



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD
EN COLOMBIA: UNA REVISIÓN INTEGRAL A
LA TRAYECTORIA Y LA IMPLEMENTACIÓN,
DESDE LA LEY 100 DE 1993**

Autor

Santiago Suárez Gallo

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez

Medellín, Colombia

2023





Sistema Único de Acreditación en Salud en Colombia: Una revisión integral a la trayectoria y la implementación, desde la Ley 100 de 1993

Santiago Suárez Gallo

Monografía presentada para optar al título de Administrador en Salud

Asesor
Fernando Giraldo Piedrahita
Doctor (PhD) en Salud Pública

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez
Administración en Salud
Medellín, Colombia
2023

Cita	Suárez Gallo (1)
Referencia	(1) Suárez Gallo S. Sistema Único de Acreditación en Salud en Colombia: Una revisión integral a la trayectoria y la implementación, desde la Ley 100 de 1993 [Trabajo de grado profesional]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2023.
Estilo Vancouver/ICMJE (2018)	



Biblioteca Salud Pública

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

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

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

1. Planteamiento del problema.....	2
2. Justificación.....	5
3. Objetivos.....	6
4. Marco teorico.....	7
5. Marco legal.....	10
6. Metodología.....	16
6.1 Método de recolección de información.....	16
6.2 Estrategia de búsqueda de información.....	16
6.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	17
6.4 Plan de análisis de información.....	17
7. Consideraciones éticas.....	18
8. Viabilidad y factibilidad.....	19
9. Resultados.....	20
9.1 Sistema Único de Acreditación en Salud: un acercamiento a su normatividad y sus entes de control.....	21
9.1.1. Sistema obligatorio de garantía de calidad: decreto 780 de 2016.....	21
9.1. 2. Sistema Único de Acreditación en Salud.....	25
9.1.2.1 Quienes son y qué hacen las entidades acreditadoras.....	27
9.1.3. Condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para inscribir y acreditar los servicios de salud.....	34
9.1.3.1. Proceso de auditoría.....	34
9.2. Implementación del Sistema Único de Acreditación en Colombia.....	36
10. Problemas y retos en la acreditación de los servicios de salud en Colombia...41	
11. Conclusiones.....	43
11. Referencias.....	45
12. Anexos.....	48

Lista de cuadros

Cuadro 1 Indicadores de monitoreo del SOGC.....	23
Cuadro 2 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas en Colombia.....	31

Siglas, acrónimos, abreviaturas

SUA:	Sistema Único de Acreditación.
EAPB:	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.
IPS:	Instituciones Prestadoras de Servicios.
EPS:	Entidad Prestadora de Servicios de Salud.
MIPG:	Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
SOGC:	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
ARL:	Administradora de Riesgos Laborales.
ISQUA:	Society for Quality in Healthcare.
ICONTEC:	Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación.
REPS:	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Palabras clave

Sistema Único de Acreditación, calidad en salud, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Sistema General de Salud y Seguridad Social.

Introducción

El Sistema Único de Acreditación (SUA) en salud se ha convertido en una de las principales estrategias para que las instituciones prestadoras de servicios de salud identifiquen los criterios y los principios que les permita cumplir con los más altos niveles de calidad a través de sus herramientas gerenciales, de modo que se genere un impacto en la forma en que atienden los principales problemas administrativos, de gestión y, por supuesto, de prestación del servicio de salud.

Es así como el SUA está constituido por un conjunto de entidades, estándares, procesos de autoevaluación, actividades de apoyo, mejoramiento y evaluación externa que tienen como propósito fortalecer y consolidar los niveles de calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Es también el conjunto de mecanismos sistemáticos de evaluación y seguimiento a los procesos prioritarios; el conjunto de entidades que adoptan y cumplen los requisitos mínimos para mejorar la calidad en los procesos de salud; y el conjunto de actividades y decretos que establecen la forma en que debe funcionar adecuadamente la salud (1).

Tomando en cuenta esta definición, la presente monografía ha adoptado como propósito un ejercicio de revisión documental con la que se busca determinar cuál ha sido la trayectoria del SUA en Colombia a través de los años según los decretos y demás normatividad asociada con la cual se reglamenta, pero también tomando en cuenta algunas experiencias particulares que surjan de la literatura especializada. De modo que pueda establecerse un análisis prospectivo sobre los principales retos y problemas que se presentan en la actualidad y sobre eventuales soluciones que puedan favorecer los procesos de acreditación en calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

1. Planteamiento del problema

La calidad de los sistemas de salud ha sido promovida por distintas organizaciones a nivel internacional desde donde se ha insistido en las múltiples dimensiones en las que esta puede expresarse. Por ejemplo, se asume que la calidad definida en torno a la salud implica garantizar la cobertura universal, el acceso a los hospitales y la equidad e integralidad en la atención a los usuarios (2). Con respecto a esta definición se entiende que la calidad está relacionada con responsabilidades públicas y privadas que permitan, por un lado, que haya la suficiente cantidad de hospitales y, por otra parte, que los servicios que allí se ofrecen sean de garantía para el bienestar y la calidad de vida de la población que acceda a los servicios de salud.

En el contexto colombiano, la fragmentación de la atención; los problemas en la constitución de redes de atención integradas de acuerdo a las necesidades y expectativas de los pacientes; las inexactitudes en los sistemas de información; la distribución predominantemente en las zonas urbanas del personal de salud para el ejercicio de su labor; entre otros factores, favorecen que las experiencias en el cuidado de salud de los usuarios de los servicios de salud sean susceptibles de mejorar para finalmente alcanzar la calidad que esperan las personas. Sin embargo, la calidad en salud sigue siendo una búsqueda de difícil alcance, pues se ha demostrado, por ejemplo, que los usuarios de hospitales, principalmente de la red pública a lo largo y ancho del país, tienen una percepción baja de la calidad, que se expresa en aspectos geográficos, de acceso a las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público, problemas de infraestructura, y problemas administrativos materializados en déficits de atención en las diversas ramas de la medicina especializada, en la consecución de recursos económicos propios y desembolso de dineros por parte del Estado Colombiano para el correcto funcionamiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos tanto con los empleados y con terceros (3). En casos más particulares se ha demostrado que los problemas de calidad persisten de forma específica en el recurso humano de los hospitales (4), lo que se traduce en que la experiencia de los usuarios directamente relacionada con la atención del personal es poco favorable respecto de las expectativas que se tienen sobre la prestación de la salud.

El origen de este tipo de problemas relacionados con la calidad al momento de la prestación de los servicios de salud, por ejemplo, se ha situado en la falta de motivación y de capacitación sobre los temas relacionados a la calidad y a la normatividad asociada a la prestación de los servicios que tienen los trabajadores de las instituciones prestadoras de servicios de salud (4). Respecto a esto, se ha demostrado que el problema que involucra al personal o colaboradores tiene que ver con el desconocimiento sobre los sistemas de acreditación de la calidad (1) que para el caso colombiano se representa en el Decreto 780 de 2016 por medio del cual se ha establecido el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (5). El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGC), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos

deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país.

El SOGC está integrado por cuatro componentes: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) que es el que se abordó en esta investigación monográfica y el Sistema de Información para la Calidad en Salud (SIC), los cuales en conjunto permiten una gran dinamización de todos los procesos y funcionamiento del sistema de salud en el país, y a su vez apuntan al objetivo de brindar los servicios de salud demandados por los usuarios con los más altos estándares de calidad.

Pero no solo allí se han identificado una serie de dificultades que retardan el proceso de acreditación de alta calidad del sistema de salud en el país y, de forma particular, en las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público. La complejidad se ha presentado también en la falta de conocimiento y, principalmente, de gestión de la normatividad asociada a los procesos de calidad en el sector salud. Se estima que las instituciones del sector salud -particularmente se hace referencia a las públicas- tienen conocimiento no solo del Sistema Único de Acreditación, sino también del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, y que, aun cuando dan cumplimiento a ambas normativas, ello ha derivado en problemas de tipo económico debido a los altos costos en los que se puede llegar a incurrir al momento de buscar obtener la acreditación en salud con las instituciones acreditadoras sino también en reprocesos expresados en la mala administración del recurso humano y en la sobrecarga de actividades que afectan la prestación de los servicios de salud (32). Por lo tanto, el área administrativa como el área asistencial se ven directamente afectadas, obstaculizando los procesos de mejora continua a los que motivan este tipo de sistemas o normas, y afectando, en términos generales, el entorno de operaciones de las instituciones prestadoras del servicio de salud y el cumplimiento de sus objetivos estratégicos (32).

