



**Procesos previos a la aplicación de acreditación de la IPS Clínica Universitaria de Medicina
Integral S.A.S. (CUMI) bajo el sistema único de acreditación en salud enfocado en
humanización**

Autor

María Angélica Pineda Caro

Informe de Trabajo de Grado

Asesor

Carmen Elena Patiño Rodríguez

Profesor Titular

Universidad de Antioquia

Facultad de Ingeniería

Ingeniería Industrial

Medellín, Antioquía

2023

Cita	(Pineda, 2023)
Referencia	Pineda Caro, M. A. (2022). <i>Procesos previos a la aplicación de acreditación de la IPS Clínica Universitaria de Medicina Integral S.A.S. (CUMI) bajo el sistema único de acreditación en salud enfocado en humanización</i> . Universidad de Antioquia, Medellín.
Estilo APA 7 (2020)	



Director Médico Clínica Universitaria Medicina Integral S.A. (CUMI): Hugo Armando Hernández



Centro de Documentación Ingeniería (CENDOI)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano/Director: Jesús Francisco Vargas Bonilla.

Jefe departamento: Mario Alberto Gaviria Giraldo.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Tabla de Contenido

Resumen	8
Abstract	9
Introducción	10
1. Objetivos	13
1.1 Objetivo general	13
1.2 Objetivos específicos.....	13
2. Marco teórico	14
2.1 Sistema único de acreditación en salud	14
2.2 Humanización de la atención.	16
2.3 Autoevaluación.....	18
2.4 Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia.	19
3. Metodología	21
4. Planeación y preparación para la acreditación	23
5. Oportunidades de mejora encaminadas al proceso de humanización del servicio.....	37
6. Socialización del programa de humanización institucional	45
7. Conclusiones	53
Referencias	54

Lista de tablas

Tabla 1	24
Tabla 2	24
Tabla 3	25
Tabla 4	27
Tabla 5	28
Tabla 6	38
Tabla 7	39
Tabla 8	40
Tabla 9	41

Lista de figuras

Ilustración 1	15
Ilustración 2	20
Ilustración 3	34
Ilustración 4	37
Ilustración 5	46
Ilustración 6	52

Lista de Graficas

Gráfica 1	42
Gráfica 2	43
Gráfica 3	49
Gráfica 4	50
Gráfica 5	51

Siglas, acrónimos y abreviaturas

CUMI	Clínica Universitaria de Medicina Integral
SUA	Sistema Único de Acreditación en Salud
UCI	Unidad de cuidados intensivos
SOGCS	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud
EAPB	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Resumen

La acreditación de los prestadores institucionales de salud autorizados, públicos y privados, se efectúa de acuerdo con lo establecido en el Decreto 903 de 2014. Dicho proceso estará destinado a evaluar el cumplimiento, por parte de aquellos prestadores institucionales que se sometan a este decreto, el cual tiene los estándares fijados con el objeto de velar porque las prestaciones que otorgan revistan la calidad necesaria para resguardar la seguridad de sus usuarios.

La clínica Universitaria Medicina Integral S.A.S con el propósito de seguir el camino de la mejora continua y teniendo en cuenta el compromiso por estar ubicados en zona franca, toma la decisión de iniciar el proceso de preparación para presentarse a la evaluación de acreditación a partir de estándares definidos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en su versión 3.1.

En el presente documento se describe el proceso previo a la presentación de la Clínica para su acreditación, a partir de la autoevaluación de estándares que permitirá diagnosticar y detectar el estado actual de la institución e implementar acciones de mejora, estas serán encaminadas a la humanización de la atención, aportando beneficios al cliente interno y externo, mostrando a su vez el proceso de divulgación del programa de humanización institucional.

Palabras clave: Sistema de acreditación, Calidad, Atención en salud, Autoevaluación, Humanización.

Abstract

The accreditation of authorized institutional health providers, public and private, is carried out in accordance with the provisions of Decree 903 of 2014. This process will be aimed at evaluating compliance, by those institutional providers that submit to this decree, which has the standards set in order to ensure that the benefits they provide have the necessary quality to protect the safety of their users.

The Clínica Universitaria Medicina Integral S.A.S with the purpose of following the path of continuous improvement and taking into account the commitment to be located in a free zone, makes the decision to start the preparation process to present the accreditation evaluation based on standards defined in the Ambulatory and Hospital Health Accreditation Manual in its version 3.1.

This document describe the process prior to the presentation of the Clinic for its accreditation, based on the self-assessment of standards that will allow to deteriorate and detect the current state of the institution and implement improvement actions, these will be aimed at the humanization of care, providing benefits to the internal and external client, showing at the same time the process of dissemination of the institutional humanization program.

Keywords: Accreditation system, Quality, Health care, Self-assessment, Humanization.

Introducción

La clínica Universitaria de Medicina Integral (CUMI) es un centro de atención hospitalario de III y IV nivel, que presta los servicios de cirugía, consulta externa, hospitalización, servicios diagnósticos, unidad de cuidados intensivos (UCI) y urgencias. Su misión es satisfacer las necesidades de salud de mediana y alta complejidad en sus pacientes; prestando servicios integrales y efectivos, articulando humanización, espiritualidad, ética médica, práctica clínica, seguridad de paciente, educación y aprendizaje, investigación e innovación; en una permanente búsqueda del mejoramiento continuo para beneficio de la comunidad.

A partir de la ley 100 de 1993, se creó el Sistema de Seguridad Social Integral, conformado entre otros, por los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y de Riesgos Laborales, el cual, como servicio público, se rige por principios como el de calidad.

Para garantizar la calidad de atención en salud, el Ministerio de protección social expide el Decreto 11 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS-, entre sus disposiciones generales se establece el campo de aplicación y su obligatoriedad.

El Ministerio de Salud define que la acreditación en salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados. Está autoevaluación y revisión garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar. La acreditación en salud es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función.

La Clínica Universitaria Medicina Integral fue construida y declarada en zona franca permanente especial y el Decreto 2147 de 2016 artículo 37 estipula lo siguiente:

Para solicitar la declaratoria de la existencia como zona franca permanente especial de servicios de salud (...), y comprometerse ante la autoridad competente del ramo a iniciar el procedimiento de acreditación en salud bajo los estándares o directrices que tengan normados, exigidos y aprobados el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los tres (3) años subsiguientes a la entrada en operación de la zona franca permanente especial.

Por lo anterior CUMI está en la obligación de empezar el proceso de acreditación, tomando a la vez esta oportunidad como impulso a mejorar los servicios prestados a sus usuarios para que se lleven la mejor experiencia.

Las instituciones que se comprometen de manera responsable y deciden prepararse para acreditarse, deben establecer los mecanismos que les permitan garantizar el cumplimiento de los estándares de habilitación, para ser verificadas y certificadas en el cumplimiento de las condiciones de habilitación por las Direcciones Territoriales de Salud. A partir de este cumplimiento mínimo, se podrán implementar los procesos de los estándares de acreditación en salud.

La preparación para esta evaluación a su vez tiene gran cantidad de beneficios a lo largo de su desarrollo, como: reforzar la cultura organizacional y el trabajo en equipo, incentivar a la buena comunicación para estandarizar los procesos internos de la institución, mejorar condiciones de atención y de esta manera tener mayor cantidad de usuarios satisfechos luego de visitar las instalaciones. Finalmente, al obtener la acreditación, llega el reto de mantenerla, debido a que este logro fortalece la imagen institucional y aumenta el reconocimiento de quienes lo obtienen.

El presente documento recopila de manera detallada el proceso de preparación para la aplicación a la acreditación de la clínica Universitaria de Medicina Integral (CUMI) realizando el primer ciclo de autoevaluación frente a los estándares del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia enfocados en el eje de humanización, arrojando resultados que conllevan a plantear acciones de mejora que serán reforzadas mediante las campañas desarrolladas en torno al programa de humanización organizacional.

1. Objetivos

1.1 Objetivo general

Evaluar el estado en que se encuentra la organización frente a los estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud enfocados en humanización, impulsando su mejora mediante el programa de humanización institucional.

