto 2003	205	de	El ministerio de la protección social tendrá como objetivos primordiales la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento del sistema

			de la protección social, establecido en la ley 789 de 2002, dentro de las directrices generales de la ley, los planes de desarrollo y los lineamientos del gobierno nacional.
Decreto 050 de 2003			El presente decreto tiene por objeto regular el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud, desde el origen de cada una de las fuentes que lo financian hasta su pago y aplicación para garantizar el acceso efectivo de la población a los servicios de salud y otros aspectos relacionados con el manejo de recursos del sistema general de seguridad social en salud.
Decreto 2003	027	de	en desarrollo de lo dispuesto en el parágrafo del artículo 44 de la ley 715 de 2001, los municipios certificados a 31 de julio de 2001 que hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán continuar haciéndolo, siempre y cuando demuestren el cumplimiento de las siguientes condiciones que acrediten su capacidad de gestión
Decreto 2004	2193	de	que de acuerdo con el artículo 42 de la ley 715 de 2001, es competencia de la nación definir y aplicar sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el sector y en el sistema general de seguridad social en salud
Decreto 2004	2493	de	Regular la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos de trasplante o implante de los mismos en seres humanos.
Decreto 2004	2280	de	tiene por objeto permitir el proceso de compensación interna entre las entidades promotoras de salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar

Decreto 2004	516	de	que de acuerdo con la ley 100 de 1993, resulta indispensable garantizar la auto sostenibilidad del régimen contributivo de salud, con cargo a las cotizaciones y los pagos moderadores que son las fuentes de financiación de este régimen
Decreto 2004	515	de	El presente decreto tiene por objeto definir las condiciones y procedimientos de habilitación y revocatoria de habilitación de las entidades administradoras del régimen subsidiado.
Resoluciones			Descripción
Resolución del 2000	1745		Por la cual se modifica la fecha de entrada en vigencia de la resolución 412 de 2000 que establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Resolución del 2000	412	del	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Resolución del 2001	1895		la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud - décima revisión
Resolución del 2002	1474		Por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan los manuales de estándares del sistema único de acreditación.
Resolución	1439		Por la cual se adoptan los formularios de inscripción y de