Pero esta confusión que genera la implementación de ambas normas, tanto el Sistema Único de Acreditación, como el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, el cual tiene como objetivo gestionar múltiples aspectos de las operaciones de una institución funcionar en consonancia con múltiples normas, que pueden abordar la gestión de la calidad, el medioambiente, la salud y los demás sistemas que se tengan dentro de la institución. Un sistema de gestión integrado, en conjunto es mayor que la suma de sus partes. La integración exitosa de los diferentes sistemas de gestión puede tener una serie de beneficios tangibles para su organización, Hacer un uso más eficiente de los recursos para implementar y administrar sistemas, evitar la duplicación de esfuerzos entre otros beneficios. También puede revisarse en un sentido diferente, en el que no prevalece la generación de reprocesos o el despilfarro de recursos, sino en el que se identifican algunas brechas entre una norma y la otra, tal como sucede con la ISO 9001 de 2015 del Sistema de Gestión de la Calidad (7). Se ha demostrado que este último no integra directamente seis estándares promovidos por el SUA, de los cuales doce estándares los explica de forma moderada y únicamente un grupo de estándares está siendo plenamente explicado por algún capítulo de la ISO 9001 (7). Con esto lo que se quiere sugerir es que las problemáticas en torno al SUA derivan también en dimensiones propiamente normativas, como en dimensiones operativas en los que los diferentes

niveles de los sistemas de salud o de los hospitales se ve limitado en su quehacer y en el desarrollo de mejores estándares de calidad.

Pero, en cualquier caso, una vez que se han logrado implementar de forma efectiva el sistema de acreditación en salud, se ha logrado detectar una influencia positiva tanto en la dimensión organizacional, como en la dimensión específica de la asistencia en salud (8). Se ha encontrado que por medio de estos se puede maximizar el control operativo y organizacional de los hospitales prestando mejores servicios y administrando de mejor manera los recursos que pueden escasear o que pueden ser más difíciles de conseguir ante situaciones de aumento de la cobertura (8). Asimismo, encuestas de satisfacción aplicadas con usuarios de los sistemas de salud han demostrado que la percepción mejora tras la implementación de este tipo de sistemas de acreditación (9). Ello se debe a que de esta forma se han visto favorecidos procesos de capacitación, de ampliación en el portafolio de servicios ofrecidos, de humanización en la capacitación y de otros tanto que acercan a los hospitales a convertirse en instituciones competitivas ante los retos de la salud, pero que no pierden de vista su enfoque de atención sobre el bienestar de la población.

En general, se ha estimado que la importancia de implementar el SUA resulta acorde con la promoción y la garantía de la calidad en los servicios de salud que va más allá propiamente de las instituciones y que involucra, entre otras, las oportunidades de desarrollo de un país potenciando su sistema de salud mediante el cumplimiento de estándares superiores, aporta para mejorar dos de los principales atributos de los servicios de salud, especialmente de carácter público: la accesibilidad y la disponibilidad, aporta en la creación de reconocimiento a nivel internacional por la calidad y la diversidad en la prestación de los servicios de salud(10). Igualmente es importante considerar que esto no constituye una ventaja únicamente del SUA, sino que también resulta ser una oportunidad de mejora en cuanto a la normatividad asociada ya que se podría buscar la manera de ampliar las explicaciones de cómo debieran darse este tipo de procesos, teniendo en cuenta lo que se ha mencionado en algunos párrafos anteriores como problemático: la dificultad que puede generarse de implementar normativas al tiempo que se complementan, se excluyen o generan reprocesos.

Adicionalmente, pese a que para las instituciones prestadoras de servicios de salud no resulta obligatorio llevar a cabo el proceso de acreditación, muchas de estas deciden hacerlo con el claro objetivo de que la institución preste sus servicios bajo los más altos estándares de calidad, lo que a su vez no solo repercute en la mejora de todos sus procesos administrativos y asistenciales si no que permite generar prestigio institucional en el medio lo que claramente puede llevar a aumentar la contratación de los servicios de salud y continuar con su expansión dentro del sistema de salud.

De acuerdo a lo anteriormente descrito, la presente investigación monográfica se ha propuesto investigar, ¿Cómo ha sido la trayectoria normativa y la implementación del SUA en Colombia, desde la Ley 100 de 1993? Mediante un ejercicio de revisión de literatura fundamentado en dos dimensiones: la revisión de documentos oficiales y la revisión de literatura, se busca establecer un estado del arte lo suficientemente amplio para exponer el problema de estudio y los retos a los que se enfrenta hoy el SUA en el contexto nacional.

2. Justificación

El Sistema Único de Acreditación es una estrategia y una metodología de mejoramiento continuo de la calidad específica para las entidades de salud, de larga trayectoria y desarrollo conceptual y metodológico a escala mundial con una probada efectividad. Esta estrategia de mejoramiento está fundamentada en unos estándares superiores que resultan ser diferenciadores a la hora de llevarlos a la práctica y que abarcan no solo los procesos asistenciales que son el foco principal de toda institución prestadora de servicios de salud, sino que también contribuyen en la eficiencia de los procesos administrativos (procesos de direccionamiento, talento humano, tecnología, ambiente físico, gerencia de la información, cultura organizacional). La acreditación en salud resulta ser uno de los más efectivos sistemas de evaluación sistemática del desempeño en la atención de salud y se fundamenta en dos pasos esenciales: una autoevaluación preliminar de las instituciones, basada en unos estándares óptimos y alcanzables, y una evaluación realizada por una institución acreditadora mediante pares evaluadores.

Perfeccionar la calidad de la atención en salud, en sus dimensiones de efectividad clínica, seguridad del paciente, experiencia de los usuarios y familiares, cuidado centrado en la persona, componen retos crecientes para los sistemas de salud que no solo deben lograr un resultado exitoso en la atención de las diversas situaciones de salud, sino que también debe garantizar que durante el desarrollo de la atención en salud, todas las acciones se lleven a cabo se realizaran poniendo por sobretodo la integridad del paciente, cumpliendo con los más altos estándares de calidad y a unos costos razonables para las instituciones prestadoras de servicios de salud.

La salud y las interacciones al momento de prestar y de usar los servicios de salud por parte de quienes los necesitan deben ser el eje de la atención en salud encaminados al restablecimiento de las mejores condiciones de salud y centrados en las personas, garantizando que las experiencias que se vivan al interior de los centros de atención de salud sean vistas de una manera positiva, no solo por el resultado que impacta directamente el estado de salud, sino también por el trato humanizado brindado por parte de todo el personal de salud, la calidad de todos los procesos y procedimientos que directa o indirectamente se realizaron a lo largo de la atención.

Adicionalmente, es importante resaltar que, bajo el concepto de calidad en la prestación de servicios de salud, las instituciones prestadoras de salud tanto de carácter público, privado y mixto lo que pretenden generar es una fidelidad y adhesión de sus usuarios y familias, encaminado hacia el aumento en la satisfacción de las expectativas y percepciones positivas de quienes hagan uso de los diferentes servicios de salud.

En conclusión, la importancia de este sistema radica, por una parte, en que crea una oportunidad para que las instituciones prestadoras de servicios de salud sean competitivas en el plano nacional e internacional con el fin de que puedan exportar servicios de salud, y, por otra parte, genera una sana competencia entre las instituciones por ofrecer mejores servicios, lo cual redundará directamente en beneficio de los usuarios que tendrán la opción de escoger entre aquellas instituciones que cuenten con los más altos estándares de calidad y satisfacción en la prestación de los servicios asistenciales.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Examinar la trayectoria normativa y la implementación que ha tenido el Sistema Único de Acreditación en Salud en Colombia, desde la Ley 100 de 1993.

3.2. Objetivos específicos

Caracterizar la normatividad y las instituciones que forman parte del Sistema Único de Acreditación en Salud en Colombia.

Determinar la forma en que el Sistema Único de Acreditación en Salud ha sido implementado en Colombia.

Identificar las problemáticas y los retos del Sistema Único de Acreditación en Salud en Colombia.

4. Marco teórico

Con el objetivo de establecer un marco de referencia que permita comprender esta propuesta es necesario precisar conceptos tales como la teoría de sistemas y calidad en salud. Para comenzar, la calidad puede ser considerada como un conjunto de atributos inherentes o agregados a un bien o servicio que permite que estos sean valorados de manera positiva. (4) También se puede decir que el concepto de calidad se sustenta en la habilidad para satisfacer expectativas y necesidades del cliente y el cumplimiento de las especificaciones con las que fue diseñado.

En la actualidad, el concepto de calidad ha evolucionado constantemente hasta convertirse en una herramienta de gestión que introduce a su vez el concepto de mejora continua en las organizaciones de cualquier ámbito, en todos sus niveles y que involucra a todos los procesos y personas.

El creciente interés en llevar a la práctica el concepto de calidad se fundamenta en que al tenerlo desplegado en la organización, hace pensar que son empresas competitivas en el mercado actual ya que buscan activamente lograr la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus clientes, orientan la cultura de la organización enfocando sus esfuerzos hacia la mejora continua introduciendo métodos de trabajo que lo faciliten y a su vez, motivan a todos sus empleados para que sean capaces de producir productos o prestar servicios desarrollados con la más alta calidad.

Durante los años 30, se llevaron a cabo los primeros estudios sobre la calidad, esto antes de la Segunda guerra Mundial, dejando como resultado que la calidad no mejoró sustancialmente, pero estos primeros experimentos aportaron para lograr que ésta se elevara. Los primeros estudios sobre calidad se hicieron en Estados Unidos en el año de 1933 por el Doctor W. A. Shward. (8)

Por consiguiente, la calidad tanto en Europa como en Japón y Estados Unidos comenzó su auge justamente al terminar la segunda Guerra Mundial y fue en ese momento cuando algunas de las más importantes naciones del mundo se organizaron para crear y realzar los estándares de calidad para implantarlos en diversos sectores industriales, buscando aumentar significativamente su poderío económico, y también buscando dar un paso adelante en todo lo relacionado al comercio exterior de bienes y servicios.