1.2 Objetivos específicos

- Realizar una autoevaluación a la IPS Clínica Universitaria de medicina integral S.A.S. bajo los estándares asistenciales de acreditación enfocados en humanización.
- Priorizar oportunidades encaminadas al proceso de humanización del servicio.
- Socializar el programa de humanización institucional.

2. Marco teórico

2.1 Sistema único de acreditación en salud

El Decreto 903 de 2014 tiene como fin la modernización y actualización de uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud que es el Sistema Único de Acreditación, sistema que se reglamentó desde el año 2002 con la Resolución 1774; se modificó con la Resolución 1445 de 2006 y 123 de 2012 y que con el Decreto en Mención se ajusta para fortalecer la implementación de estándares superiores de calidad en la atención en salud.

A través de este decreto se dictan ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y define reglas para su operación en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Riesgos laborales.

El sistema único de acreditación es definido como un conjunto de procesos, procedimientos y herramientas, para la comprobación de los niveles de calidad de los servicios en salud, tal como se establece en el Art.5 del Decreto 903 de 2014.

Artículo 5. Sistema Único de Acreditación en Salud. Entiéndase como Sistema Único de Acreditación en Salud, el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades a las que se refiere el artículo 2 del presente decreto, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Dicho sistema se registrará por lo dispuesto en el presente decreto y en las normas que lo modifiquen,

adicionen o sustituyan, así como por la reglamentación que, para su desarrollo e implementación, expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los ejes de la acreditación en salud deben desarrollarse como un proceso sistemático de Transformación Cultural organizacional, como se observa en la ilustración 1, en el que se deben alinear las normas, la cultura y la ética. Esta transformación involucra conocimiento, estrategias y buenas prácticas; tal como lo demanda la Responsabilidad Social entendida un marco ético en el que los individuos o corporaciones son responsables de cumplir con su deber cívico y tomar acciones que beneficien a la sociedad en su conjunto. Es por esta razón, que la acreditación en salud es una forma de demostración de compromiso social.

Ilustración 1

Ejes de acreditación en salud. Ministerio de Salud y Protección social



Fuente: Icontec

Con la acreditación en salud las organizaciones buscan garantizar a los usuarios un servicio de salud en condiciones de calidad, humanización y efectividad, lo cual influye en la mejoría de las condiciones de vida y salud de los usuarios que atienden, proporcionando el auto cuidado.

2.2 Humanización de la atención.

Según el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española (RAE), humanizar significa: “*Hacer humano, familiar y afable a alguien o algo*”. En concreto, el concepto de humanizar incluye la relación con el otro, compartir una comunidad y el contacto empático, amable. Decir solo “lo humano” es insuficiente, ya que hay un sinnúmero de actividades humanas que no son afables ni familiares como la tortura, la prostitución, la guerra, la explotación del hombre por el hombre.

La humanización es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud (Acreditación en salud, s.f.). Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización.

La humanización de la salud implica una confrontación entre dos culturas distintas, entre dos maneras de ver el mundo. Por una parte, una cultura que privilegia el valor de la eficacia basada en los resultados de la tecnología y la gerencia y, por otra, la cultura que da la primacía al respeto por la persona, por su autonomía y la defensa de sus derechos (Martins et al., 2008).

John Rawls, en Teoría de la Justicia da un ejemplo de un buen médico: “*Aquel que tiene los conocimientos prácticos y el talento que sus pacientes pueden desear. El talento y el*

conocimiento son propios del médico, el interés por el restablecimiento de la salud por el que el médico es valorado, es del paciente”. (Rawls, 2012)

El ejercicio de la medicina definitivamente requiere de los conocimientos, sin embargo; el interés genuino por el bienestar del paciente hará la diferencia; ya que el contacto con el paciente quiere amabilidad y respeto.

Hoy por hoy podríamos pensar que la humanización de la atención en salud sería algo redundante, ya que debería ser un ejercicio que desde sus orígenes debe ser humano, si tenemos en cuenta la declaración de Ginebra aprobado por la 2ª asamblea general de la asociación médica mundial, Ginebra, Suiza, en septiembre 1948, donde se menciona lo siguiente:

1. En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica, prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad. 2. Guardare a mis maestros el debido respeto y gratitud. 3. Practicare mi profesión a conciencia y dignidad. 4. La salud de mi paciente será mi primera consideración. 5. Respetar el secreto que me sea confiado, incluso después de la muerte del paciente. 6. Mantendré por todos los medios el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica. 7. Considerare a mis colegas como mis propios hermanos. 8. No permitiré que prejuicios de religión, nacionalidad, raza, partido político o nivel social intervengan entre mi deber y mi paciente. 9. Guardare el máximo respeto por la vida humana desde su el momento de su concepción; incluso bajo amenaza, no utilizare mis conocimientos médicos para fines contrarios a las leyes universales humanas. 10. Hago estas promesas solemne y libremente, bajo mi palabra de honor.¹

¹ Traducción realizada el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana a partir del original en inglés, Tomado de: [http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n\(5-6\)p642.pdf](http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n(5-6)p642.pdf) el 10-12-12

El médico Scribonius Largus que acompañó al emperador Claudio y que es considerado uno de los precursores del humanismo médico, entendía su actividad como una profesión (*professio*) en el sentido de vocación, con la obligación moral de un comportamiento virtuoso: un “buen hombre, experto en la curación, lleno de misericordia y humanidad” (*vir bonus, medendi peritus, plenus misericordia et humanitas*) que complementaba pericia con compasión y bondad. (Pellegrino ED, & Pellegrino AA, 1988)

2.3 Autoevaluación

Es una estrategia que consiste en efectuar un análisis crítico por parte de una organización, con el fin de valorar una situación o juzgar los resultados de una determinada tarea. La autoevaluación es un método clave en el proceso de mejora continua.

De acuerdo con el Sistema Único de Acreditación, la autoevaluación es el momento donde los equipos examinan qué tan efectivamente están trabajando, comparando el quehacer diario contra los estándares. Es importante que la organización tenga claro el mejoramiento durante la acreditación es uno solo, pero que para efectos operacionales existen dos momentos durante los cuales se realiza autoevaluación: Durante el desarrollo del ciclo de preparación para la aplicación ante el ente acreditador, en el cual la autoevaluación tiene como propósito principal identificar la no coincidencia del desempeño organizacional, contra el desempeño ideal planteado en el estándar, estableciendo un diagnóstico e iniciando un proceso de análisis y mejoramiento. A este momento también lo llamamos evaluación interna. En esta fase la duración de este ciclo de autoevaluación y mejoramiento no necesariamente tiene un período límite de finalización diferente a las metas que

se fije la organización a sí misma. Durante la aplicación ante el ente acreditador en el ciclo de ruta crítica, en el cual la autoevaluación, además de lo anterior, tiene el propósito de documentar el estado de cumplimiento del estándar y evidenciar suficientemente ante el ente acreditador su cumplimiento, en esta fase, este ciclo de autoevaluación, documentación y mejoramiento tiene un tiempo límite, dependiente de los períodos establecidos por la entidad acreditadora. (Guía práctica para la acreditación en salud, 2005)

2.4 Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia.

El manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia Versión 3.1 se aplica a las instituciones prestadoras de servicios de salud las cuales ofrecen servicios ambulatorios, servicios hospitalarios o que ofrecen ambos servicios.

Los estándares contenidos en este manual están organizados en tres grupos, como se puede evidenciar en la ilustración 2, de la siguiente manera: en la primera sección se muestra el grupo del proceso de atención al cliente asistencial conformado por 75 estándares, en la segunda sección se encuentran los 6 grupos de estándares de apoyo administrativo gerencial a dichos procesos asistenciales sumando entre sí 80 estándares y una tercera sección en la cual se encuentran 6 estándares pertenecientes al mejoramiento de la calidad.

Ilustración 2

Grupos de estándares asistenciales



Fuente. Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia.

Teniendo en cuenta lo anterior, es de suma importancia destacar que, dentro de cada una de las secciones anteriormente mencionadas, existen estándares enfocados en humanización, los cuales serán evaluados en la autoevaluación de la institución de salud.