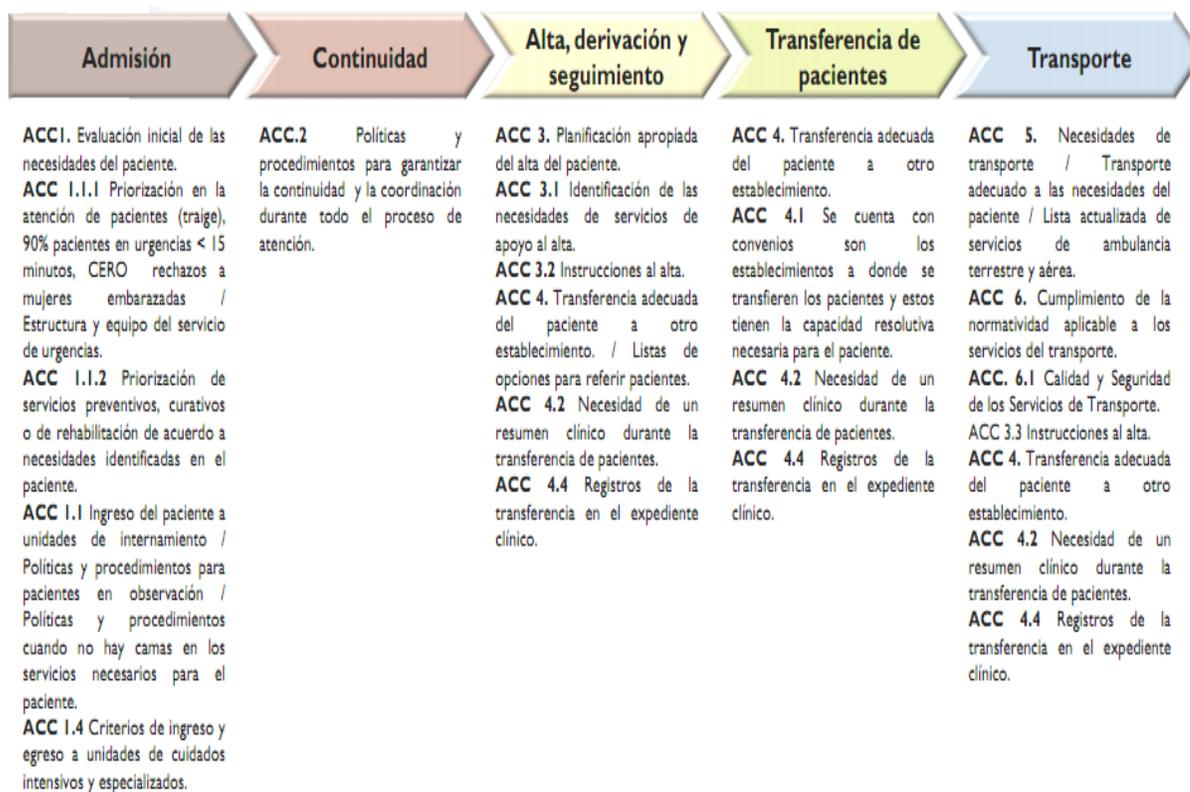
del 2002	novedades para el registro especial de prestadores de servicios de salud, los manuales de estándares y de procedimientos, y se establecen las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera del sistema único de habilitación de prestadores de servicios de salud y los definidos como tales.
Resolución 1541 del 2003	Por la cual se reglamentan los procedimientos para elaborar los planes bienales de inversión en salud.
Ley Ley 60 de 1993	Descripción Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.
Ley 100 de 1993	Sistema de Seguridad Social Integral. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.
Ley 715 de 2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (acto legislativo 01 de 2001) de la constitución política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
Ley 657 de 2001	La radiología e imágenes diagnósticas es una especialidad de la medicina basada en la obtención de imágenes de

utilidad médica para efectos diagnósticos y terapéuticos, mediante la utilización de ondas del espectro electromagnético y de otras fuentes de energía. También podrán realizar las imágenes diagnósticas aquellos médicos especialistas quienes en su pensum o formación académica hayan adquirido los conocimientos del manejo e interpretación del espectro electromagnético, del ultrasonido especialmente, así como de las radiaciones ionizantes para establecer el diagnóstico y/o el tratamiento de las enfermedades inherentes a sus especialidades. Para lo cual deberán acreditar el respectivo certificado.

Ley 1122 de 2007

La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al sistema general de seguridad social en salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

ANEXO E: Joint Commission - Accesibilidad y continuidad del servicio



Expediente Clínico

- ACC 1.3** Resumen clínico
- ACC3.2** Resumen de alta
- ACC 4.4** Transferencia de pacientes

Información al Paciente

- ACC 1 / ACC 1.2** Información al paciente sobre: 1. Atención propuesta, 2. Resultados esperados de la atención, 3. Costos esperados de la atención, 4. Demoras en la atención, diagnóstico o tratamiento.
- ACC 1.3** Procedimientos para limitar barreras en la comunicación / Accesos seguros para pacientes con limitaciones / Comunicación efectiva entre médico-paciente con limitaciones.
- ACC 2.1** Información al paciente sobre cambio y motivos de profesional responsable.
- ACC 3.** Información al egreso del paciente.

Competencias del Personal

- ACC.2.1** Durante todas las fases de la atención hay una persona calificada identificada como responsable de la atención (médico calificado).
- ACC 4.3** Personal calificado durante el traslado.

ANEXO F: Matriz de diagnostico evaluada.