Ya en 1947 se fundó en Ginebra, Suiza, la International Organization for Standardization, (ISO), con la tarea de garantizar la calidad de las organizaciones, mediante la elaboración de las llamadas Normas ISO. Con estas normas, las empresas que obtienen dicha certificación pueden demostrar que trabajan conforme a procedimientos documentados, conocidos por toda la organización y sometidos a un seguimiento periódico. Las normas ISO han evolucionado a lo largo de los años adaptándose a los cambios y los tiempos. La familia de las normas ISO 9000- 2000 se diferencian de las anteriores normas ISO (ISO 9000-1994) en su filosofía basada en los principios de excelencia. (10)

La Organización Internacional de Normalización o ISO, es el organismo encargado de promover el desarrollo de normas internacionales de fabricación (tanto de productos como de servicios), comercio y comunicación para todas las ramas industriales a excepción de la eléctrica y la electrónica. Su función principal es la de buscar la estandarización de normas de productos y seguridad para las empresas u organizaciones (públicas o privadas) a nivel internacional.

Con respecto a la calidad en salud, no existe un concepto unificado sobre lo que es calidad. Por ejemplo, Bernal Lopera concluye que “la calidad de la atención en salud es la prestación de servicios de manera estandarizada y segura, donde el paciente es el centro de la atención y de la cual se espera obtener resultados que sean medibles y generen mejoramiento continuo, todo basado en la ética y humanización de la atención”. (4)

También, resulta muy importante resaltar que la calidad en la atención en salud influye de forma directa en la posibilidad de obtener buenos resultados, pero no los garantiza eventualmente por qué existen múltiples factores que interactúan para lograrlos, por la concepción de calidad que cada actor tiene de la misma y los resultados que espera del proceso de atención. Los resultados clínicos, la seguridad del paciente, la experiencia de los usuarios y el cuidado centrado en la persona son dimensiones de la calidad en la atención de salud. (5)

Por otra parte, también se debe tener en cuenta La Teoría General de Sistemas (TGS), la cual está definida como el estudio interdisciplinario de los sistemas en general que surge por la necesidad de abordar científicamente la comprensión de los sistemas concretos que conforman la realidad y esboza paradigmas diferentes a los de la ciencia clásica. Su primer expositor fue el biólogo y filósofo austriaco Ludwig Von Bertalanffy en 1950. (6) La TGS asume una visión holística en la que el todo es más que la suma de las partes y exige una comprensión de las relaciones, interacciones y comportamientos entre los elementos que caracterizan un sistema en su conjunto. (6)

Según Bertalanffy, un sistema es un conjunto de unidades recíprocamente relacionadas que tienen objetivos comunes; en el que la desviación de alguno de los elementos puede producir modificaciones en los demás, generando frente a los cambios externos del entorno, fenómenos de desintegración o de adaptación entre todas las partes del sistema.

Las premisas básicas de la TGS son tres: los sistemas existen dentro de sistemas, los sistemas son abiertos pues existe intercambio de materia o energía con el medio ambiente que los rodea y las funciones de un sistema dependen de su estructura (7).

En general, los sistemas de salud y más puntualmente, la atención en salud resulta ser un proceso dinámico, no mecánico. La atención en salud está sujeta a diversas expectativas e intereses en los cuales intervienen múltiples factores, actores y variables que deben interactuar entre sí de diferentes maneras; los problemas son recurrentes; existen u ocurren situaciones en las que el fenómeno de causa – efecto

no están relacionadas estrechamente en tiempo y espacio al momento de desarrollarse e intervenciones obvias no producen los desenlaces esperados. Todo esto es lo que reviste la complejidad dinámica en el área de la calidad en salud.

En lo que respecta a la realidad de la calidad en salud, resulta fundamental hablar de lo que a principios de la década de los 80, Avedis Donabedian expuso una base general para analizar la calidad en el campo de la atención de la salud. El modelo en mención ha sido aplicado a un gran número de hospitales en todo el mundo, por ello, se lo considera como una de las máximas autoridades en el campo de la calidad del área de la salud.

Avedis Donabedian publicó su primer artículo sobre la calidad de la atención en salud a mediados de 1966 y también ha producido los análisis más innovadores sobre este campo de estudio. Realizó una de las aportaciones más sustanciales al estudio de la calidad en el ámbito de la salud con un carácter multifactorial, donde la calidad es una propiedad de o un juicio sobre la unidad definible de la atención técnica e interpersonal. (11)

El término calidad de la atención es ampliamente utilizado en el campo de la salud, sin embargo, lo que es una buena calidad de atención para una persona puede no serlo para otra, ello depende de la concepción de cada persona y de su cultura. (11)

Donabedian define la calidad en salud en torno a la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes. “La atención médica se da como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado, del cual se originan dos aspectos: el primero, como la atención técnica, que es la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud, y el segundo, como la relación interpersonal, que es la interacción social, cultural y económica entre el profesional de la salud y el paciente”. (11)

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El componente técnico; El cuál es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.

El componente interpersonal: El cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. El Componente aspectos de confort: Los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable. (11) Por lo anterior, lo que se pretende con el desarrollo de esta investigación es abordar el SUA en Colombia entendiendo que este subsistema, resulta ser fundamental para el correcto funcionamiento del SOGC, incentivando a las instituciones bajo unos altos estándares de calidad.

5. Marco legal

A continuación, se enuncia de manera resumida y clasificada según su naturaleza en marco legal, operatividad del SUA, manuales y paquetes instruccionales los cuales recogen y presentan de manera clara y ordenada toda la normatividad que rige en la actualidad al SUA en Colombia.

Marco legal

ley 100 del 23 de diciembre de 1993: se crea el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y a su vez se establece en el Art. 227 de la misma el control y evaluación de la calidad de los servicios de salud, está igualmente determina que es facultad del gobierno nacional expedir las normas relativas a la organización del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios, también se instaura por primera vez la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186, que se reitera en el art. 42 de la Ley 715 de 2001 que enuncia; “Definir en el primer año de vigencia de la presente ley el Sistema Único de Habilitación, el Sistema de Garantía de la Calidad y el Sistema Único de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Promotoras de Salud y otras Instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud”. (14)

Decreto 780 del 6 de mayo de 2016: compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud, tiene como objetivo racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único.

Este Decreto cuenta con un capítulo completo sobre las normas que actualmente rigen en la afiliación de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud para el régimen contributivo y subsidiado, traslado y movilidad de EPS, portabilidad, e implementación de Sistema de Información Transaccional que permite el acceso en tiempo real a los datos de información básica y complementaria de los afiliados. Por otro lado, relaciona sobre aportes patronales, los planes de atención complementarios en el Contributivo, los convenios entre EPS y Cajas de compensación familiar en la administración de los recursos del régimen subsidiado y su obligación en la contratación con Empresas Sociales del Estado.

Recopila las disposiciones para el funcionamiento adecuado del Sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud SOGC, orientado al mejorar los resultados en la atención en salud, centrados en los usuarios a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. (12)

Decreto 0903 del 13 de mayo de 2014: 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, 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 y se definen reglas para su operación en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Riesgos laborales. (19)

Decreto 780 del 6 de mayo del 2016: El Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud, tiene como objetivo racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único.

Este decreto cuenta con un capítulo completo sobre las normas que actualmente rigen en la afiliación de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud para el régimen contributivo y subsidiado, traslado y movilidad de EPS, portabilidad, e implementación de Sistema de Información Transaccional que permite el acceso en tiempo real a los datos de información básica y complementaria de los afiliados.

Por otro lado, relaciona sobre aportes patronales, los planes de atención complementarios en el Contributivo, los convenios entre EPS y cajas de compensación familiar en la administración de los recursos del régimen subsidiado y su obligación en la contratación con Empresas Sociales del Estado.

Se concentra en el flujo financiero de los recursos en el régimen subsidiado, desde el origen de cada una de las fuentes que los financian hasta su pago y aplicación para garantizar el acceso efectivo de la población al servicio de salud.

Recopila las disposiciones para el funcionamiento adecuado del Sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud SOGC, orientado al mejorar los resultados en la atención en salud, centrados en los usuarios a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. (42).

Operatividad del sistema único de acreditación en salud

Resolución 2082 del 29 de mayo de 2014: La presente resolución tiene por objeto dictar disposiciones encaminadas a fijar los lineamientos generales que permitan la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. (15)

Ejes trazadores en el sistema único de acreditación en Salud

Los procesos del Sistema Único de Acreditación en Salud se fundamentarán en los siguientes ejes trazadores: la centrada en el usuario de los servicios de salud, cuya meta es identificar, satisfacer y exceder sus expectativas y necesidades.