3. Metodología

En el proyecto se utilizó un enfoque mixto. Un enfoque cualitativo, debido a recolección de información y análisis por parte de los coordinadores de los diferentes servicios asistenciales en el proceso de autoevaluación de los estándares de acreditación enfocados en el eje de humanización. Y, un enfoque cuantitativo, puesto que es necesario utilizar diferentes matrices, como la matriz de autoevaluación donde permite observar la calificación final de cada estándar según sus fortalezas, soportes y calificación de las dimensiones con sus respectivas variables; y la matriz de priorización de oportunidades de mejora, donde se evalúa y priorizan las acciones de mejora de cada área.

Para el desarrollo del proyecto se tuvo en cuenta una de las metodologías más aplicables a la gestión de proyectos, metodología cascada o más conocida como “Waterfall” que consta de 5 fases (UNIR, s.f.):

1. Inicio: definición del proyecto y aprobación.

- Identificación y definición del alcance del proyecto según las necesidades de la institución.

2. Planificación: desarrollo de los diferentes planes de gestión.

- Enumerar y organizar los pasos a seguir a lo largo del proyecto para el correcto desarrollo y ejecución de todos los aspectos significativos.
- Definir fechas de corte para la realización de actividades y entrega de documentos clave.

3. Ejecución: realización de las tareas planificadas con el fin de completar entregas.

- Realizar autoevaluación de los estándares de acreditación frente al desempeño institucional actual.
- Priorizar las oportunidades de mejora, mediante la metodología de riesgo, costo y volumen.
- Socializar política de humanización institucional.
- Poner en marcha la primera campaña del programa de humanización.

4. Monitorización y control: se supervisan las tareas ejecutadas y se comparan con la planificación. Se aplican medidas de corrección si se detectan desviaciones.

- Llevar control de la cantidad de estándares trabajados y los que faltan por evaluar.
- Tener en cuenta el porcentaje del alcance que se tiene en el proceso de socialización de la política de humanización.
- Listar quejas u oportunidades de mejora en el ámbito de humanización sugeridas por los colaboradores.

5. Cierre: se logra finalizar una fase o proyecto en tres situaciones: cuando se cumple con la entrega de las tareas ejecutadas; cuando no es posible ejecutar parte o todas las tareas planificadas; o cuando el proyecto deja de ser viable o realizable.

6. Entrega de documentos y evidencias de los resultados obtenidos durante el tiempo de prácticas.

4. Planeación y preparación para la acreditación

Toda institución que aspire a ser acreditada por el Sistema Único de Acreditación en Colombia, parte de unas decisiones gerenciales que la organización debe asumir para la planeación y preparación para la evaluación de acreditación, así como los aspectos relacionados con la conformación de los equipos para todos los procesos que concierne. Tal como lo explica detalladamente la guía práctica del Ministerio de Protección social en su versión 19 de julio de 2005.

De acuerdo con la guía, el primer paso es la autoevaluación, el objetivo es encontrar las falencias que existen en la institución frente a los estándares y cada uno de los criterios correspondientes, se es muy minucioso con cada criterio ya que estos son más específicos y ayudan a encontrar las oportunidades de mejora, lo que permitirá diseñar estrategias que permitan la humanización del servicio de salud en forma eficiente.

El comité encargado del primer paso fue conformado por: Director Médico, Coordinadora de Calidad, Coordinadora de Enfermería general, Referente de Seguridad del Paciente, Coordinadora de Laboratorio, Coordinadora de Imagenología, Coordinadora de Urgencias, Coordinadora de Hospitalización, Coordinadora de Farmacia, Líder de Fisioterapia, Auditor Médico, Coordinador Atención Ambulatoria, Psicóloga, Ingeniera Industrial en Prácticas.

Teniendo en cuenta el portafolio de los diferentes servicios que presta CUMI, de los 75 estándares del grupo de atención al cliente asistencial del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, sólo 8 estándares de los subgrupos fueron aplicables a la IPS en cuanto a la humanización como se observa en la tabla 1.

Tabla 1

Estándares del grupo de atención al cliente asistencial

ESTANDARES ASISTENCIALES	# de estándares que aplican	ESTÁNDARES
Derechos de los pacientes	2	1, 2
Acceso	1	12
Planeación de la atención	4	29, 31, 32, 33
Ejecución del tratamiento	1	45
TOTAL	8	

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, de los 85 estándares del grupo de Apoyo, entre esos los de direccionamiento, gerencia, gerencia del talento humano, ambiente físico, gerencia de la tecnología y gerencia de la información del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, 24 estándares de los subgrupos fueron aplicables a la IPS enfocados en humanización del servicio distribuidos como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2

Estándares del grupo de Apoyo

ESTANDARES DE APOYO	# de estándares que aplican	ESTÁNDARES
Direccionamiento	5	76, 77, 79, 80, 84
Gerencia	5	93, 94, 97, 98, 99
Gerencia del Talento Humano	9	104, 105, 106, 108, 110, 112, 115, 118, 119
Ambiente Físico	2	121, 129
Gestión de Tecnología	1	132
Gerencia de la Información	2	143, 146
Mejoramiento de la Calidad	0	
TOTAL	24	

Fuente: Elaboración propia

Como instrumento de evaluación se utilizó la matriz de autoevaluación, la estructura se puede observar en la tabla 3, la cual está definida por el ministerio de salud y protección social con

el fin de realizar la calificación de los estándares de acreditación considerados dentro del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia.

Tabla 3

Matriz de autoevaluación para estándares de acreditación

CLÍNICA UNIVERSITARIA INTEGRAL				PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD SECCION 2: AUTOEVALUACIÓN ESTANDARES DE ACREDITACIÓN CLÍNICA UNIVERSITARIA MEDICINA INTEGRAL- AÑO 2022-2023																	
GRUPO	SUB-GRUPO	No. ESTANDAR	CODIGO	ESTANDAR	CRITERIOS	LINEA DE BASE	ASPECTOS CUALITATIVOS			CALIFICACIÓN										TOTAL	
							FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	SOPORTES DE LA FORTALEZA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN				RESULTADOS				
										Sist y Am	Proac	Mejor	Disp inst	Apr dien	Plat	Consis	Avan med	Tend	Comp	CALIFICACIÓN	
ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	ACCESO	Estándar 12	AsAC4	<p>Quando un usuario solicita citas, la organización garantiza el derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre entre las opciones ofertadas por la institución prestadora. Cuenta con un sistema que permite verificar la disponibilidad de dicho profesional y la oportunidad de su atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> En su defecto, le ofrecerá al solicitante otras opciones de profesionales disponibles, acordes con las necesidades del usuario 	Agendas sistematizadas en software asistencial Chatbot	No se tiene	No se tiene	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Fuente: Elaboración propia

En la matriz se contempla el grupo y subgrupo del estándar a evaluar, número, código del estándar y la descripción propia del estándar junto con los criterios que hacen parte de este. A partir de esta información se comienza la evaluación cualitativa interna con el reconocimiento de la línea base que tiene la institución, las fortalezas encontradas en la organización, los soportes de estas y oportunidades de mejora que puedan existir frente al estándar a evaluar.

