

INFORME DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA PARA AUMENTAR LA ACREDITACION INTERNACIONAL DE NUESTRAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD

El sistema de acreditación internacional por medio de instituciones como la Joint Commission International (JCI) o la American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities (AAAASF) se constituye en una oportunidad para que las instituciones sean competitivas en el plano internacional, dado que nuestro modelo de acreditación es nuevo y no tiene la tradición de los anteriores entes acreditadores, se hace necesario involucrar estos procesos para la competitividad de nuestras instituciones y la exportación de servicios de salud.

Uno de los problemas que veíamos con anterioridad para llevar a cabo la Acreditación internacional era la falta de motivación por parte del gobierno, dando como resultado una baja cultura de calidad por parte de los autores de los diferentes procesos y procedimientos que enmarcan las actividades de la prestación de servicios de salud.

Para corregir esta variable se requiere concientizar a dirigentes regionales por parte de las instituciones públicas y la orientación a los gerentes de las entidades privadas en la aplicación de estándares internacionales de calidad en nuestros procesos, es importante que se determine el tiempo y el costo que tendrá la acreditación internacional.

También hay necesidad de establecer un plan educativo, por cuanto las organizaciones tendrán muchas preguntas sobre el proceso de acreditación con estándares internacionales entre muchas cosas, la disciplina en la elaboración de ciertos procesos, el tiempo empleado y los estándares más elevados que los acostumbrados y los términos que estarán en otro idioma, muchos de los empleados no se sentirán cómodos ya sea por enfrentarse a palabras nuevas y actitudes más exigentes.

Para responder a estos cuestionamientos, sería benéfico facilitar educación para todos o algunos del siguiente: personal, médicos, equipos de trabajo, junta directiva, individuos, gerencias y comunidad/clientes.

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

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

Otra de las variables que teníamos para no alcanzar el reconocimiento internacional de nuestras instituciones era la poca inversión que se hacía en la acreditación dando como resultado una pobre exigencia en los estándares de calidad, es aquí en donde la gerencia y el grupo de planeación y liderazgo deben dar apoyo continuo a los equipos y a todas las demás personas involucradas en el proceso. Así, el grupo de planeación debe tener una idea clara de cómo manejar las peticiones de recursos y apoyo que estarán presupuestados con anterioridad.

Aquí es importante que la organización tenga claro acerca de las competencias de las entidades acreditadoras internacionales, puesto que si bien estas entidades responderán dudas de la organización en los aspectos referentes a precisión acerca de los procesos operacionales a través de los cuales se desarrollará la aplicación y evaluación externa, en su carácter de ente acreditador tiene absolutamente prohibido desarrollar cualquier actividad que pueda ser interpretada como asesoría a la institución. Lo anterior con miras a garantizar la transparencia e igualdad en el proceso para todas las organizaciones.

La cultura organizacional juega un papel importante en una acreditación internacional, puesto que las [experiencias](#), [hábitos](#), [costumbres](#), creencias, y [valores](#), que caracteriza a ciertas instituciones pueden dar pie a una mejor adaptación de las exigencias de la entidad acreditadora o en su defecto si son deficientes hace mucho más difícil alcanzar estándares más altos que los definidos actualmente.

Los altos [ejecutivos](#) pueden intentar determinar la cultura corporativa. Pueden incluso desear imponer unos valores y estándares de comportamiento que reflejen los objetivos de la organización, sin embargo no es una tarea que se considere sencilla y mucho menos estandarizarla, pues trae consigo el peso de la historia de la organización y las decisiones que se hubiesen tomado en el pasado.

Una de las características de la cultura organizacional es su carácter [simbólico](#) si entendemos que la cultura es algo intangible, aunque sus manifestaciones sí son observables, en este sentido, la cultura de una organización está constituida por una red de símbolos o costumbres que guían y modulan, en distinto grado, los comportamientos de quienes trabajan en ella y, sobre todo, de las personas que se van incorporando.