Estándar	Intención	Elementos medibles	Calificación	Hallazgos	%
ADMISION EN LA ORGANIZACION					
ACC.1 Los pacientes son ingresados para obtener atención hospitalaria, o inscritos para obtener atención ambulatoria, según sus necesidades de atención sanitaria y la misión y los recursos de la organización.	Sólo ingresarán o iniciarán tratamiento ambulatorio aquellos pacientes a quienes la organización pueda proporcionar los servicios necesarios conforme a su misión.	1. El cribado se inicia en el momento del primer contacto, dentro o fuera de la organización.	0	Antes del cribado se hace verificación de la EPS. El cribado se realiza por medio del triage, esta estandarizado y existe evidencia documental y física de la eficiente aplicación de esta.	75%
		2, Según los resultados del cribado, se determina si las necesidades del paciente coinciden con la misión	10		
		3, Sólo se acepta a los pacientes si la organización puede proporcionar los servicios necesarios y el entorno adecuado para la atención, tanto para pacientes ambulatorios como hospitalizados	10		
		4, Existe un proceso para proporcionar los resultados de las pruebas diagnósticas a los responsables de	5		
		5, Las políticas identifican las pruebas diagnósticas que se consideran necesarias	10		

		antes de admitir al			
		6, Los pacientes no son admitidos, transferidos ni derivados antes de que estén disponibles los resultados de las pruebas necesarias para tomar estas decisiones	10		
ACC.1.1 La organización cuenta con un proceso de admisión de pacientes para hospitalización y atención ambulatoria.	Proceso estandarizado y el personal responsable del proceso está familiarizado con los procedimientos normalizados y los cumple.	1. El proceso de inscripción de pacientes de atención ambulatoria está estandarizado.	5	Se evidencia documentación de los procesos, pero y están estandarizados pero la falta de recursos causan altas variabilidades en los tiempo de atención. El personal tiene claro lo que debe	60%
		2, El proceso de ingreso de pacientes para hospitalización está estandarizado	NA		
		3, Hay un proceso para la admisión de los pacientes de urgencias en unidades de hospitalización.	NA		
		4, Hay un proceso para mantener a los pacientes en observación.	5		
		5, Hay un proceso para gestionar a los pacientes cuando no hay camas disponibles en el servicio o unidades deseados ni en ningún otro lugar de la instalación.	0		

		6, Para estandarizar el proceso de admisión de pacientes ingresados e inscripción de pacientes	10	hacer en cada momento.	
		7, El personal está familiarizado con las políticas y los procedimientos y los cumple	10		
ACC.1.1.1 Los pacientes con necesidades de emergencia, urgentes o inmediatas tendrán prioridad en su evaluación y tratamiento.	Los pacientes con necesidades de emergencia, urgentes o inmediatas (como por ejemplo infecciones respiratorias) son identificados mediante un proceso de triage basado en la evidencia.	1. La organización utiliza un proceso de triage basado en la evidencia para priorizar a los pacientes con necesidades inmediatas.	10	Se realiza una priorización de teniendo en cuenta el triage, hay documentos que soportan la estandarización de sus procesos.	100%
		2, Se capacita al personal para aplicar los criterios	10		
		3, Los pacientes son priorizados según la urgencia de sus necesidades.	10		
		4, Los pacientes con necesidades de emergencia son estabilizados en la medida de lo posible antes de trasladarlos a otra organización.	10		

ACC.1.1.2 Se da prioridad a las necesidades de servicios preventivos, paliativos, de curación y de rehabilitación según el estado del paciente en el momento del ingreso en la organización.	Cuando se valora al paciente en el momento de ingreso en la organización, la evaluación ayuda al personal a identificar y priorizar los servicios preventivos, paliativos, de curas y de rehabilitación que el paciente necesita y seleccionar el servicio o unidad más adecuado para atender sus	1. El cribado ayuda al personal a identificar las necesidades del paciente.	10	La prioridad de las necesidades todas se basa en el resultado del triage.	100%
		2, El servicio o las unidades seleccionadas para atender estas necesidades se basan en los resultados del cribado.	10		
		3, Se priorizan las necesidades del paciente relacionadas con servicios preventivos, paliativos, de curación y rehabilitación.	10		