Se continua con la evaluación cuantitativa, se evalúa cada estándar teniendo en cuenta tres dimensiones, cada una con sus variables las cuales son definidas por la Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud de la siguiente manera:

Enfoque: Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar. Sus variables son:

- Sistemática
- Amplitud
- Proactividad
- Ciclo de evaluación y mejoramiento
- Impacto

Implementación: Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución. Sus variables son:

- Despliegue en la institución
- Despliegue hacia el cliente interno y/o externo


Resultados: Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques. Sus variables son:

- Pertinencia
- Consistencia
- Avance de la medición
- Tendencia
- Comparación

Estas dimensiones se evalúan teniendo en cuenta las tablas 4 y 5:

Tabla 4

Calificación cuantitativa de estándares parte 1


	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		CÓDIGO: SOC-OC-INS00X
	CLÍNICA UNIVERSITARIA MEDICINA INTEGRAL S.A.S.		VERSIÓN: 01
	MACROPROCESO: SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		VIENCIA: 03-02-2020
	HOJA RADAR PARA CALIFICACION CUANTITATIVA DE ESTANDARES		PAGINA 1 DE 1

VARIABLE	CALIFICACION				
	1	2	3	4	5
ENFOQUE: Implica documentacion, estandarización y socialización de las políticas, directrices, los metodos, los procesos, protocolos que define la institución para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada estandar					
SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD: Grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizado. Grado en el que el enfoque está presente en diferentes áreas	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar, en áreas clave	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
PROACTIVIDAD: Grado en que el enfoque es preventivo	Los enfoques son mayoritariamente reactivos	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO: Forma como se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento
IMPLEMENTACIÓN: Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución					
DESPLIEGUE A LA INSTITUCIÓN: Grado en que se ha implementado en la institución	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
DESPLIEGUE AL CLIENTE INTERNO Y/O EXTERNO: Grado en que se percibió	El enfoque no se despliega hacia los clientes	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente

Fuente: Clínica Universitaria Medicina Integral

Tabla 5

Calificación cuantitativa de estándares parte 2

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		CÓDIGO: SOC-GC-INS00X
	CLÍNICA UNIVERSITARIA MEDICINA INTEGRAL S.A.S.		VERSIÓN: 01
	MACROPROCESO: SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		VIGENCIA: 03-02-2020
	HOJA RADAR PARA CALIFICACION CUANTITATIVA DE ESTÁNDARES		PÁGINA 1 DE 1

VARIABLE	CALIFICACION				
	1	2	3	4	5
RESULTADO: Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques. Se evidencia a partir de la medición, comparación con las mejores prácticas y tendencias positivas de mejoramiento sostenible en el tiempo.					
PERTINENCIA: Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área temática.	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
CONSISTENCIA: Relación de esos resultados como producto de medición del enfoque.	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
AVANCE DE LA MEDICIÓN: Grado en que la medición responde a una práctica asistémica y existen indicadores definidos para la medición.	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición.	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos.
TENDENCIA: Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejora general a lo largo del tiempo.	El estado de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias.	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
COMPARACIÓN: Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos.	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas prácticas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistemáticas.	Se encuentra en etapa temprana de comparación con las mejores prácticas de algunos procesos, productos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.

Fuente: Clínica Universitaria Medicina Integral

El comité de autoevaluación inicia con una revisión de los estándares y criterios correspondientes, una vez identificada la línea base, se realiza con evaluación cualitativa que permite identificar las fortalezas y debilidades, que puedan dar lugar a las acciones de mejora.

Para empezar a evaluar a nivel cuantitativo, se toma como punto de partida la calificación 3, se lee la descripción y se analiza su cumplimiento, en el caso en que no cumpla, se pasa a la calificación inferior, se realiza el mismo proceso de análisis hasta llegar a 1 siendo la calificación más baja. En caso contrario, si al leer la calificación 3 y se considera que la clínica posee más que lo descrito en el cuadro, se pasa a la calificación superior y se realiza el mismo proceso verificando el cumplimiento hasta llegar a 5 si se considera pertinente.

Este proceso se realiza con cada dimensión y variable, las calificaciones la mayoría de los casos son decisiones unánimes, si esto no ocurre y se tiene un juicio diferente, se llega a un acuerdo mostrando argumentos que sostengan el punto de vista de los miembros del comité.

Se realiza el promedio de las calificaciones de cada una de las variables obteniendo de esta forma la calificación final del estándar evaluado.

El primer grupo a evaluar es la atención al cliente asistencial, desde el estándar 1 código: (AsDP1). *“La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.”*

Este estándar se evalúa teniendo en cuenta sus criterios y arroja una calificación total de 1,2.

El estándar 2 de código (AsDP2). *“La institución que realiza proyectos de investigación con sus usuarios garantiza el respeto al derecho del usuario de participar o rehusarse a hacerlo, información del proyecto, su objetivo, beneficios y riesgos, un comité que analice y avale los proyectos, el análisis de los eventos adversos, los principios éticos y parámetros internacionales y nacionales para la participación de usuarios o personal en investigaciones clínicas.”*

Los criterios debían ser evaluados desde una línea base, sin embargo, para estos no existía, lo que nos arrojó una calificación total de 1.

El estándar 12 de código (AsAC4) hace énfasis en la solicitud de citas médicas, la celeridad en su asignación y el derecho del usuario a elegir el profesional de su preferencia:

“Cuando un usuario solicita citas, la organización garantiza el derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre entre las opciones ofertadas por la institución prestadora. Cuenta con un sistema que permite verificar la disponibilidad de dicho profesional y la oportunidad de su atención.”

Teniendo en cuenta su criterio, la línea base es que en la institución se implementa agendas sistematizadas en software asistencial Chatbot, la calificación total fue de 1.

El estándar 29 Código: (AsPL7) hace referencia a la identificación el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente. *“La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones”*

Los criterios describen las especificidades de cada atención, garantizando un servicio integral y humanizado, frente a estos la línea base fue:

- Se cuenta con los manuales de atención integral de servicios.
- Se cuenta con fonoaudiología, rehabilitación cardiopulmonar y rehabilitación física, terapia ocupacional.
- Se cuenta con un Software de dietas.
- Los criterios de ingreso a la unidad de cuidados intensivos garantizan el cuidado integral de paciente, se tiene identificado los perfiles de morbilidad.
- Se ejecutan juntas medicas de acuerdo con la necesidad para el abordaje del paciente complejo.
- Se cuenta con el procedimiento GCL-HOSP-PR001 PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA. en el cual se tiene definido como se realiza la interconsulta y la oportunidad para interconsultas.

Se entiende la relevancia de este procedimiento y su documentación debida, ya que aquí son varios los beneficios que se obtienen tanto para el personal de salud como para el paciente.

- Se cuenta con un oratorio a disposición de los clientes internos y externos
- Se realiza proceso de valoración preanestésica el cual es aplicado a todo paciente que va a ser sometido a un procedimiento.
- Se cuenta con un manual de funciones y perfil de cargos de: Enfermera, médico general y fisioterapia.

A pesar de tener una línea base fundamentada en la mayoría de los criterios del estándar, la calificación total fue de 1.

Estándar 31. Código: (AsPL9) *“La organización garantiza que el paciente y su familia son informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.”* Teniendo en cuenta los respectivos criterios del estándar, se obtiene una calificación total de 1.

Estándar 32. Código: (AsPL10) *“La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.”* De acuerdo con los criterios establecidos para este estándar la línea base parte de que la institución es:

- Cuenta con procedimiento de consentimientos informados, formatos de consentimientos informados general y en procedimientos quirúrgicos y procedimientos menores.

- Se cuenta con cartilla de seguridad de los paquetes instruccionales en consentimientos informados, evaluación en rondas de seguridad del paciente aplicadas al servicio.

La calificación total obtenida para este estándar fue 1.

Estándar 33. Código: (AsPL11) *“En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad.”* Evaluados los criterios, se establece como línea base:

- Se cuenta con el GCL-UCI-MAN001 Manual de atención integral al paciente en uci, en el cual se especifican los horarios disponibles para la atención de los pacientes, y durante el horario de visita el especialista se acerca a cada cubículo de los pacientes a brindar información de la evolución de este.
- Infraestructura diseñada para la privacidad del paciente, y atención en condiciones dignas.

La calificación obtenida fue 1.

Estándar 45. Código: (AsEJ5) *“La organización tiene procesos estandarizados para garantizar que durante la ejecución del tratamiento el usuario tiene el derecho, si así lo solicita o requiere, a una segunda opinión calificada de su condición médica. Este derecho debe ser informado a través de cualquier mecanismo con que cuente la organización, incluido el mismo profesional tratante.”*

Según los criterios del estándar, en la línea base se estableció:

- Existencia de junta médica para evaluar casos específicos.

Se evaluaron cada una de las dimensiones con sus respectivas variables y para este estándar se obtuvo una calificación total de 1.2.

Este mismo análisis se realizó para los 24 estándares del grupo de Apoyo enfocados en humanización, los que pertenecen a direccionamiento, gerencia, gerencia del talento humano, ambiente físico, gerencia de la tecnología y gerencia de la información.