Estos elementos simbólicos se manifiestan en todos los niveles y departamentos de la organización, desde las relaciones personales y sociales hasta las normas de contabilidad, mediante los elementos simbólicos de la cultura, la organización y sus miembros establecen procesos de identidad y exclusión.

La cultura organizacional tiene varios efectos sobre el comportamiento de sus miembros. En primer lugar, en los procesos de atracción y [selección](#), lo que perpetua aún más la cultura existente.

También tendrá efectos sobre los procesos de retención y rotación voluntaria, de manera que en la medida que haya una mayor correspondencia entre los valores de los trabajadores y la cultura organizacional, mayor será el compromiso del trabajador hacia la organización, y menor la tasa de rotación o abandono voluntario.

Los estilos de [liderazgo](#) y [toma de decisiones](#) se verán también afectados por contingencias culturales así como las conductas emprendedoras.

La cultura de una empresa no es permanente, ni rígida, sino que va cambiando constantemente. Si no hay cambios y es rígida, le costará adaptarse al medio externo.

Es muy importante esta reflexión porque para enfocarnos en una acreditación debemos poner en sintonía a nuestras instituciones para enfocarnos en el servicio al usuario, dándole toda la Pertinencia, Accesibilidad, Continuidad, Oportunidad y Seguridad.

A continuación se dará unos pasos guías para plantear una posible auditoria en la acreditación de las organizaciones de la seccional de Medellín.

**PROGRAMA PARA LA IMPLEMENTACION DE AUDITORIA
PARA ACREDITACION**

Guía 1: AUTO EVALUACIÓN: Es diagnóstico básico general de las instituciones, que pretendan identificar los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización o aquellos aspectos que son relevantes, por cuanto impactan vigorosamente al usuario.

| QUÉ | QUIÉN | CUANDO | DONDE | POR QUÉ | CÓMO |
|--|---|----------------|--|--|---|
| Establecer el diagnóstico básico sobre los principales problemas de calidad que las instituciones presentan, así como los procesos involucrados en su generación, los que serán objeto del programa. | El comité de calidad en cabeza del Gerente Los líderes de procesos y equipo de auditoría seleccionados para entrenamiento y acompañamiento en la fase inicial | Por determinar | En cada una de las seccionales escogidas (Medellín) mediante la participación de tres equipos de trabajo de dos personas cada uno | El diagnostico situacional de la región mediante detección de problemas que impiden un adecuado enfoque centrado en el usuario, la sostenibilidad organizacional o el logro de acreditación. | Identificando fortalezas, carencias y oportunidades de mejoramiento. Puede incluirse como referentes para detección de problemas los estándares de acreditación, resultados de información de la resolución 1446, y / encuesta satisfacción de usuarios. Se desarrollan las siguientes etapas: 1. Conformación del grupo institucional de auto evaluación 2. Capacitando al grupo institucional para homologar conceptos y metodología. 3. Mediante ejecución propiamente dicha del proceso de auto evaluación 4. Mediante redacción del informe consolidado de auto diagnostico 5. Presentación del informe a alta Dirección |

Guía 2: DEFINICIÓN DE PRIORIDADES: Es determinar de forma explícita, mediante metodologías establecidas, los procesos que deben ser intervenidos de forma prioritaria o inmediata, por cuanto afectan o impactan negativamente a las organizaciones o al usuario.

| QUÉ | QUIÉN | CUANDO | DONDE | POR QUÉ | CÓMO |
|--|---|-----------------------|---|--|---|
| <p>Seleccionar y priorizar los procesos que serán objeto de mejoramiento continuo por cuanto impactan de manera importante la calidad de la atención a los pacientes, su satisfacción o la sostenibilidad misma de la organización</p> | <p>La selección de los procesos objeto de mejoramiento se realiza con los equipos que participaron en el ejercicio de autodiagnóstico, con el propósito de continuar la participación activa de los mismos en las siguientes fases.</p> | <p>Por determinar</p> | <p>En cada una de las seccionales Medellín mediante la participación de los equipos de trabajo.</p> | <p>Uno de los principios fundamentales en el trabajo de gestión de calidad tiene que ver con priorizar los procedimientos , hecho que optimiza la utilización adecuada de los recursos, asegura el resultado buscado e impacta lo fundamental.</p> | <p>Mediante gestión de taller con el siguiente contenido temático: 1. Socialización y análisis del informe consolidado sobre Auto evaluación 2. Definición y socialización metodológica. 3. Conocimiento y operacionalización de matriz de jerarquización 4. Procedimientos vs Factores críticos de éxito 5. Ordenamiento y consolidación jerárquica</p> |