	necesidades más urgentes o prioritarias.				
ACC.1.1.3 La organización tiene en cuenta las necesidades de atención de los pacientes cuando hay listas de espera o retrasos para acceder a servicios diagnósticos y/o tratamiento.	Se informará a los pacientes cuando los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos o la obtención de la atención planificada requieran su inclusión en una lista de espera.	1. Se informa a los pacientes ingresados y en tratamiento ambulatorio sobre las esperas en la atención. 2, Se informa a los pacientes sobre los motivos del retraso o la espera y se proporciona información sobre alternativas disponibles para cubrir sus necesidades. 3, La información proporcionada se documenta en la historia clínica.	0 0 10	No da a conocer ni se comunica al paciente el tiempo estimado de espera	25%
		4, Se utilizan políticas y/o procedimientos para estandarizar la práctica.	0		

<p>ACC.1.2</p> <p>Al ingreso, los pacientes y las familias reciben información sobre la atención propuesta, los resultados esperados y cualquier costo esperado para el paciente por la atención.</p>	<p>Durante el proceso de admisión, los pacientes y sus familias reciben información suficiente para poder tomar decisiones informadas.</p>	<p>1. Se proporciona información al paciente y a la familia en el momento de la admisión.</p>	10	<p>El médico y el cajero le brindan información sobre los procesos que se van a llevar a cabo pero los costos de sus tratamientos no son informados.</p>	70%
		<p>2, La información proporcionada incluye información sobre la atención propuesta</p>	10		
		<p>3, La información proporcionada incluye información sobre los resultados esperados</p>	5		
		<p>4, La información proporcionada incluye información sobre cualquier costo esperado para el paciente o la familia.</p>	0		
		<p>5, La información proporcionada es suficiente para que los pacientes o la familia puedan tomar decisiones informadas.</p>	10		
<p>ACC.1.3</p> <p>La organización intenta reducir las barreras físicas, lingüísticas,</p>	<p>Las organizaciones con frecuencia atienden a comunidades con una población</p>	<p>1. Los líderes y el personal de la organización identifican las barreras más comunes en su población de pacientes.</p>	0	<p>No hay personal encargado ni capacitado para la medición esperada por este estándar.</p>	0%
		<p>2, Existe un proceso para superar o limitar las barreras para los pacientes que solicitan atención.</p>	0		

culturales y demás barreras al acceso y a la prestación de servicios.	diversa. Los pacientes pueden ser personas mayores, tener discapacidades, hablar varios idiomas o dialectos, presentar una diversidad cultural u otras barreras que hagan muy difícil el proceso de acceso y obtención de atención.	3, Existe un proceso para limitar el impacto de las barreras sobre la prestación de servicios.	0		
		4, Se implementan estos procesos.	0		
ACC.1.4 El ingreso o traslado a o desde unidades	Cada organización debe establecer criterios para	1. La organización ha establecido criterios de ingreso y/o traslado para sus servicios o unidades intensivas y especializadas, incluida la investigación y otros programas, para atender	10	La clínica cuenta con criterios para determinar la necesidad del	100%

que prestan servicios intensivos o especializados viene determinado mediante los criterios establecidos.	determinar los pacientes que necesitan el nivel de atención proporcionado en sus unidades.	las necesidades especiales de los pacientes.		cada paciente.
		2, Los criterios tienen base fisiológica, dentro de lo posible y adecuado.	10	
		3, En la elaboración de los criterios participan los profesionales adecuados	10	
		4, El personal recibe capacitación para aplicar los criterios.	10	
		5, Las historias clínicas de los pacientes admitidos en unidades o servicios intensivos y especializados contienen evidencia que indica que reúnen los criterios para acceder a esos servicios.	10	
		6, Las historias clínicas de los pacientes transferidos o dados de alta de las unidades de cuidados intensivos o servicios especializados contienen evidencia que indica que ya no cumplen los criterios para necesitar dichos servicios.	10	