- Gestión clínica excelente y segura, cuya meta es minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de la contribución a la salud y el bienestar de la sociedad.
- Humanización de la atención en salud, cuya meta es garantizar el respeto y la dignidad del ser humano.
- Gestión del riesgo, cuya meta es encontrar el balance entre beneficios, riesgos y costos.
- Gestión de la tecnología, cuya meta es lograr la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones.
- Proceso de transformación cultural permanente, cuya meta es lograr compromiso en la atención con calidad por parte de las entidades y personal que allí labore y el aporte al desarrollo sostenible con un comportamiento ético y transparente.
- Responsabilidad social, cuya meta es lograr la corresponsabilidad entre las instituciones, la sociedad, los individuos y el medio ambiente, que contribuya con acciones concretas a la disminución de las inequidades y al mejoramiento integral de las condiciones de vida de las comunidades en particular y de la sociedad en general.

Consejo asesor para el sistema único de acreditación en Salud

Para el ejercicio de la rectoría del Sistema Único de Acreditación en Salud, este Ministerio, de conformidad con lo dispuesto en el parágrafo del artículo noveno del Decreto número 903 de 2014, contará con un consejo asesor, entendido como una instancia técnica conformada por expertos en temas de gestión, evaluación y mejoramiento de la calidad en salud, quienes por su participación no recibirán remuneración y apoyarán las actividades allí referidas. (19)

Responsabilidades de las entidades acreditadoras

Las entidades que entren a operar como acreditadoras del Sistema Único de Acreditación en Salud, deberán cumplir con las siguientes responsabilidades:

- Definir y documentar los procesos y procedimientos del ciclo de acreditación que le apliquen, incorporando lo definido en la presente resolución.
- Seleccionar y entrenar a los profesionales que realizarán la evaluación externa en el Sistema Único de Acreditación en Salud e incorporar en el Registro Especial de Acreditadores en Salud.
- Conformar al interior de la entidad la máxima instancia en materia de acreditación, quien analizará el documento técnico del grado de cumplimiento de los estándares de acreditación, producto del proceso de evaluación externa.
- Otorgar o negar la acreditación a las entidades que hayan adelantado el proceso encaminado a la obtención de la acreditación.
- Efectuar dentro de los cuatro años de vigencia de la acreditación, como mínimo dos seguimientos a la acreditación otorgada y definir el procedimiento a seguir para el efecto.
- Revocar o suspender la acreditación otorgada, cuando durante el proceso de seguimiento a la acreditación, se evidencie que la entidad acreditada ha dejado de cumplir con los estándares observados al momento de su otorgamiento.
- Resolver las reclamaciones presentadas por la entidad que aspire a acreditarse o a mantenerse acreditada, haciendo uso de los mecanismos pactados en el contrato suscrito entre las partes, los cuales, en todo caso, deberán garantizar la imparcialidad y el debido proceso.
- Mantener actualizado el Registro Especial de Acreditadores en Salud con la información que para el efecto requiera el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Promover el Sistema Único de Acreditación en Salud y realizar la divulgación sobre las organizaciones a quienes se les haya otorgado la acreditación.

Etapas del ciclo de acreditación

El ciclo de acreditación contempla las siguientes etapas:

- **Etapas de preparación para la acreditación o de autoevaluación y mejoramiento:** Se inicia con la decisión de la alta dirección de institución prestadora de servicios de salud que aspire a acreditarse, en adelantar el mejoramiento continuo de la calidad y comprende los siguientes procesos:

- La selección de la entidad acreditadora, la cual deberá efectuarse de aquellas que se encuentren inscritas en el Registro Especial de Acreditadores en Salud; la autoevaluación de los estándares de acreditación y la gestión de planes de mejoramiento continuo.
- **Etapas de postulación para la acreditación:** Esta etapa incluye por parte de la entidad acreditadora seleccionada los procesos de evaluación externa; el otorgamiento de la acreditación cuando sea del caso, los seguimientos posteriores a esta, los cuales deberán ser mínimo de dos y la resolución de las reclamaciones que se presenten.

Proceso de autoevaluación de estándares de acreditación

La autoevaluación de los estándares de acreditación involucra la identificación de las siguientes dimensiones en el cumplimiento de los estándares:

- **Enfoque:** Hace referencia a las directrices, métodos y procesos que en forma sistémica y metódica utiliza la institución para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada estándar y la forma en que se evalúa y mejora.
- **Implementación:** Hace referencia al despliegue y aplicación del enfoque, a su alcance y extensión a los procesos de la entidad que aplique y a los clientes o usuarios internos o externos.
- **Resultados:** Hace referencia a los logros y efectos alcanzados con la aplicación de los enfoques.

La calificación de los estándares de acreditación en el proceso de autoevaluación se realiza de dos formas:

- **Evaluación cualitativa:** Incluye la definición de fortalezas y oportunidades de mejora para cada estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.
- **Evaluación cuantitativa:** Incluye la asignación numérica del grado de avance en la implementación del estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados

Resolución 556 del 7 de abril de 2022: Mediante la cual se autoriza inscribir al Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación - ICONTEC, identificado con N.I.T. 860012336-1 en el Registro Especial de Acreditadores en Salud, para lo cual se le otorgará el código numérico único 001 que lo identifica como entidad acreditadora a nivel nacional del Sistema Único de Acreditación en Salud, hasta el 28 de febrero de 2026.

Manuales

Resolución 5095 del 19 de noviembre del 2018: Manual de Acreditación en Salud IPS Ambulatorio y Hospitalario Colombia Por la cual se adopta el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1, el cual contiene toda la información sobre la intencionalidad de la acreditación, grupos de estándares, criterios, modelo evaluativo, actualización de los estándares y toda la información que las instituciones prestadoras de servicios de salud que deseen adquirir la acreditación en salud deben cumplir a cabalidad.(16)

Resolución 0207 del 17 de febrero del 2020: Por la cual se adopta el Manual de acreditación de IPS laboratorios Clínicos versión 2.0 el cual contiene toda la información sobre la intencionalidad de la acreditación, grupos de estándares, criterios, modelo evaluativo, actualización de los estándares y toda la información que las instituciones prestadoras de servicios de salud que presten los servicios de laboratorio clínico y que deseen adquirir la acreditación en salud deben cumplir a cabalidad.(17)

Resolución 1328 del 30 de agosto de 2021: Por la cual se adopta el Manual de acreditación de IPS Baja Complejidad bajo el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1, y los “estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad” el cual contiene toda la información sobre la intencionalidad de la acreditación, grupos de estándares, criterios, modelo evaluativo, actualización de los estándares y toda la información que las instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad que deseen adquirir la acreditación en salud deben cumplir a cabalidad.(18)

Paquetes instruccionales del ministerio de salud y protección social

La Guía Práctica de preparación para la Acreditación en Salud del 26 de noviembre del 2007 que tiene como objetivo informar, orientar y dar elementos prácticos a las instituciones de salud, tanto prestadoras como aseguradoras, para que estas puedan adelantar su preparación para el proceso de acreditación y de esta manera puedan alcanzar los beneficios que esta estrategia de mejoramiento continuo de la calidad propone. Hace parte del sistema integral de acreditación de entidades de salud de Colombia definido por el Decreto 1011 de 2006. (12)

6. Metodología

El alcance de la presente investigación se enmarca en la dimensión descriptiva e interpretativa, por medio de la cual se busca establecer un estado del arte sobre la implementación del Sistema Único de Acreditación en el sector de la salud en Colombia. Por corresponder con este alcance, el método de la investigación es propiamente el de la revisión documental para lo cual se ha definido que las unidades de estudio son tanto los documentos oficiales o de tipo normativo que se relacionen con el SUA, como la literatura académica relacionada en la que se exprese la forma en la que el SUA opera en el contexto colombiano. De modo que el alcance descriptivo corresponde con la caracterización de este tipo de documentos, pero el alcance interpretativo está asociado con el ejercicio de estudio que sobre estos documentos pueda establecerse tratando de definir, como propósito del análisis y de la revisión documental, cuáles son los principales problemas de estudio y retos que pueden enmarcar el panorama de los estudios sobre el SUA en el país.

Por las mismas razones se trata de una investigación de tipo cualitativo cuya naturaleza presupone que para el presente estudio pueden ponerse en diálogo las diferentes posturas y conclusiones que existen al respecto, pero haciéndolo siempre desde un ejercicio de fundamentación teórico, académico o normativo. Es por esto que el método de revisión documental va más allá de un mero ejercicio de fundamentación o de delimitación de los referentes para la investigación y se inscribe en la posibilidad de representar la naturaleza de un problema que puede derivar en situaciones negativas para la calidad de la salud en el país o, todo lo contrario, en beneficios en la prestación del servicio. Para la revisión de literatura se extraerán unos criterios y unas categorías de análisis que permitan organizar e interpretar mucho mejor la información a la luz de matrices simples de sistematización y análisis.

6.1 Método de recolección de la información

En general, el método recoge documentos elaborados a partir de la ley 100 de 1993 relacionados con el SUA y con la calidad en los servicios de salud para hacer un análisis crítico de la forma en que este sistema se ha desarrollado en un contexto en el que cada vez importa más los atributos de calidad que impactan de manera directa en el desempeño de los sistemas de salud.