GUIA No 3: DEFINICION DE CALIDAD ESPERADA: Definir el nivel de calidad esperada significa asignar la meta o estándar al que se quiere llegar en los procesos prioritarios, la forma como se espera que se realicen y los instrumentos a utilizar para monitorear y hacer el seguimiento.

| QUÉ | QUIÉN | CUANDO | DONDE | POR QUÉ | CÓMO |
|---|--|---|---|--|--|
| <p>Determinar la calidad esperada de los procesos identificados como prioritarios, comprendiendo el desarrollo del sistema de indicadores, estándares y metas sobre los cuales se enfocará el trabajo de auditoría.</p> | <p>El comité de calidad en cabeza del Gerente Los líderes de procesos y equipo de auditoría seleccionados para entrenamiento y acompañamiento en la fase inicial</p> | <p>Una vez identificados los procesos, prioritarios se realizará la definición de la calidad esperada</p> | <p>En cada una de las seccionales, Medellín mediante la participación de equipos de trabajo</p> | <p>Establecer la calidad esperada como horizonte de la mejora definida, es decir, como se espera que se realicen los procesos de atención, los indicadores y el resultados de los mismos, para cada uno de los procesos prioritarios</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Definiendo de forma explícita el producto -identificando clientes del producto -identificando necesidades y expectativas de los clientes -definiendo indicadores que permitan medir y controlar la gestión de los proceso y sus productos. -para algunos casos mediante aplicación del principio de beneficio máximo alcanzable -mediante estándares de acreditación internacional |

GUIA No. 4: MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS:

Es la evaluación inicial de los procesos identificados como prioritarios, con el objeto de establecer la brecha entre la calidad esperada y la calidad observada y plantear acciones de mejoramiento.

| QUÉ | QUIÉN | CUANDO | DONDE | POR QUÉ | CÓMO |
|--|--|--|---|---|---|
| Medir la calidad observada, es decir, el nivel de desempeño de los procesos estableciendo la línea de base del sistema de gestión de calidad de la Organización, a través de la auditoría interna. | Se conformara un equipo interdisciplinario de auditores internos a nivel seccional. Dicho equipo estará en capacidad de evaluar el desempeño de los procesos priorizados por las organizaciones y determinar la calidad observada para cada uno. | La auditoria como ciclo continuo de la calidad, se realizara como mínimo una vez al año, de acuerdo al programa definido para tal fin. | La auditoria será realizada a los procesos obligatorios y prioritarios definidos por la Organización, en la seccional de acuerdo la programación de la auditoria. | Contribuye al mejoramiento y mantenimiento de la calidad de la atención en salud, ya que identifica la brecha existente entre lo esperado y lo observado, a través de los hallazgos encontrados como resultado de la realización de la auditoría interna. | Mediante auditoría interna En sus fases de : Planeación Ejecución y evaluación según la programación establecida. Es una evaluación basada en criterios explícitos aplicando un enfoque sistémico, con unidad de propósito y cohesión. Se termina estableciendo línea de base (calidad observada) |