CONTINUIDAD DE LA ATENCION					
ACC.2 La organización diseña y desarrolla procesos que permiten la continuidad de la atención al paciente dentro de la propia organización y entre diferentes profesionales sanitarios.	A lo largo de la estancia del paciente en una organización sanitaria, desde el ingreso hasta el alta o traslado, pueden participar en la atención distintos departamentos, servicios y profesionales sanitarios.	1. Los líderes de servicios y áreas diseñan e implementan procesos que respaldan la continuidad y la coordinación de la atención, incluidos aquellos identificados en la declaración de intención.	5	Por la ausencia y mala administración de los recursos se pierde la continuidad del servicio.	13%
		2, La continuidad y la coordinación son evidentes durante todas las fases de atención al paciente.	0		
		3, La continuidad y la coordinación son evidentes durante todas las fases de atención al paciente.	0		
		4, La continuidad y la coordinación son evidentes para el paciente.	0		
ACC.2.1 Durante todas las fases de la	Identificación de un profesional con responsabilidad	1. Se identifica al profesional responsable de coordinar la atención del paciente y está disponible durante todas las fases de	NA	.	

atención a pacientes hospitalizados, existe un profesional cualificado identificado como responsable de la atención del paciente.	sobre toda la atención al paciente o sobre una fase de la atención. Este profesional podrá ser un médico u otra persona cualificada. La identificación del profesional responsable figura en la historia clínica del paciente o en otro lugar conocido por el personal de la organización.	hospitalización del paciente			
		2, El profesional está cualificado para asumir la responsabilidad de la atención.	NA		
		3, El profesional está identificado ante el personal de la organización.	NA		
		4, El profesional aporta documentación a la historia clínica sobre el plan de atención del paciente.	NA		
		5, El proceso para traspasar la responsabilidad de un profesional a otro está definido en la política de la organización.	NA		
ALTA, DERIVACION Y SEGUIMIENTO					
ACC.3 Existe	El alta o la	1. Se da de alta o deriva al paciente en base a	10		

una política o procedimiento para dar el alta o derivar a los pacientes.	derivación de un paciente se realizan en función del estado de salud y la necesidad de atención o servicios continuados.	sus necesidades de atención continuada.			
		2, Se determina si el paciente está listo para el alta utilizando criterios predeterminados que garantizan la seguridad del paciente.	10		
		3, Cuando así se indique, la planificación para la derivación y/o el alta comienzan temprano en el proceso de atención y, cuando corresponda, incluye a la familia.	10		
		4, Se deriva y/o da el alta a los pacientes en función de sus necesidades.	10		
		5, La política de la organización establece el proceso de los pacientes que pueden salir de la organización durante el proceso de atención “con permiso de salida” para un período de tiempo definido.	10		

<p>ACC.3.1La organización coopera con los profesionales sanitarios y con agencias externas para garantizar derivaciones oportunas y adecuadas.</p>	<p>La derivación oportuna al facultativo, organización o agencia que se adapte lo máximo posible a las necesidades de continuidad de la atención del paciente requiere una planificación. La organización conoce profesionales sanitarios, los posibles centros de derivación en su comunidad</p>	<p>1. El proceso de planificación del alta tiene en cuenta la necesidad tanto de servicios de apoyo como de servicios médicos continuados.</p>	<p>NA</p>		
		<p>2, La organización identifica a los profesionales sanitarios y organizaciones en su comunidad que están más asociados con los servicios de la organización y la población del paciente.</p>	<p>NA</p>		
		<p>3, Las derivaciones fuera de la organización se realizan a profesionales y centros específicos en la comunidad del paciente, cuando sea posible.</p>	<p>NA</p>		