La calificación obtenida para el grupo en general no superó el 1, ya que se realizó considerando cada uno de los criterios establecidos en cada estándar, aun cuando en su mayoría se tenía una línea base, esta no respondía en su totalidad a los criterios, por lo que la calificación no podía ser mayor.

Teniendo en cuenta los 32 estándares orientados a la humanización, se realizó un promedio con la calificación obtenida en cada uno de los estándares, obteniendo como puntaje final 1.12, este valor es el resultado del primer ciclo de autoevaluación de los estándares enfocados en humanización y será utilizado como base para establecer mejoras y avances para los siguientes ciclos de esta práctica hasta llegar al objetivo de obtener una calificación promedio de 3 para enlistarse en la visita de la evaluación oficial del ente acreditador.

El énfasis de esta iniciativa es la humanización del servicio; entendiéndose Humanizar en salud como la transformación de la práctica del servicio de salud en una actividad humana y dignificante. Tal como se explica el director nacional de acreditación en salud de Icontec en el artículo de la revista normas y calidad 122 que detallan las seis ideas:

“Humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización. Por ello es de gran importancia tener en cuenta la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios, que debe realizarse en el contexto de la ética y los

Como podemos observar la encuesta evalúa en la admisión y registro si la información recibida aclara sus dudas en cuanto a documentación que debe presentar, a quien contactar si existen dudas y si la atención del profesional fue satisfactoria en cuanto a información. También se evalúan la atención y cortesía, infraestructura y servicios de apoyo, derechos y deberes, los servicios en general, la satisfacción y se solicitan recomendaciones.

Esta información permitirá conocer la percepción del usuario acerca de los servicios ofrecidos en la institución.

La humanización del servicio genera beneficios económicos casi que inmediatos, ya que al implementarla los usuarios deben encontrar un servicio más satisfactorio, lo que permitirá una fidelización de este; lo que representa un ganar-ganar.

La ley 23 de 1991, por la cual se dictan normas en materia de ética médica, en su Art. 1, manifiesta lo siguiente:

“La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes.”

Lo que nos obliga a pensar los servicios en salud en dos direcciones, la relación interpersonal y la calidad del servicio. Esta última es de gran interés para el área gerencial, debido

al impacto que genera a una organización. La relación costos, fidelización de clientes y rentabilidad es de constante revisión.

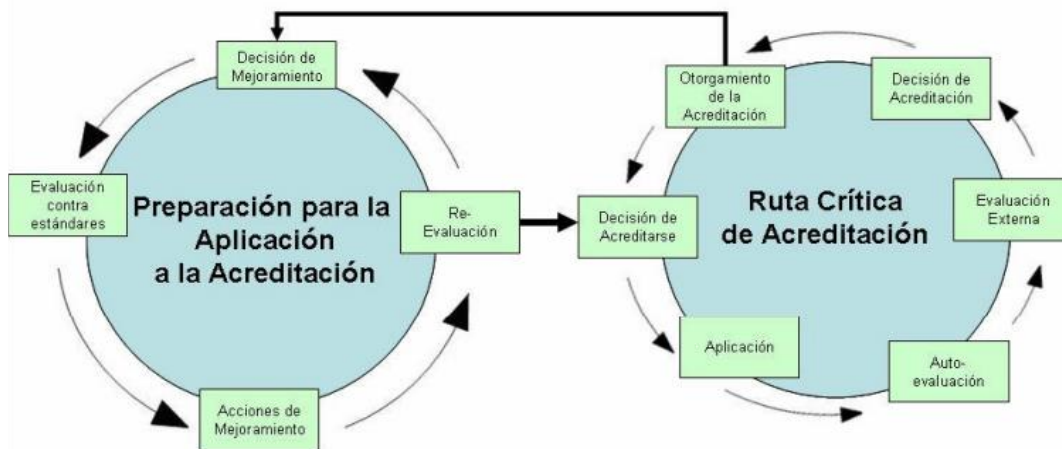
La Organización Panamericana de la Salud promueve el desarrollo de políticas y estrategias orientadas a garantizar la calidad y seguridad en la provisión de los servicios de atención de salud a la población. Ello supone en los países de la región de las Américas: el diseño, implementación y gestión de instrumentos y metodologías para la evaluación del desempeño de profesionales de la salud; la estandarización, medición y evaluación de normas de calidad para establecimientos o prestadores de salud; y la creación de toda una institucionalidad reguladora y evaluadora. (Organización Panamericana de la Salud, 2000)

5. Oportunidades de mejora encaminadas al proceso de humanización del servicio

Tal como lo detalla la guía práctica de preparación para la acreditación en salud, el ciclo inicia con la autoevaluación a la luz de los estándares, que a su vez generaran acciones de mejora y esto demanda una reevaluación que terminaran en decisiones de mejoramientos. Tal como lo podemos ver en la ilustración 4.

Ilustración 4

Ciclo de preparación para la aplicación a la acreditación



Fuente: Guía práctica de preparación para la acreditación en salud.

De acuerdo con la calificación que se obtiene en los diferentes estándares, evaluando cada uno de los criterios, se toman acciones de mejora, que a su vez se reflejaran como una ventaja en la competencia por calidad, precio y satisfacción del consumidor, como medios para obtener beneficios.

La autoevaluación se hace desde la atención al cliente asistencial pasando por el direccionamiento, talento humano, ambiente físico, gestión de tecnología, gestión de la

información hasta el mejoramiento de la calidad. Partiendo de la línea base se proponen oportunidades de mejora en respuesta a los enfoques, la implementación y los resultados.

Cada acción de mejora tiene una priorización teniendo en cuenta 3 variables: el riesgo al que se expone el usuario o la institución en caso de no llevar a cabo el mejoramiento, el costo o posible impacto económico si no se realiza el mejoramiento y el volumen donde se evalúa la cobertura que tendrá el beneficio en caso de desarrollar la mejora, de esta forma están definidas según el Ministerio de Salud y Protección Social en el Manual para la Elaboración de Planes de Mejoramiento en Acreditación, que a su vez sugiere la calificación de las variables anteriormente mencionadas, como se observa en la tabla 6.

Tabla 6

Calificación de oportunidades de mejora según las variables de priorización

Crterios de Priorización		
Riesgo	Costo	Volumen
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.

Fuente: Manual para la Elaboración de Planes de Mejoramiento en Acreditación

Las variables para la priorización se califican de 1 a 5, teniendo en cuenta que 1 es el valor más bajo y 5 es el valor máximo. De acuerdo con esto se realiza una multiplicación de los tres

valores obteniendo como resultado la calificación final de la oportunidad de mejora como se observa en la tabla 7.

Tabla 7

Priorización de oportunidades de mejora

OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACIÓN			Total
	Riesgo	Costo	Volumen	
Documentar los aspectos claves del proceso de atención al cliente relacionados con la declaración de los derechos y deberes de los pacientes.	5	3	5	75
Evaluar sistemáticamente el conocimiento en deberes y derechos en los usuarios a través de encuestas de satisfacción y en llamadas postventa en población priorizada	5	3	5	75
Realizar el despliegue de los derechos y deberes al personal del servicio farmacéutico para ser replicadores de la información, aprender a identificar vulneración de deberes y derechos y conocer los medios de reporte de estas situaciones	5	4	5	100
Fomentar actividades de búsqueda activa de eventos adversos	5	4	4	80

Fuente: Elaboración propia.

Los puntajes mayores a 75 son aquellos de vital importancia que podrían generar consecuencias a corto o mediano plazo y se consideran con mayor criticidad, aquellas oportunidades de mejora que no quedaron priorizadas por obtener un puntaje menor pueden esperar

su intervención para un siguiente ciclo de mejoramiento ya que no muestran delicadas frente al desarrollo de las diferentes actividades dentro de la institución.

Al iniciar el proceso de implementación de mejoras también nos encontramos con barreras para el mejoramiento, son factores que se deben prevenir y controlar con el fin de no retrasar el proceso y llegar al cumplimiento de este de manera exitosa, como se observa en la tabla 8.