6.2 Estrategia de búsqueda de la información

La estrategia de búsqueda de datos contempla parámetros previamente establecidos, los cuales están orientados a desarrollar las búsquedas con las palabras claves que permitan llevar a cabo un proceso de selección de fuentes de información verídicas y que aporten mediante el cumplimiento de cada objetivo específico al desarrollo general de la investigación.

Con respecto a la estrategia de búsqueda de las fuentes de información secundarias, se llevará a cabo una búsqueda de la literatura en diversas bases de datos acreditadas tanto a nivel nacional como internacional, tales como: Medline, Pubmed, Scielo, Lilacs, y otras bases de datos en español las cuales tienen acceso libre en internet y que también son proporcionadas por la institución universitaria, esto con el objetivo de tener un acercamiento a la temática y también para determinar la existencia de suficientes fuentes de información. Dichas búsquedas se realizarán con la misma estrategia, consistente en el uso de palabras clave dentro de la investigación y apuntando a que estas puedan contribuir a la consecución de cada objetivo específico previamente definido.

6.3 Criterios de inclusión y exclusión

También se definió como criterio de inclusión que todos los textos que entren en una fase de revisión detallada deben haber sido desarrollados y publicados en Colombia a partir de la promulgación de la ley 100 de 1993 y con algún tipo de relación con el SUA. Adicionalmente se indaga en la página del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, la cual contiene todos los documentos gubernamentales vigentes relacionados con la temática a desarrollar y se complementará con las consultas de documentos en PDF que cumplan con todos los criterios necesarios para ser citados e incluidos en trabajos de investigación.

Como criterio de exclusión se definió que quedaban por fuera todos los textos que hubiesen desarrollado temática sobre el sistema único de acreditación en salud diferente a Colombia y que se encuentran fuera del rango de tiempo establecido previamente.

Adicionalmente, se pretende complementar la información con búsquedas manuales, las cuales se llevarán a cabo en el motor de búsqueda de Google, esto de manera individual y con términos o acrónimos que permitan recolectar información que aporte al desarrollo de los objetivos específicos. Los términos estipulados para esta actividad incluyeron acrónimos y palabras tales como: "SUA", "calidad en salud", "Acreditación en Salud en Colombia", "sistema de calidad", "normatividad en salud" "calidad en salud en Colombia" "revisiones sistemáticas del SUA en Colombia" "implementación SUA".

6.4 Plan de análisis de la información

Luego de completar los pasos mencionados anteriormente, se emprendió una exhaustiva revisión de cada documento que cumpla con los criterios de inclusión para que, a partir de la información obtenida de cada uno, de sus diferentes abordajes, se pueda definir y apoyar tanto el planteamiento de problema y los objetivos que se definieron en esta revisión sistemática, así como los resultados y discusiones sobre el Sistema de Acreditación en Salud de Colombia a partir de la promulgación de la ley 100 de 1993.

7. Consideraciones éticas

Teniendo en cuenta que las fuentes de información son consideradas secundarias, esta investigación se clasifica en la categoría sin riesgo; según lo estipulado en el literal a, artículo 11, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y por dicha razón no le aplican los ítems de selección de pacientes ni de consentimiento informado exigidos al momento de realizar cualquier tipo de investigación con seres humanos.

Adicional, es importante mencionar que esta investigación aporta al conocimiento en salud al abordar un tema de actualidad y con creciente interés en el área de la salud; ya que la acreditación permite asegurar que los servicios de salud que se prestan en determinada institución cumplen con unos estándares mucho más altos que los mínimamente exigidos, lo que demuestra tanto a usuarios como a otras instituciones del sector salud que pueden acceder a dichos servicios esperando un resultado final que pueda superar sus expectativas.

También, se lleva a cabo esta investigación monográfica respetando las directrices correspondientes a la referenciación de los documentos consultados y acatando toda la normatividad relacionada con la propiedad intelectual y derechos de autor y utilizando una metodología rigurosa que a su vez le asigna validez científica.

Por último, se llevará a cabo la investigación teniendo presente el manejo de los posibles conflictos de intereses tanto morales como económicos anteponiendo siempre la rigurosidad científica y metodológica de la investigación, además de tener presente toda la normatividad vigente que enmarca la investigación. Igualmente se busca que desde el desarrollo de la temática y los resultados obtenidos se logre proporcionar herramientas que permitan poner en consideración todos los aspectos abordados para que posteriormente estos tengan una incidencia positiva y un aporte significativo en la práctica, las políticas y las futuras investigaciones que puedan tener relación con la temática abordada.

8. Viabilidad y Factibilidad

Viabilidad: Luego de realizar un exhaustivo análisis a cada fase de la investigación para determinar su viabilidad, se puede concluir que esta cumple con todos los criterios, dado que la propuesta elegida tiene un tema y un abordaje completamente definidos, cuenta con diversas fuentes de información verídica en las cuales sustentarse; sumado a que los intereses y conocimientos del investigador actúan en pro del desarrollo de la investigación y aportan para el desenvolvimiento en los campos prácticos.

También es importante mencionar que se cuenta con el respaldo académico y logístico por parte de la Facultad Nacional de Salud Pública lo cual no solo otorga una garantía de calidad y veracidad a lo largo del desarrollo de la investigación, sino que también genera un respaldo político y social dada la amplia y reconocida trayectoria que precede no sólo a la Universidad de Antioquia como un centro educativo de alta calidad sino también a la Facultad Nacional de Salud Pública como una unidad educativa de la cual han surgido un sinnúmero de investigaciones y de acciones colectivas en la sociedad en general que de una u otra manera han contribuido de manera notable al sistema de salud colombiano.

Factibilidad: Con respecto a la factibilidad de la investigación, lo relacionado con la disponibilidad de recursos tanto materiales como económicos necesarios para cumplir con los objetivos planteados en un comienzo, se llega a la conclusión de que es posible contar con todos estos recursos, ya que los materiales de lectura en la actualidad son accesibles y asequibles mediante el uso del internet, los equipos de cómputo y los materiales de oficina son proporcionados por el investigador del proyecto y todo lo relacionado con el desarrollo de la investigación es definido por el investigador de acuerdo a un cronograma de actividades previamente creado, el cual es avalado por el asesor designado desde la universidad, que en este caso es un docente con experiencia en la temática, quien es la persona que estará acompañando, guiando y generando las respectivas sugerencias para que metodológicamente la investigación pueda cumplir todos los objetivos definidos en un principio.

9. Resultados

La trayectoria del SUA en el sector salud puede caracterizarse, a nivel nacional, a partir de la diferente documentación de tipo normativa y empírica que se ha formulado antes y después de la promulgación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad emitido bajo el Decreto 1011 de 2006. Esta documentación sirve de evidencia para comprender, por un lado, cuáles son las definiciones que las autoridades y entidades responsables de garantizar el servicio de salud han establecido para que este sea prestado bajo los más altos estándares y quiénes y cómo deben responsabilizarse de velar por su cumplimiento. Y, por otra parte, definir si en efecto, las experiencias que se han sistematizado dan cuenta de la efectividad que las definiciones normativas han tenido en terreno, o de los eventuales retos que puedan emerger como producto de la reflexión académica sobre su implementación.

Es así como este capítulo de resultados se divide en dos secciones principales, en las cuales se concentra en explorar los principales postulados normativos que se han emitido por medio de decretos de ley, resoluciones y otros documentos de tipo técnico emitidos principalmente por el Ministerio de Salud y Protección Social (antes Ministerio de la Protección Social) y en analizar cómo algunas experiencias específicas de investigación dan luces sobre su implementación directamente en terreno. Adicionalmente a ello, la parte final de los resultados presenta una serie de reflexiones en las que se postulan los focos de atención que aún quedan pendientes por resolver y sobre los cuales debiera pensarse un proceso de acreditación más específico tanto en términos normativos como en términos de su aplicación efectiva.

9.1 Sistema Único de Acreditación en Salud: un acercamiento a su normatividad y sus entes de control

La acreditación en salud, además de determinar las condiciones mínimas de gestión y de prestación del servicio por parte de una entidad, garantiza que estas funcionen bajo dinámicas de mejoramiento continuo de la calidad tanto en el servicio ofrecido como en su estructura de funcionamiento interno (5). No obstante, para que ello suceda deben sortearse una serie de procedimientos que indican que cada entidad está previamente habilitada para iniciar su proceso de acreditación (11). Todo ello, según lo ha establecido el Decreto 1011 de 2006, que puede ser considerado como un hito en la acreditación en salud, teniendo en cuenta que a partir de este se estructura todo un andamiaje normativo y operativo a nivel oficial que determina el tipo de procesos y definiciones asociados al SUA que sigue reformándose hasta la actualidad.

Sin embargo, es importante reconocer que no es este el punto de partida en lo que refiere a la acreditación del sector salud, pues previamente existían algunos documentos técnicos emitidos por parte de lo que fuera el Ministerio de la Protección Social (12) que servían como guía para que las instituciones prestadoras de servicios de salud cumplieran con una serie de requisitos asociados a la Ley 100 de 1993 que crea el Sistema de Seguridad Social Integral (14).