GUIA No. 5: FORMULACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO: fase conformada por los planes de acción que permiten solucionar las fallas de calidad detectadas, respondiendo a las causas fundamentales de los principales problemas, cerrando la brecha entre la calidad observada y la calidad deseada.
(Formulación, ejecución monitorización)

| QUÉ | QUIÉN | CUANDO | DONDE | POR QUÉ | CÓMO |
|--|---|--|---|---|--|
| Establecer, implementar y evaluar las acciones, los responsables, los recursos y fechas de ejecución que permitirán eliminar las causas de ocurrencia de incumplimiento de requisitos (no conformidades) y obtener mejores resultados en el desempeño de los procesos. | La formulación de las acciones de mejoramiento de los procesos prioritarios se realizará de manera concertada entre los directivos, responsables de los procesos (líderes a nivel seccional) y el comité de calidad. La ejecución del plan de mejoramiento será realizada por los responsables de los procesos priorizados. El seguimiento será realizado por los Comités Seccional de Calidad. | En general se realizará un plan de mejoramiento anual y acciones preventivas de seguimiento y coyunturales según necesidad | La formulación del plan de mejoramiento se realizara en la sede seccional, la ejecución y evaluación en los niveles organizacionales donde se haya identificado el problema o no conformidad. La gestión de acciones preventivas de seguimiento y coyunturales puede implementarse en cada una de las instituciones cuando sean necesarias. | Cerrar la brecha de la calidad observada y la calidad esperada obteniendo la mejora continua del desempeño de los procesos. | <ul style="list-style-type: none"> - Preparación para formulación del plan incluye capacitación equipo de mejoramiento mediante un seminario taller para homologar conceptos y proveer herramientas de intervención - Formulación del plan mediante generación de matriz 5w 1h formulación de indicadores - Seguimiento del plan mediante gestión del ciclo PHVA, análisis de indicadores y estructuración de informe de tres generaciones - |

GUIA No. 6 APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL Y ESTANDARIZACIÓN DE PROCESO: Entrenar y capacitar las personas de la organización en la adecuada ejecución de los procesos prioritarios para alcanzar la meta o estándar establecido evitando así que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada.

| QUÉ | QUIÉN | CUANDO | DONDE | POR QUÉ | CÓMO |
|---|---|---|---|--|---|
| <p>Generar aprendizaje organizacional - Estandarización de procesos con el objeto de mantener y mejorar los resultados de los procesos Priorizados e intervenidos potenciando el mejoramiento continuo, mediante la apropiación de metodologías que contienen los procedimientos estándar de operación que aseguren el mantenimiento y mejora de la calidad esperada.</p> | <p>Los líderes de procesos y el equipo de auditoría quienes proponen procedimientos estandarizados de operación, aprobados por entes acreditadores internacionales.</p> | <p>Una vez se alcancen las metas o estándares planeados y se cumpla con el plan de mejoramiento definido.</p> | <p>La formulación del plan de Estandarización se efectuara en la Sede seccional, la implementación del nuevo sistema de gestión se efectuará en las diferentes Instituciones.</p> | <p>Lograda la calidad esperada, es obligación y función de la institución, la capacitación y entrenamiento de todo su personal en metodologías que le permitan mantener y mejorar sus estándares, reducir los costos de no calidad, mantener y mejorar la productividad, tener adecuada información y divulgarla, lograr contribuciones sociales</p> | <p>A través de la ejecución de un seminario-taller para homologar conceptos y aprender herramientas mínimas que permitan a los integrantes de la organización funcionar como equipo. temática : 1. Gerencia de procesos, es decir, análisis y seguimiento de procesos, método de análisis y solución de problemas y estandarización. 2.formulacion y ejecución del plan de estandarización siguiendo metodología PHVA</p> |

GUIA No. 7 SEGUIMIENTO A TRAVÉS DE COMITÉS: Los comités actúan como equipos que permiten a las organizaciones implementar acciones de seguimiento o auditoria a los planes de mejoramiento especialmente en el nivel de auditoría interna y sobre los procesos prioritarios.

| | | | | | |
|------------|--------------|---------------|--------------|----------------|-------------|
| QUÉ | QUIÉN | CUANDO | DONDE | POR QUÉ | CÓMO |
|------------|--------------|---------------|--------------|----------------|-------------|