Tabla 8

Barreras de mejoramiento

ACCIONES DE MEJORAMIENTO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO
Realizar diagnóstico con una metodología de relación causa efecto para identificar las causas y definir acciones para actualizar la caracterización del proceso, socializarlo y medir en impacto en la sensibilización y eficacia.		Procesos Asistenciales
Motivar en la aplicación de encuestas de satisfacción de los usuarios que se realizan periódicamente responder a la pregunta sobre el conocimiento de uno o más deberes y derechos por los usuarios entrevistados y graficar la tendencia de los resultados para una muestra representativa	Falta de liderazgo en los coordinadores y líderes de procesos para la aplicación de las encuestas en cada uno de los servicios	Procesos Asistenciales
	Inadecuada aplicación de las encuestas	
	Fraude en el diligenciamiento de las encuestas y que realmente no se apliquen a los usuarios	

Fuente: Elaboración propia.

Siempre existe una resistencia al cambio en la forma como se venían realizando las tareas, para evaluar esto, las encuestas son el mejor instrumento para obtener información vital sobre el desempeño en cada área, sin embargo; si no son aplicadas en la forma correcto, tomando el tiempo

para explicar al usuario su correcto diligenciamiento, la falta de interés en su aplicación o hasta el fraude, se convierte en un obstáculo a superar mediante la sensibilización sobre la importancia de la retroalimentación de los procesos, para garantizar su buen funcionamiento.

Cada proceso de mejora tiene un líder responsable que eventualmente debe mostrar resultados, esto a su vez son evaluados periódicamente para determinar si son cerradas o continúan abiertas.

Luego de análisis de la autoevaluación, se hallaron 95 oportunidades de mejora, se realizó el proceso de priorización mediante las variables de riesgo, costo y volumen, quedando priorizadas 44 oportunidades de mejora encaminadas a humanización del servicio de la institución en total, como se muestra en la tabla 9, cada una de ellas con una acción de mejora correspondiente.

Tabla 9

Oportunidades de mejora priorizadas por estándares de acreditación

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Cantidad
Asistencial	26
Direccionamiento	8
Gerencia	3
Gerencia del talento humano	6
Gerencia de la información	1
Ambiente físico	0
Gestión de la tecnología	0
TOTAL	44

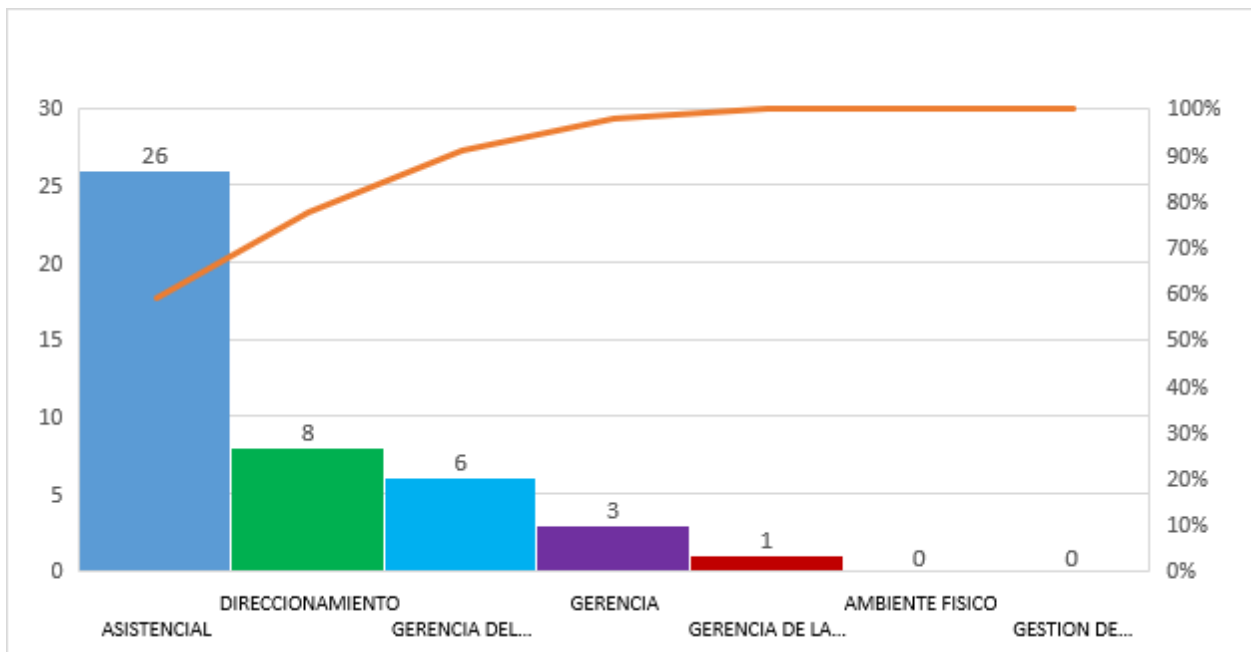
Fuente: Elaboración propia

Las oportunidades de mejora arrojadas por los estándares pertenecientes al grupo de atención al cliente asistencial son aquellas de donde se encuentra la priorización máxima, como se

puede observar en la gráfica 1, seguida del grupo de estándares de direccionamiento, gerencia del talento humano, gerencia y gerencia de la información respectivamente; en cuanto a los estándares de ambiente físico y gestión de la tecnología, no se encontraron acciones de mejora que sean de urgente desarrollo por lo que no entraron en la lista de priorización.

Gráfica 1

Pareto de acciones de mejora

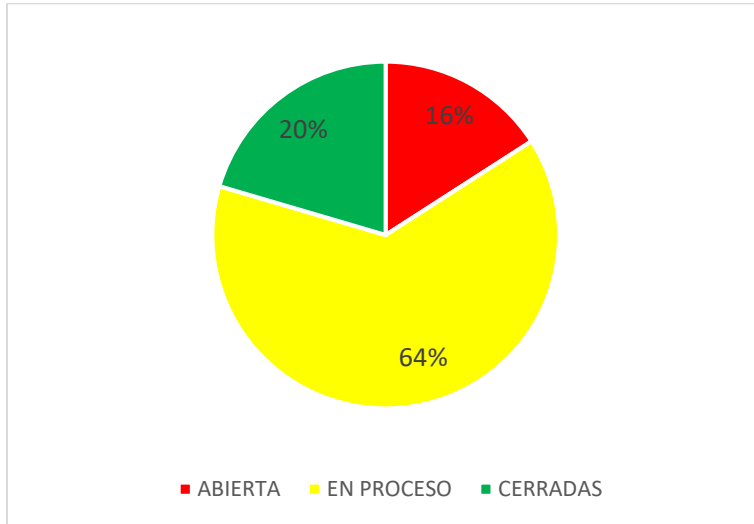


Fuente: Elaboración propia.

Actualmente se encuentran abiertas un 16% de las acciones de mejora, en proceso un 64% y cerradas un 20% como se observa en la gráfica 2. Las acciones de mejoras que se encuentran abiertas son aquellas en las que no se ha iniciado un proceso; las que se resaltan en proceso son aquellas que se están trabajando a través de estrategias que responden a la necesidad; y las cerradas fueron las que tuvieron respuesta en su totalidad.

Gráfica 2

Porcentaje acciones de mejoramiento.



Fuente: Elaboración propia.

El programa de humanización de la clínica universitaria medicina integral – CUMI que se implementa desde el mes de mayo de 2022, contempla muchos de los aspectos que conforman los estándares para evaluar, lo que se convierte en una fortaleza, esto permite realizar ajustes de forma eficiente sobre actividades que ya se encuentran en marcha.

El programa está diseñado para ser aplicado desde el ingreso de los usuarios internos y externos a la institución hasta el egreso de estos, incluyendo a todo el personal participante dentro de estos procesos institucionales para la prestación de los servicios de salud, docencia e investigación.

El programa de humanización permea a usuarios, familiares, cuidadores, funcionarios, contratistas y comunidad en general en contacto directo o indirecto con la clínica. Este programa

contempla seis estrategias que contempla la sensibilización de la humanización del servicio, comunicación humanizada, ciclo de atención humanizada, apoyo emocional y espiritual, privacidad y dignidad del paciente e infraestructura humanizada.