Para efectos de la definición de la trayectoria normativa del SUA en Colombia se toma como elemento central las formulaciones del Decreto 1011 de 2006 y se organiza la información según los componentes de mayor relevancia para entender cuál es la estructura del proceso de acreditación en salud según la normatividad, previa o posterior, que se asocia con este propósito.

9.1.1. Sistema obligatorio de garantía de calidad: decreto 780 de 2016

La definición del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (en adelante SOGC) integra todo el conjunto de instituciones que se encargan de velar por la acreditación en calidad de las entidades prestadoras del servicio de salud, las “normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país” y con los cuales se pretende generar una mejora en la oferta y prestación del servicio de la salud para mantener estándares considerados efectivos tanto para los usuarios como para el personal encargado de prestar el servicio (5). En paralelo y con el paso del tiempo se han formulado guías prácticas que permiten una mejor operativización de cara a los procesos de acreditación en calidad (12).

En términos generales, el SOGC se ha planteado como propósitos tres elementos que determinan el horizonte de su funcionamiento e implementación en los escenarios en los que tiene incidencia, a saber: 1) garantizar los parámetros mínimos de calidad en salud, promoción del desarrollo de una cultura de calidad y la competencia leal entre las

diferentes entidades prestadoras del servicio de salud (EPS); 2) fomentar el desarrollo de un sistema de información sobre calidad que contribuya en el ejercicio de labores de auditoría, vigilancia y control; y 3) fortalecer y fomentar la participación de los usuarios a partir del mejoramiento de los servicios de salud en todas las dimensiones que ello implique (protección, prevención, atención hospitalaria, protección del talento humano, finanzas, etc.).

Estos propósitos se enmarcan en los aspectos centrales que desde el SOGC se han definido como criterios para determinar que la prestación del servicio de salud se da bajo unos estándares mínimos de calidad (accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad) (5). La accesibilidad se concibe como las posibilidades efectivas que tiene un usuario para utilizar los servicios de salud que se han promulgado previamente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; a este respecto el entonces Ministerio de la Protección Social reconoció de forma específica en el 2007 que el acceso a los servicios de salud se relaciona con elementos clave como, por ejemplo, que al paciente no le dilaten o demoren las consultas requeridas, que le ofrezcan citas de atención médica de forma oportuna, que lo atiendan de forma integral, que la infraestructura asociada (carreteras, transporte por ejemplo) facilita que en situaciones difíciles se pueda responder por la salud del paciente, y que, de cualquier forma, los usuarios puedan ser atendidos de forma efectiva considerando cualquier situación que pueda ser un potencial obstáculo en este propósito (15).

El siguiente criterio de evaluación de la calidad se ha definido en torno a la oportunidad, entendida como la posibilidad de los usuarios para obtener los servicios de salud específicos que son requeridos sin que se presente ningún tipo de retraso que pueda, eventualmente, poner en riesgo su integridad y su vida. De modo que en cuanto a la oportunidad refiere, como un criterio de calidad, se trata de una característica que relaciona la forma en que se organiza la oferta de los servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional por medio de lo cual es posible gestionar el acceso a los servicios de salud (5). En cuanto a seguridad refiere, este criterio de evaluación se concentra en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (5), lo cual se relaciona con algunos de los componentes de gestión del riesgo que también se han determinado en el Decreto 780 de 2016.

La pertinencia, por su parte, se asocia con el grado en el cual los diferentes usuarios del servicio de salud pueden obtener el tipo de atención particular que requieren, siendo parte de este proceso el mejor uso posible de los recursos según se ha determinado desde la evidencia científica y mitigando en la medida de lo posible los efectos secundarios, de manera que sean mucho más persistentes los potenciales beneficios en la atención (5). Esta perspectiva de la pertinencia está en estrecha relación con el criterio de eficiencia planteado por el Ministerio de la Protección social un año después (15), en la que se reconoce como un componente que integra los diferentes mecanismos de gestión conjugados en los recursos requeridos para la atención en salud para alcanzar un grado

de eficiencia tal que permita hacer de este un sector equilibrado que beneficie a prestadores, aseguradores, al Gobierno Nacional y, en general, todos los actores e instituciones que se vean involucrados en la prestación y en el acceso al servicio.

También se mencionan los criterios de seguridad el cual está conformado por un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención en las entidades prestadoras de servicios de salud.

Adicionalmente, se busca también medir el criterio de satisfacción de los usuarios y su familia al comparar la atención en salud recibida frente a sus expectativas, las cuales no solo abordan la dimensión del trato humanizado recibido por parte del personal asistencial sino también por el resultado en la resolución de la situación salud que llevó al usuario a asistir a la institución prestadora.

Por último, se tiene en cuenta el criterio de continuidad, definido como el grado en el cual los usuarios del servicio de salud pueden acceder a las intervenciones que sean requeridas, según un procedimiento de secuencia lógica y racional de las actividades por medio de las cuales se garantiza la salud del paciente con base en la evidencia científica prevalente (5). En adición, el mismo año en el que se establece el SOGC se emite la Resolución 256 de 2016 (20) en la cual se definen, entre otras cosas, los indicadores de monitoreo del SOGC en relación con cuatro dominios particulares (Accesibilidad/oportunidad, calidad técnica, gerencia del riesgo y Satisfacción/lealtad) tanto para las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) tal como se considera a continuación.

Cuadro 1. Indicadores de monitoreo del SOGC.

Dominio	IPS	EAPB
Accesibilidad/ oportunidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General ● Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada ● Proporción de cancelación de cirugía programada ● Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias ● Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología 	<ul style="list-style-type: none"> ● Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General ● Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada ● Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S ● Oportunidad de Entrega de Medicamentos POS <ul style="list-style-type: none"> ● Oportunidad en la realización de cirugía programada

	<ul style="list-style-type: none"> ● Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General <ul style="list-style-type: none"> ● Oportunidad en la realización de cirugía programada 	<ul style="list-style-type: none"> ● Oportunidad en la asignación de cita en consulta de Odontología General ● Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología <ul style="list-style-type: none"> ● Oportunidad de la referencia en la EAPB
Calidad técnica	<ul style="list-style-type: none"> ● Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados ● Proporción Hipertensión Arterial Controlada 	<ul style="list-style-type: none"> ● Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año ● Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino
Gerencia del riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ● Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas ● Tasa de Infección Intrahospitalaria ● Proporción de Vigilancia de Eventos adversos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo ● Razón de Mortalidad Materna
Satisfacción/ lealtad	<ul style="list-style-type: none"> ● Tasa de Satisfacción Global 	<ul style="list-style-type: none"> ● Tasa de Satisfacción Global ● Proporción de quejas resueltas antes de 15 días ● Tasa de Traslados desde la EAPB

Fuente: Resolución 1446 de 2006.

En estos términos, el SOGC se consolida como una base de principios y orientaciones para establecer los criterios de acreditación en calidad en el sector salud, pero no se trata de la única normatividad, ni de la definitiva en materia de acreditación; es más bien un punto de referencia, en tanto establece criterios que determinan la forma en que diferentes instituciones, actores y procedimientos deben garantizar unos estándares de calidad sobre los cuales otras disposiciones normativas previa y posteriormente se han desarrollado en función de propósitos semejantes. En consecuencia, a continuación, se describen otros de los componentes que deben considerarse en torno al Sistema Único de Acreditación en Salud, siendo este el eje que estructura las determinaciones de calidad sobre las cuales se fundamenta el funcionamiento de las entidades prestadoras del servicio, como también de las instituciones que las monitorean.

Actualmente, el SUA está constituido por seis grandes componentes (gestión clínica excelente y segura, humanización de la atención en salud, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, proceso de transformación cultural permanente, responsabilidad social los

cuales le dan una integralidad haciendo énfasis en los procesos que resultan ser fundamentales durante la atención en salud.

9.1.2 Sistema Único de Acreditación en Salud

El Sistema Único de Acreditación en Salud (SUA), reglamentado por el Decreto 903 de 2014 (19), se refiere al conjunto de procesos, procedimientos y herramientas que entidades como las promotoras de salud, las administradoras de riesgos laborales o las instituciones prestadoras de servicios de salud adoptan de forma voluntaria para comprobar que el cumplimiento gradual de sus niveles de calidad en atención es superior al de los requisitos mínimos obligatorios según los disponen las directrices de inspección, vigilancia y control de instituciones como la Superintendencia Nacional de Salud.

El SUA está completamente articulado con los demás componentes del SOGC, en tanto que la habilitación se constituye como el conjunto de los requerimientos mínimos para la prestación de servicios de salud en los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa con el objetivo de garantizar el buen funcionamiento y la permanencia de dichas instituciones en el sistema de salud; adicionalmente buscan proteger al paciente de la prestación de servicios en las cuales los riesgos sean potencialmente inaceptables desde el punto de vista del sistema, la acreditación direcciona hacia la excelencia en el desempeño y la auditoría sirve de elemento de comprobación acerca de si la atención observada efectivamente ha alcanzado tales niveles. Asimismo, se constituye en un mecanismo de aseguramiento de las mejoras obtenidas.