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|
| <p>1. Realizar seguimiento, monitoria y retroalimentación a la calidad de los procesos objeto de auditoría mediante la intervención de los comités existentes.</p> <p>2. Revisar la correcta conformación de los comités y conformar los faltantes según normatividad del ente acreditador.</p> | <p>1. El seguimiento, monitoria y retroalimentación de procesos se realiza a través de comités.</p> <p>2. La verificación del adecuado funcionamiento de los comités y la correcta conformación de los faltantes es responsabilidad de auditoría interna (facilitador de calidad), además de su análisis, fortalecimiento o definición de sus mecanismos de operación, aclarando de forma explícita su propósito, alcance y responsabilidades, área dentro de la estructura, estrategias de reunión y métodos de trabajo.</p> | <p>Una vez se hayan formulado los planes de mejoramiento sobre procesos de su competencia</p> | <p>En la Sede seccional con asociaciones de usuarios o con quienes se haya establecido acuerdos en procesos prioritarios.</p> | <p>1. Los comités apoyan el cumplimiento de las políticas y objetivos de calidad.</p> <p>2. Porque su funcionamiento está diseñado para responder a los planes de la organización</p> <p>3. Porque son una herramienta para hacer el seguimiento a los planes de mejoramiento y a la ejecución de procesos estandarizados.</p> | <p>1. El seguimiento a planes de mejoramiento se hace mediante la definición de un cronograma de trabajo y con la aplicación de metodologías establecidas.</p> <p>2. La verificación del funcionamiento y la adecuada conformación de comités, se hace mediante una reunión o seminario taller en donde se da a conocer a cada comité el propósito de su trabajo, el alcance de sus responsabilidades y su importancia en la organización. Analizando la misión del comité, porque y para que existe, cual es el resultado esperado y cual su necesidad dentro de las políticas y objetivos de calidad.</p> |
|---|---|---|---|--|---|

GUIA No. 8: IMPLEMENTACIÓN DEL NIVEL DE AUDITORIA EXTERNA: para el caso de los prestadores de servicios de salud el nivel de auditoría externa comprende la evaluación sistemática sobre los procesos

priorizados objeto de acuerdo con los entes de acreditación de salud a fin de mejorar de manera efectiva la atención en salud.

| QUE | QUIÉN | CUANDO | DONDE | POR QUÉ | CÓMO |
|---|--|--|---|---|---|
| <p>Implementar el nivel de auditoría externa, como metodología que contribuya al mejoramiento de la calidad de atención en salud, haciendo énfasis en la construcción de la relaciones de confianza con los entes acreditadores, para implementar procedimientos de auditoría eficientes y efectivos, centrados en el cliente.</p> <p>Los acuerdos son extensivos a criterios y métodos de evaluación, conformación del equipo auditor, entre otros aspectos.</p> | <p>El equipo de auditoría externa en cabeza de su líder (ente acreditador), quien concreta y promueve relaciones de confianza con los directivos o miembros de auditoría de la entidad auditada.</p> | <p>A partir del establecimiento de acuerdos y concertación de procesos prioritarios.</p> | <p>IPS que conforman la red de prestadores candidatos a acreditarse con los cuales se han concertado acuerdos</p> | <p>1. La auditoría es un instrumento de evaluación y monitorización permanente para lograr calidad dentro del mejoramiento continuo. 2. Parte de los procesos prioritarios definidos por la organización y mediante su mejoramiento protege a los usuarios de los riesgos durante su proceso de atención en salud. 3. Se orienta al cumplimiento de estándares de acreditación.</p> | <p>Conformación del equipo auditor, quienes deberán planear la auditoría externa, abordando temas como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definición de expectativas de cada participante. 2. Identificando prioridades, 3. Identificando procesos a mejorar, 4. Homologando significados, 5. Identificando el equipo a participar, 6. Determinando apoyo logístico, 7. Definiendo estrategias y metodologías para análisis de procesos. 8. Adopción de modernas metodologías de mejoramiento de gestión clínica, para mejoramiento efectivo. |