La salud es un tema esencial para todos los países. Emergencias como la generada por el COVID 19 ponen a prueba la dirección de nuestros hospitales y clínicas, donde una decisión puede ser la diferencia entre la vida y la muerte. Los problemas que se enfrentan en el sector salud son cada día más complejos y, por lo tanto, en los últimos años se han profesionalizado los cargos ejecutivos y administrativos, tanto con profesionales de las ciencias médicas como de otras disciplinas.

De acuerdo con lo planteado por la Organización Panamericana de la salud, los conceptos clave ligados a este dominio son los siguientes:

- *Equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios.*
- *Superación de obstáculos de acceso a las intervenciones de salud pública y vinculación de grupos vulnerables a servicios de salud.*
- *Seguimiento y evaluación a servicios de salud necesarios con enfoque multisectorial, multiétnico y multicultural para resolver injusticias y desigualdades.*
- *Colaboración con instituciones gubernamentales y de la sociedad civil para fomentar acceso equitativo a servicios de salud necesarios.*
- *Sistemas de evaluación y el mejoramiento de la calidad asistencial.*
- *Elaboración de normas básicas de sistemas de garantía y mejoramiento de la calidad y supervisión de proveedores.*
- *Evaluación de tecnologías para adopción de decisiones y mejora de la calidad.*
- *Utilización de metodología científica para evaluación de intervenciones.*
- *Sistemas de evaluación de satisfacción de usuarios y su utilización para mejorar desempeño y calidad de servicios.*

(Unidad de Recursos Humanos para la Salud, Bioética e Investigación y Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, 2013)

6. Socialización del programa de humanización institucional

El ejercicio de la medicina ha evolucionado a lo largo de los tiempos, los avances tecnológicos y los cambios en la gestión de los servicios en salud, han genera indiscutiblemente una distancia cada vez mayor en la interacción médico – paciente.

Al transcurrir del tiempo las insatisfacciones de los usuarios fueron en aumento en todo el país. Cuando asistimos a una consulta con un profesional médico, sabemos lo que queremos y necesitamos: que nos cuiden, nos atiendan eficazmente y resuelvan nuestro problema de salud con las mayores garantías posibles, de una forma adecuada a nuestras necesidades y, además, en el menor tiempo posible y sin incidentes. Esto es lo que se conoce como calidad asistencial.

Dentro del proceso de autoevaluación de la Clínica Universitaria Medicina Integral, se pudo observar la relación que tienen los principios establecidos por la ley 100, como son la eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, participación, con los estándares de acreditación y observar cómo se evidenciaban en todas las áreas que se evaluaron; lo que permitió a la institución evidenciar algunas falencias que dieron la oportunidad a la implementación de acciones de mejora considerando los atributos de calidad mostrados en la ilustración 5.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad asistencial de la siguiente forma:

“Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite”.

Ilustración 5

Atributos de la calidad



Fuente: Ministerio de salud y protección social

La OMS declara que “*el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social*”. La presente Propuesta de Política Nacional de Humanización en Salud “*Entretejemos Esfuerzos para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana*”, tiene como propósito, mejorar la experiencia de las personas en el sector salud colombiano, generando cambios culturales en la gestión centrada en el ser humano. Desde esta perspectiva ha de reconocerse en cada persona su integralidad y su característica esencial de existir en estado de interacción permanente con su propio ser, con otros individuos de su especie, con la naturaleza, con otras especies. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020)

El Programa de humanización de la clínica Universitaria de medicina integral, contempla como su primera estrategia la sensibilización de la humanización del servicio, ya que es fundamental que todos los actores involucrados conozcan qué es el programa, su razón de ser y sus

objetivos; ya que la meta final es lograr un trato digno en todos los niveles de la organización. La sensibilización se enfoca en concientizar a todos los colaboradores que no se trata de una metodología más, si no de una filosofía de vida.

Tomar medidas encaminadas a la humanización del servicio, requiere la implementación de estrategias para lograr que todo el personal este capacitado y motivado, este proceso debe ser constantemente evaluado y retroalimentado, para lograr una buena práctica centrada en las necesidades de las personas y las comunidades.

La calidad de relación entre profesionales y pacientes depende también de varios elementos: comunicación, la capacidad de ganar su confianza y la habilidad para tratar al paciente con empatía, honestidad, tacto y sensibilidad, así como atender las preferencias y valores de cada paciente. Esta calidad de relación no es exclusiva del personal médico, también obliga al personal administrativo, servicios generales y colaboradores en general.

La comunicación humanizada es la segunda estrategia, su objetivo es que sea implementada como una forma de abordar la realidad, que une, integra visiones y permite el diálogo de saberes y hasta de no saberes. Es una cuestión humana que tiene todo que ver con las relaciones entre personas. Cada acción comunicativa debe ser estratégica y está encaminada no solo a mejorar las relaciones sino también a generar entornos de seguridad y confianza.

La comunicación no solo es el instrumento para que el profesional obtenga la información que necesita del paciente y su situación de salud, debe también es un espacio de diálogo y generación de vínculos donde el paciente se sienta escuchado, y tenga la oportunidad de comprender el significado de su enfermedad o dolencia, para que se sienta partícipe durante el proceso de atención.

La tercera estrategia es el ciclo de la humanización del servicio de salud que se puede considerar como vital dentro del proceso, como lo explica de forma clara Andino Acosta:

“La bioética siempre será motivo de reflexión, puente y directriz de las acciones de todos aquellos que tengan un contacto con los enfermos; relaciona lineamientos, criterios, procesos, lenguaje y consensos para el cumplimiento de objetivos, respuestas y posibles soluciones a los dilemas que desde la ética surgen en el ejercicio de la salud, sobre todo, en la relación médico-paciente. La bioética, entonces, será vista en como un elemento importante para tener en cuenta para la humanización de los servicios asistenciales de la salud, con el fin de velar por el bienestar, la dignidad humana, los derechos y la calidad de vida de los enfermos y de todos aquellos que, de una u otra manera, tienen contacto directo o indirecto con los enfermos y sus familias.” (Andino, 2015)

Se entiende entonces que dignificar la atención ya no solo es un tema de salud, sino de bienestar de las personas que en su estado vulnerable de enfermedad reclaman que se respete sus derechos, su autonomía, sus creencias, su cultura, entre otros y, principalmente, se salvaguarde y se respete su dignidad y su calidad de vida.

La socialización del programa de humanización, que responde a la estrategia 1 *“sensibilización de la humanización del servicio”* a la fecha se ha realizado con evidencia de firmas de recibo de la información en un 91%, como se puede evidenciar en la gráfica 3.

Gráfica 3

Porcentaje de socialización política de humanización.

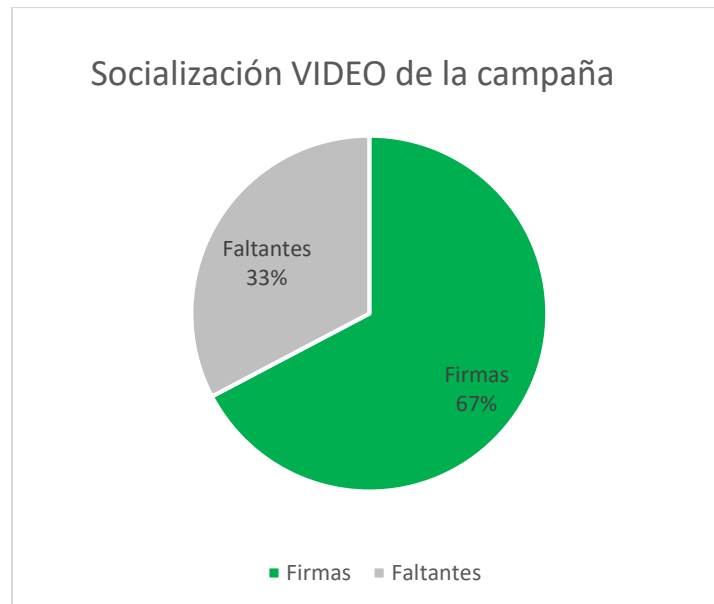


Fuente: Elaboración propia.

Realizar un video para la socialización de la campaña de humanización responde a la estrategia de comunicación humanizada que se implementa. Este video inició la primera campaña nombrada "MÍRAME, DIFERENCIATE, HUMANÍZATE", los resultados obtenidos son de un 67% del personal confirmado que recibieron la información. Como se observa en la gráfica 4.