Actualmente, el SUA está compuesto por cuatro grandes ejes los cuales generan una integralidad haciendo énfasis en los procesos que resultan ser fundamentales durante la atención en salud como lo son: humanización de la atención, seguridad del paciente, enfoque de riesgo, gestión de la tecnología. (5)

El eje de humanización en salud se ocupa de tener en cuenta la preparación del personal asistencial, a través de la concientización respecto a la atención de los usuarios, logrando suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social. Es de gran importancia que tanto las instituciones prestadoras de servicios de salud, como las universidades que forman profesionales de salud, desarrollen programas de capacitación con énfasis en la atención humanizada.

Adicionalmente, las instituciones prestadoras de servicios de salud, en el proceso de planeación de la atención, procuran tener una política de atención humanizada que incluya los derechos que tienen como pacientes y sin dejar de lado al personal de la institución. Debe tenerse en cuenta, entre otros aspectos, las condiciones de privacidad y confidencialidad durante la atención del paciente, la definición de horarios de visita que consideren las necesidades de los pacientes de acuerdo con su vulnerabilidad y

preferencias, el manejo de la información entregada, la administración de medicamentos en horarios articulados con el reposo de los pacientes, condiciones de silencio, hotelería y confort de la infraestructura física, condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna y la reducción de esperas, la atención cortés y respetuosa a pacientes y familiares, el respeto por el cuerpo del paciente fallecido y el apoyo emocional a familiares. Todo esto estipulado mediante la resolución 13437 en la cual se constituyen los comités de ética hospitalaria y se adopta el decálogo de los derechos de los pacientes, el cual aplica para todas las instituciones que cuenten con la respectiva habilitación para la prestación de servicios de salud.

Con respecto al eje del enfoque riesgo en el decreto 780 de 2016 se establece que “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos debe ser accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”. (5)

El enfoque de riesgo establece que se debe proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de los servicios de salud, haciendo énfasis en el cumplimiento de todos los requisitos para evitar que se presenten riesgos. La calidad es uno de los tres ejes de la política de prestación de servicios y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad establece en sus componentes, un conjunto de normas que buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios.

Respecto a la seguridad del paciente, se define como un conjunto de acciones y estrategias que ofrece el SOGC para proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud. Comprende estrategias y acciones como la vigilancia de eventos adversos, la estrategia de farmacovigilancia, indicadores de seguimiento al riesgo y apoyo a proyectos de gestión clínica, entre otros. (5)

El SUA se enfoca en los resultados, el riesgo y los eventos adversos. Las instituciones deben establecer el enfoque, el diagnóstico de los riesgos existentes, la gestión de dichos riesgos, para garantizar la protección a los usuarios de estos durante la prestación de los servicios y la evaluación de la gestión en la institución.

Por ejemplo, en las instituciones prestadoras de servicios de salud que cuentan con estándares superiores de calidad, la alta dirección junto con el personal asistencial planea y define las estrategias que permitan evitar o reducir los riesgos y eventos adversos teniendo como foco el control de infecciones, la preparación para emergencias, la inclusión del personal, pacientes y sus familias en el diseño de todas las estrategias relacionadas y orientadas a mejorar las condiciones y las experiencias durante las atenciones en salud. Se deben establecer los aspectos para el diseño y construcción del ambiente físico, que permita dar cabida a los avances de la medicina y la tecnología y cómo se incorporan los aspectos del ecosistema. La institución con base en la seguridad del paciente define el diseño por ejemplo de las habitaciones, las estaciones de enfermería, la reducción de ruido.

Mediante el decreto 4725 de 2005 del Ministerio de la Protección Social por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso establece que a nivel de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se requiere de una planeación en tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que las beneficie e igualmente que beneficie a los usuarios y al sistema en general. Propone adoptar metodologías de adquisición, prevenir el desbordamiento de los costos que puede producir la compra indiscriminada de alta tecnología y realizar esfuerzos en este sentido. (21)

A través de la acreditación en salud las instituciones pueden recibir estímulos concretos, tales como: facilidades para la contratación, mejoramiento de las condiciones que imponen las aseguradoras, reducción en los aranceles de importación, entre otros. (19)

Dado el panorama actual regido por las dinámicas de mercado, este resultar un panorama del cual no se pueden desvincular ni las instituciones prestadoras de servicios de salud ni las aseguradoras, tanto del sector público como del privado por ende, se presenta la necesidad de ser cada día más competitivos, para de esta forma afrontar los desafíos que se puedan presentar; es desde esta lógica que se identifica la acreditación en salud como un elemento diferenciador que proporciona una ventaja dentro del sector económico de los servicios de salud.

La acreditación de estándares superiores de calidad es mucho más que un certificado, simboliza el compromiso que las instituciones tienen, demuestra que tienen definida una cultura institucional, una cultura de autoevaluación, medición y seguimiento a unos de indicadores de gestión, que permiten el reconocimiento de oportunidades, la creación de planes estructurados de mejoramiento continuo en todas las áreas, la gestión eficiente y eficaz de los procesos, la responsabilidad social empresarial y el mejoramiento continuo, el debido seguimiento, documentación y reporte permiten a la dirección ejercer control y tomar decisiones con base en información clara, oportuna y veraz. A su vez se generan planes de mejora, se asignan recursos y en general se tiene una mejor visión y conocimiento de la institución.

De forma complementaria, se advierte en Decreto 903 de 2014, que lo que está allí dispuesto es susceptible de modificación, adición o sustitución, según lo considere pertinente la autoridad principal que, en este caso sería el Ministerio de Salud y Protección. Esto enmarcado en la lógica sobre la que se presentó el SOGC en este documento, como una formulación normativa que ha sido complementada y robustecida por otras disposiciones semejantes durante las últimas décadas. Es así como, por ejemplo, se han emitido otras formulaciones posteriores al SUA como el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en 2018, que ya ha alcanzado una versión 3.1 y que complementa al SUA en lo concerniente a las definiciones relacionadas con lo que indica el título (16).

Son tres los principios que orientan el SUA: el principio de gradualidad, el principio de manejo de la información y el principio de integralidad. El primero de ellos determina el grado de exigencia de cumplimiento o aprobación de los estándares que se han

establecido, definiendo que, para tal caso, se dará bajo un proceso creciente en el tiempo tratando de generar un escenario de mejora continua de la calidad de la atención en salud en las entidades correspondientes. El segundo principio, el de manejo de la información, plantea que la información que se genere durante el proceso de acreditación está sujeta a las condiciones que se han definido entre la entidad encargada de la acreditación y la entidad prestadora del servicio de salud. Por último, sobre el principio de integralidad, se define que la acreditación es un reconocimiento del que solo podrá gozarse cuando la entidad interesada aplique o logre en cada uno de los procesos el estándar correspondiente según el ámbito institucional en el que se inscriba (19).

9.1.2.1 Quiénes son y qué hacen las entidades acreditadoras de salud

El ente rector determinado por el SUA es naturalmente el Ministerio de Salud y Protección Social, que se ha encargado de cumplir las siguientes funciones según como lo indica el Decreto 903 de 2014 (19):

- Adoptar las estrategias necesarias para el fortalecimiento del Sistema Único de Acreditación en Salud.
- Definir y adoptar los estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud.
- Conformar un sistema de referenciación competitiva para promover las experiencias exitosas de las entidades que, en el marco de lo dispuesto en el presente decreto, se acrediten.
- Establecer los incentivos a otorgar a las entidades que obtengan la acreditación.
- Efectuar recomendaciones a las entidades acreditadoras, previo al otorgamiento de la acreditación.
- Adelantar las demás actuaciones que se requieran para la operatividad y funcionamiento del Sistema Único de Acreditación en Salud.

En términos generales, su función es la de establecer los lineamientos gruesos sobre los cuales las diferentes entidades interesadas deben llevar a cabo los procesos de acreditación, siendo este el referente que aplica no solo para las prestadoras de salud, sino también para las encargadas de acreditar y que ejercen funciones de auditoría. De forma complementaria, se cuenta con un Consejo asesor para el SUA que deriva del Ministerio de Salud y Protección Social y que está integrado por las siguientes figuras según lo indica la Resolución 6055 de 2016 (22):

- El jefe de la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, quien lo presidirá.
- El director de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social o el funcionario que él determine.

- El director de Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones del Ministerio de Salud y Protección Social o el funcionario que él determine.
- Un representante de cada una de las entidades acreditadoras con inscripción vigente ante el Ministerio de Salud y Protección Social.
- El representante legal de una Institución Prestadora de Servicios de Salud Públicas acreditada en salud.
- El representante legal de una Institución Prestadora de Servicios de Salud Privada acreditada en salud.
- Un representante de las Entidades Promotoras de Salud - EPS.
- Un representante de las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL.
- Un representante de organizaciones públicas o privadas que promuevan la gestión de calidad en temas relacionados con el Sistema Único de Acreditación en Salud del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. No podrán participar las entidades que tengan representación en los numerales 4 al 8 del presente artículo

Este consejo asesor, como se observa, está integrado por una serie de actores e instituciones que encarnan una relación público-privada de consejería gracias a la cual se busca comprender y tomar decisiones sobre escenarios diversificados y particulares de la prestación del servicio de salud. En el nivel rector y de consejería se ubican las definiciones de más alto nivel, pero estas se articulan con funciones de tipo más procedimentales en las que entran en juego directamente las entidades encargadas de los procesos de acreditación.