	para comprender los tipos de pacientes tratados y los servicios prestados y para establecer relaciones formales e informales con dichos centros.	4, Siempre que sea posible, los pacientes se derivan a estructuras de apoyo.	NA		
ACC.3.2 Las historias clínicas de los pacientes contienen una copia del informe del alta.	Se prepara un informe de la atención del paciente en el momento del alta de la organización. Un profesional cualificado	1. Una persona cualificada prepara un informe de alta, en el momento del alta. 2, El informe de alta contiene instrucciones de seguimiento. 3, Se archiva en la historia clínica del paciente una copia del informe de alta. 4, Salvo que contradiga la política de la organización, las leyes o la cultura, se entrega a los pacientes una copia del informe de alta.	10 10 10 10	El software SAP permite manejar de manera integral la información de las historias clínicas.	100%

	elabora el informe el alta, como por ejemplo el médico del paciente.	5, Se entrega una copia del informe de alta al facultativo responsable de la atención continuada o el seguimiento del paciente.	10		
		6, La política y/o procedimiento de la organización indican el plazo en que debe elaborarse el informe de alta y archivarse en la historia clínica.	10		
ACC.3.2.1 El informe de alta de los pacientes ingresados esta completo.	El informe de alta proporciona una visión general de la estancia del paciente en la organización.	1. El informe de alta recoge motivo de ingreso, diagnósticos y comorbilidades	10	SAP permite que la historie clínica del paciente este detallada por cada proceso que pase.	100%
		2, El informe de alta recoge hallazgos significativos, físicos y de otra índole	10		
		3, El informe de alta recoge procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados	10		
		4, El informe de alta recoge medicamentos significativos, incluyendo la medicación al alta (es decir, todos los medicamentos que deberá tomarse en el domicilio)	10		
		5, El informe de alta recoge el estado del paciente al alta.	10		
		6,.El informe de alta recoge instrucciones de	10		

		seguimiento			
ACC.3.3. Las historias clínicas de pacientes ambulatorios que reciban una atención continuada contienen un resumen de todos los diagnósticos significativos	Es importante tener un resumen actualizado del perfil del paciente para facilitar la continuidad de la atención	1. La organización identifica para qué tipo de pacientes en atención continuada se realizará un resumen.	10	El ERP de la clínica permite ver la información bien detallada de los diferentes procesos que el cliente ha recibido por parte de esta.	100%
		2, La organización identifica cómo y quién actualiza el resumen.	10		
		3, La organización define el formato y el contenido del resumen	10		
		4, La organización define qué considera actualizar	10		

<p>conocidos, alergias medicamentosas, medicación actualizada y cualquier procedimiento quirúrgico y hospitalización previa.</p>		<p>5, La política de la organización define que las historias clínicas tendrán un listado de los resúmenes realizados</p>	<p>10</p>		
<p>ACC.3.4 Los pacientes y, según sea adecuado, sus familias, reciben instrucciones de seguimiento comprensibles.</p>	<p>Para los pacientes que no son derivados o trasladados directamente a otra organización sanitaria es fundamental recibir instrucciones</p>	<p>1. Las instrucciones de seguimiento se proporcionan en forma y modo que el paciente y su familia puedan comprender.</p>	<p>10</p>	<p>Todas las instrucciones sobre la atención y los requerimientos del servicio son comunicados al paciente y su familia por el médico que fue</p>	<p>75%</p>
		<p>2, Las instrucciones incluyen cualquier posibilidad de volver por razones de seguimiento.</p>	<p>10</p>		

	claras sobre dónde y cómo obtener atención continuada, con el fin de garantizar unos resultados de atención óptimos y que atiendan todas las necesidades del paciente.	3, Las instrucciones indican en qué casos será necesario obtener atención urgente.	0	atendido.	
		4, Las familias también reciben instrucciones, según corresponda al estado del paciente.	10		
ACC.3.5La organización tiene un proceso para la gestión y el seguimiento de los pacientes	Cuando los pacientes ingresados o los pacientes en seguimiento ambulatorio	1. Hay un proceso para la gestión y el seguimiento de los pacientes ingresados o en seguimiento ambulatorio que interrumpen el tratamiento en contra del consejo médico.	5	Muy pocas veces el médico hace el seguimiento de estos pacientes, además no	17%