Gráfica 4

Socialización del video de la campaña de humanización.

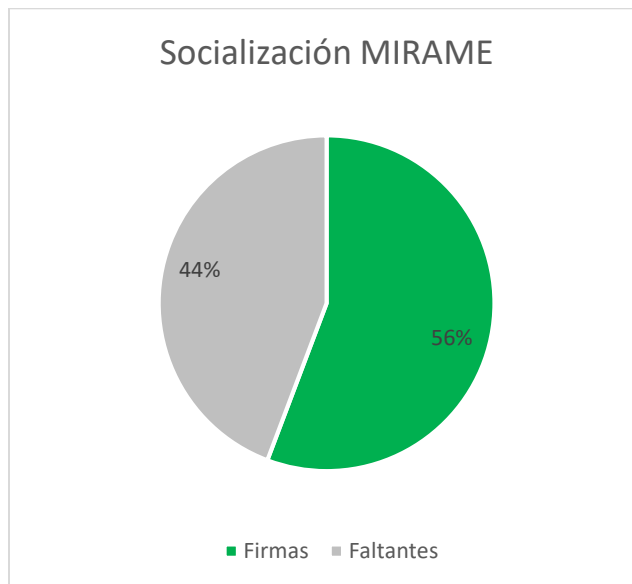


Fuente: Elaboración propia.

Para incentivar más al compromiso con la campaña “MÍRAME, DIREFÉNCIATE, HUMANÍZATE” que responde a las estrategias del ciclo de atención humanizada, se entregaron de manera directa a los trabajadores de la institución unos botones con frases referentes a la estrategia para que los usen todos los días, y a la vez recordándoles de que se trata el programa, la política, haciendo preguntas de enseñanzas del video e invitándolos a ser empáticos con los usuarios que ingresan a utilizar un servicio de los que se ofrecen en la clínica, la gráfica 5 muestra los avances, está en el 56% de su socialización.

Gráfica 5

Socialización de la estrategia Mírame, diferénciate, humanízate.




Fuente: Elaboración propia.

Para hacer un seguimiento a las actividades diseñadas para la implementación de las estrategias del programa de humanización, se utilizó un registro de asistencia que existe dentro del sistema de gestión de calidad que contiene toda la información de fecha, hora, duración, objetivo de la actividad, personal al que estaba dirigido y los datos de sus asistentes. Ver ilustración 6

Ilustración 6

Registro de asistencia a reuniones, comité y/o capacitación.

		SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD			CÓDIGO: GH-IC-F001	
		CLÍNICA UNIVERSITARIA MEDICINA INTEGRAL S.A.S.- CUMI			VERSIÓN: 02	
		MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD			VIGENCIA: 08/06/2021	
		ASISTENCIA DE REUNIONES, COMITÉ Y/O CAPACITACIONES			PÁGINA: 1 DE 1	
FECHA		DIRIGIDO POR		CARGO		
HORA		AREA O PROCESO		DIRIGIDO A		
DURACIÓN		TIPO DE ACTIVIDAD		LUGAR		
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:				CARGO O ROL:		
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD			CONTENIDO TEMÁTICO			
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CECULA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
ASISTENCIA PROGRAMADA		ASISTENCIA REAL		COBERTURA TOTAL		

Fuente: Clínica Universitaria Medicina Integral

La estrategia de infraestructura humanizada tiene como prioridad que su infraestructura responda a los criterios de seguridad del paciente y un trato humanizado durante la atención, propendiendo por la dignidad de cada persona como usuario.

7. Conclusiones

El desarrollo de este informe logró identificar las falencias y fortalezas que se presenta la institución en el desarrollo de la atención en salud, que deben ser subsanadas no solo como requisito para el proceso de acreditación, si no también desde el crecimiento de la institución.

La humanización de los servicios de salud sigue siendo un reto que reclama ser incluido en la dinámica de las instituciones, ya que los servicios de salud dejan insatisfechos a los enfermos y a sus familiares por no ser atendidos con prontitud y respeto, por ser ignorados y porque la actitud, la indiferencia y la insolidaridad hacen más vulnerable su estado de enfermedad.

Con la puesta en marcha de los procesos previos a la aplicación de acreditación de la IPS Clínica Universitaria de Medicina Integral S.A.S. (CUMI) bajo el sistema único de acreditación en salud enfocado en humanización, se logra implementar estrategias que permiten la consecución de una buena práctica, además de dejar la base para el desarrollo nuevas oportunidades de mejora con el fin de un mejoramiento continuo centrado en el paciente y su familia.

Teniendo en cuenta los resultados del proceso de autoevaluación, se obtuvieron 95 oportunidades de mejora, 44 fueron priorizadas por tener posibles consecuencias críticas a corto o mediano plazo, centrándose en el desarrollo y culminación en este primer ciclo.

El proceso de acreditación en salud es un camino de compromiso y de arduo trabajo; con una adecuada gestión de los planes de mejoramiento centrados en los criterios y estándares establecidos en el manual y una buena documentación de todos los avances de los ciclos internos, se estará un paso más cerca de evaluación oficial frente a los entes acreditadores.

Referencias

- Acreditación en salud (s.f.). *Humanización de la Atención. Ejes de la acreditación*. Ministerio de Salud. <https://acreditacionensalud.org.co/humanizacion-de-la-atencion/>
- Andino, C. A. (2015). Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. Universidad El Bosque, Revista Colombiana de Bioética. Vol. 10 (1) <https://doi.org/xx.xxxxxxxxxx>
- Ciencias de la Salud (2021) La importancia de la calidad asistencial en el tratamiento de pacientes. UNIR REVISTA. Recuperado de: <https://www.unir.net/salud/revista/calidad-asistencial/>
- Decreto 2147 de 2016 [Ministerio de Justicia y del Derecho] Por el cual se modifica el régimen de zonas francas y se dictan otras disposiciones. 23 de diciembre de 2016.
- De Ginebra, D. (1948). Adoptada por la 2ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial. *Ginebra, Suiza*.
- De Planeación, S. (1993). LEY 100 DE 1993 (DICIEMBRE 23). <https://repositorio.saludcapital.gov.co/bitstream/handle/20.500.14206/13823/ISolution2648.pdf?sequence=1>
- Guía práctica para la acreditación en salud. (2005) <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-de-preparacion-para-acreditacion.pdf>
- Martins, J. D. J., Backes, D. S., Cardoso, R. D. S., Erdmann, A. L., & Albuquerque, G. L. D. (2008). Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano. *Rev. enferm. UERJ*, 276-281.
- Ministerio de Salud. (s. f.). Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia. Versión 3.1. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Manual para la elaboración de planes de mejoramiento en acreditación. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-elaboracion-planes-mejoramiento-acreditacion.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). PROPUESTA DE POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN EN SALUD “Entretejemos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana” V8 <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documento-propuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2000) Funciones Esenciales de Salud Pública. Obtenido de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7294/cd42_15-s.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud. (2013). COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA: UN MARCO REGIONAL PARA LAS AMÉRICAS. Unidad de Recursos Humanos para la Salud, Bioética e Investigación (HR) Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS). <https://www.campusvirtualsp.org/sites/default/files/noticias/competencias-es.pdf>

Pellegrino, E. D., & Pellegrino, A. A. (1988). Humanism and ethics in Roman medicine: translation and commentary on a text of Scribonius Largus. *Literature and medicine*, 7(1), 22-38. doi:10.1353/lm.2011.0164.

Rawls, J. (2012). Teoría de la justicia. Fondo de cultura económica.

Rodríguez C. (s.f.) Seis ideas sobre la humanización de la atención en el abordaje de la acreditación en salud. *NORMAS & CALIDAD*, 122, 8-24. Recuperado de: <https://acreditacionensalud.org.co/wp-content/uploads/2020/10/Revista-122-Seis-ideas-humanizacion.pdf>

UNIR, la universidad en internet (s.f.). 4 metodologías para la gestión de proyectos que debes conocer. Obtenido de: <https://colombia.unir.net/actualidad-unir/metodologias-gestion-proyectos>