que solicitan alta voluntaria en contra del consejo médico.	deciden interrumpir el tratamiento en el hospital en contra del consejo médico, se corren riesgos relacionados con el tratamiento inadecuado que pueden producir daño permanente o muerte.	2, Cuando se conoce el médico de atención primaria del paciente, se informa a dicho profesional.	0	existe un documento que sustente que se debe hacer en estos casos.	
		3, El proceso es consistente con la normativa y legislación vigente.	0		
TRASLADO DE PACIENTES					
ACC.4 Se traslada a los pacientes a otras organizaciones en base a su	El traslado de un paciente a una organización externa se basa en su estado y en	1. Los traslados se basan en las necesidades de atención continuada del paciente.	10	La clínica cuenta con un protocolo de traslado de un paciente a una organización	80%
		2, El protocolo contempla el modo en que se transfiere la responsabilidad de la continuidad de la atención a otro proveedor u otro entorno.	10		

estado y para atender sus necesidades de atención continuada.	la necesidad de continuar recibiendo atención sanitaria.	3, El protocolo especifica quién es responsable durante el traslado y el equipamiento y material necesario durante el traslado.	10	externa, se basa en su estado y en la necesidad de continuar recibiendo atención. Pero el protocolo no especifica las situaciones en que no es posible realizar el traslado.	
		4, El protocolo de traslado especifica las situaciones en que no es posible realizar el traslado.	0		
		5, Los pacientes se trasladan de manera adecuada a otras organizaciones.	10		
ACC.4.1 La organización que realiza el traslado determina que la organización que recibe al	Al derivar a un paciente a otra organización, la organización que deriva debe determinar si la	1. La organización que deriva determina que la organización que recibe puede atender las necesidades del paciente que se traslada.	5	Se tienen documentos que evidencian el manejo de los traslados pero no se encargan	50%

paciente podrá atender las necesidades de atención continuada del paciente.	organización que recibe proporciona servicios que cubran las necesidades del paciente y si tiene la capacidad para recibirlo.	2, Existen acuerdos formales o informales con las organizaciones receptoras cuando hay que trasladar con frecuencia los pacientes.	5	del manejo de la recepción por parte de la otra entidad.	
ACC.4.2 Se entrega a la organización que recibe al paciente un informe escrito del estado clínico del paciente y de las	A fin de asegurar la continuidad de la atención, la información del paciente se traslada junto con el paciente.	1. Junto con el paciente se traslada su información clínica o un informe clínico.	10	Se tiene el proceso y esta estandarizado sobre la información que requiere ser trasladada con el paciente, como un resumen de	100%
		2, El informe médico incluye el estado del paciente	10		
		3, El informe médico incluye los procedimientos y demás intervenciones realizadas al paciente.	10		

<p>intervenciones realizadas por la organización de origen.</p>		<p>4, El informe médico incluye las necesidades de atención continuada del paciente.</p>	<p>10</p>	<p>su historia clínica, donde informa las pruebas que se le realizaron, las necesidades que tiene y estado el paciente, entre otra información pertinente.</p>
---	--	--	-----------	--

<p>ACC.4.3 Durante un traslado directo, habrá un miembro cualificado del personal supervisando el estado del paciente.</p>	<p>El traslado de un paciente directamente a otra organización sanitaria puede ser un proceso sencillo, cuando se trata de un paciente alerta que puede hablar, o puede implicar el traslado de un paciente en coma</p>	<p>1. Todos los pacientes reciben supervisión durante un traslado directo.</p>	<p>10</p>	<p>los pacientes reciben la supervisión necesaria por el personal calificado</p>	<p>75%</p>
--	---	--	-----------	--	------------

	<p>que necesita supervisión continua, ya sea de enfermería o médica. En cualquiera de los casos, el paciente necesitará estar controlado, pero las cualificaciones de la persona que realiza la supervisión difieren significativamente.</p>	<p>2, Las cualificaciones del miembro del personal que supervisa al paciente se ajustan al estado del paciente.</p>	<p>5</p>		
--	--	---	----------	--	--

ACC.4.4 El proceso de traslado se documenta en la historia clínica del paciente.	La historia clínica de cada paciente trasladado a otra organización sanitaria contiene documentación sobre el traslado que incluye el nombre de la organización y el nombre de la persona que acuerda acoger al paciente, el o los motivos de traslado y	1. Las historias clínicas de los pacientes trasladados indican el nombre de la organización sanitaria y el nombre de la persona que aceptan recibir al paciente.	10	De acuerdo a la trazabilidad realizada por medio del sistema SAP se evidencia que las historias clínicas de los pacientes, tiene toda la información requerida	100%
		2, Las historias clínicas de los pacientes trasladados contienen otras notas, según lo requiera la normativa de la organización de origen.	10		
		3, Las historias clínicas de los pacientes trasladados indican el o los motivos del traslado.	10		

	cualquier circunstancia especial para el traslado (como la disponibilidad de espacio en la organización receptora o el estado del paciente).	4, Las historias clínicas de los pacientes trasladados indican cualquier circunstancia especial relacionada con el traslado.	10		
TRANSPORTE					
ACC5.El proceso de derivación, traslado o alta pacientes, tanto ingresados como ambulatorios, tiene en cuenta sus necesidades	El proceso de la organización para la derivación, el traslado o el alta del paciente tiene en cuenta sus necesidades de transporte. El tipo	1. Se realiza una evaluación de las necesidades de transporte cuando un paciente es derivado a otro lugar de atención, cuando se traslada a otra organización sanitaria o cuando está listo para ir a su casa, tanto después de una hospitalización como de una visita de atención ambulatoria.	NA		
		2, El transporte proporcionado se adecúa a las necesidades y la condición del paciente.	NA		

de transporte.	de transporte varía, puede ser una ambulancia u otro tipo de vehículo	3. Los vehículos de transporte del hospital cumplen las leyes y normativas pertinentes respecto a su funcionamiento, condición y mantenimiento.	NA		
	propio del hospital o puede ser alguna fuente alternativa	4, Los servicios de transporte subcontratados cumplen los requisitos de calidad y seguridad del hospital.	NA		
	decidida por la familia, o pueden ser los propios familiares y/o amigos quienes proporcionen el transporte.	5, Todos los vehículos utilizados para el transporte, tanto los propios del hospital como los subcontratados, disponen del equipamiento, el material y la medicación necesaria para dar respuesta a las necesidades de los pacientes trasladados.	NA		
		6, Se ha implementado un proceso para monitorizar la calidad y la seguridad del transporte que el hospital proporciona o gestiona, incluyendo el proceso de gestión de quejas	NA		

10. BIBLIOGRAFÍA

El congreso de la republica de Colombia, Ley 100 de 1993, [En línea]. <<http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>>. [Citado 7 de abril del 2011].

Ministerio de sanidad y consumo de Madrid, estrategia en seguridad del paciente, [En línea]. < <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03.htm>>. [citado7 de abril del 2011].

La Sociedad Internacional de Calidad en la Atención Sanitaria (ISQua), programa de acreditación internacional, [En línea]. < <http://www.isqua.org>>. [citado7 de abril del 2011].

Joint Commission International, Acreditación y certificación, [En línea]. < <http://es.JointCommissioninternational.org/enes/Why-Become-Accredited>>. [citado7 de abril del 2011].

Icontec, Certificación de Sistemas de Gestión [En línea]. < <http://www.icontec.org.co/index.php?section=187>>. [citado7 de abril del 2011].

PAMEC, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud, [En línea]. < http://www.hospitalesdecaldas.com/index.php?option=com_content&view=article&id=78>. [citado7 de abril del 2011].

Fundación valle del lili, reseña histórica [En línea]. < http://www.valledellili.org/sitio/index.php?option=com_content&view=article&id=53&Itemid=145&lang=es>. [citado7 de abril del 2011].

Sistema Único de Acreditación (SUA), [En línea]. < <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=220&IdCat=29>>. [citado7 de abril del 2011].