Las entidades encargadas de los procesos de acreditación han sido definidas por el SUA en el Decreto 903 de 2014; se trata de entidades de carácter nacional que deben cumplir con los siguientes dos criterios:

1) Estar acreditada por la *International Society for Quality in Healthcare* (ISQUA), acreditación que deberán evidenciar por medio de una fotocopia de la certificación que les haya expedido la ISQUA en la que se evidencie la vigencia del término de la acreditación; y 2) tener una experiencia mínima de cinco años en procedimientos de acreditación de entidades adscritas al sector salud en el país, para ello la evidencia que se debe aportar es, nuevamente, la certificación expedida por las respectivas entidades del sector salud, por medio de las cuales se demuestre cada uno de los diferentes procesos llevados a cabo para definir la acreditación y los términos de duración de estos (19).

No obstante, desde el año 2017, y reafirmado hasta el año 2026, se establecido la potestad y prevalencia que tiene el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC) en los procesos de acreditación a nivel nacional según la Resolución 2427 de 2017 (23), la Resolución 346 de 2017 (24) y la Resolución 066 de 2021 (25). Por medio de estas se le otorga a ICONTEC, en el Registro Especial de Acreditadores en Salud, el código numérico único 001 que lo declara como la entidad

acreditadora a nivel nacional del SUA. Asimismo, valga hacer mención del uso de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública (1000:2009) como referencia para la determinación de la calidad en el SUA (26).

Las funciones de las entidades acreditadoras de calidad en el servicio de salud se han establecido desde principios del siglo XXI, siendo el Decreto 1011 de 2006 el documento normativo que fija algunos de los principales elementos a considerar y que desprenden de lo que el Ministerio de Salud y Protección Social formuló en torno a los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Desde entonces se ha definido que las funciones de las entidades acreditadoras deben orientarse a: 1) garantizar parámetros mínimos de calidad en salud, promoción del desarrollo de una cultura de calidad y de competencia leal entre las entidades prestadoras del servicio de salud (EPS); 2) fomentar el desarrollo de un sistema de información sobre calidad, permitiendo ejercer labores de auditoría, vigilancia y control; y 3) fortalecer la participación de los usuarios en el mejoramiento de los servicios de salud.

Además de ello, la Resolución 2082 de 2014 (15), en el Artículo 4, estableció con mayor nivel de detalle el tipo de responsabilidad que conciernen a las entidades encargadas de los procesos de acreditación en salud, las cuales se listan a continuación:

- Definir y documentar los procesos y procedimientos del ciclo de acreditación que le apliquen, incorporando lo definido en la presente resolución.
- Seleccionar y entrenar a los profesionales que realizarán la evaluación externa en el Sistema Único de Acreditación en Salud e incorporar en el Registro Especial de Acreditadores en Salud de que trata el artículo 8 del Decreto 903 de 2014, la información de cada uno de ellos, concerniente a su nombre, documento de identificación, formación académica (título de pregrado, posgrado y demás) y años de experiencia relacionada.
- Definir las características y condiciones de uso del certificado de acreditación, así como su alcance. El certificado que expida el acreditador, deberá incluir, entre otros, el código numérico del registro de la entidad acreditadora que le haya sido otorgado mediante el Registro Especial de Acreditadoras en Salud, la imagen corporativa del Ministerio de Salud y Protección Social, el nombre de la entidad acreditada, sedes a las que aplica la acreditación y vigencia del certificado, la cual será de cuatro años.
- Conformar al interior de la entidad la máxima instancia en materia de acreditación, quien analizará el documento técnico del grado de cumplimiento de los estándares de acreditación, producto del proceso de evaluación externa.
- Otorgar o negar la acreditación a las entidades que hayan adelantado el proceso encaminado a la obtención de la acreditación
- Efectuar dentro de los cuatro años de vigencia de la acreditación, como mínimo dos seguimientos a la acreditación otorgada y definir el procedimiento a seguir para el efecto.

- Revocar o suspender la acreditación otorgada, cuando durante el proceso de seguimiento a la acreditación, se evidencie que la entidad acreditada ha dejado de cumplir con los estándares observados al momento de su otorgamiento.
- Resolver las reclamaciones presentadas por la entidad que aspire a acreditarse o a mantenerse acreditada, haciendo uso de los mecanismos pactados en el contrato suscrito entre las partes, los cuales, en todo caso, deberán garantizar la imparcialidad y el debido proceso.
- Mantener actualizado el Registro Especial de Acreditadores en Salud con la información que para el efecto requiera el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Promover el Sistema Único de Acreditación en Salud y realizar la divulgación sobre las organizaciones a quienes se les haya otorgado la acreditación.
- Remitir a este Ministerio dentro del mes siguiente a su registro, la documentación que soporte el cumplimiento de lo enunciado en los numerales 1, 3, Y 4 del presente artículo

Como se observa, las entidades encargadas de la acreditación inscriben sus funciones en los principios establecidos por el Ministerio de Salud y Protección social desde el Decreto 1011 de 2006 en torno a los diferentes criterios de evaluación de la calidad, buscando cubrir con procesos y con recursos suficientes cada uno de los mecanismos y funciones destinadas para tal propósito. Por otro lado, es importante revisar cuáles son las acciones que corresponden propiamente con las entidades prestadoras del servicio de salud que buscan acreditarse en los estándares de calidad, desarrollo que se revisa en la siguiente subsección.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, con corte al mes de diciembre de 2022, existen 57 instituciones prestadoras de servicios de salud tanto de carácter público, privado o mixto en Colombia que cuentan con el certificado de acreditación en salud expedido por parte del ICONTEC.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD ACREDITADAS					
Fecha corte: diciembre de 2022					
N°	RAZÓN SOCIAL	CIUDAD MUNICIPIO	TIPO DE INSTITUCIÓN		
			Pública	Privada	Mixta
1	Fundación Cardiovascular de Colombia	Floridablanca, Santander		X	
2	Hospital Pablo Tobón Uribe	Medellín Antioquia		X	
3	C.P.O. S.A. Centro Policlínico del Olaya	Bogotá Cundinamarca		X	
4	Clinica Imbanaco S.A.S	Cali Valle del Cauca		X	
5	Clinica del Occidente S.A.	Bogotá Cundinamarca		X	
6	Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá	Bogotá Cundinamarca		X	
7	Fundación Valle del Lili	Cali Valle del Cauca		X	
8	Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta ESE	Bogotá Cundinamarca	X		
9	Laboratorio Clínico Continental S.A.S.	Barranquilla Atlantico			
		Barranquilla, Atlantico			
		Puerto Colombia		X	
		Santa Marta			
		Cartagena			
10	Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología - La Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl	Bogotá Cundinamarca		X	
11	Fundación Oftalmológica de Santander FOSCAL	Medellín Antioquia		X	
12	Fundación Oftalmológica de Santander FOSCAL	Floridablanca			
		Bucaramanga		X	
13	Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE	Pasto Nariño	X		
14	Instituto Roosevelt	Bogotá Cundinamarca		X	
15	Clinica Reina Sofia	Bogotá Cundinamarca		X	
16	Hospital Civil de Ipiales ESE	Ipiales Nariño	X		
17	Virrey Solís IPS S. A.	Bogotá Cundinamarca			
		Soacha			
		Chia			
		Zapquirá		X	
		Facatativa			
		Medellín Antioquia			
18	Administradora el Country SAS - Clínica del Country	Bogotá Cundinamarca		X	
19	Fundación Hospital Infantil Universitario de San José	Bogotá Cundinamarca		X	
20	Fundación Clínica Shaio	Bogotá Cundinamarca		X	
21	Clinica Universidad de la Sabana	Chia		X	
22	Fundación Javeriana de Servicios Médicos Odontológicos Interuniversitarios "Carlos Márquez Villegas" JAVESALUD IPS	Bogotá Cundinamarca		X	
23	Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José	Bogotá Cundinamarca		X	
24	Hospital Infantil los Angeles	Pasto		X	
25	Hospital Susana López de Valencia ESE	Popayán Cauca	X		
26	Clinica Chia S.A.	Chia			
		Facatativa			
		Chocontá			
		Tenjo			
		Mosquera			
		Chia		X	
		Zapquirá			
		Facatativa			
		Chia			
27	Clinica Juan N. Corpas Ltda.	Bogotá Cundinamarca		X	
28	Hospital Universitario San Ignacio	Bogotá Cundinamarca		X	

Cuadro 2 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas en Colombia.

29	Servicios Especiales de Salud S.E.S.	Manizales Caldas			X
30	Medicina Intensiva del Tolima	Honda Tolima		X	
31	Fundación San Vicente de Paúl Rionegro	Rionegro Antioquia		X	
32	Universidad Pontificia Bolivariana Clínica Universitaria Bolivariana	Medellin Antioquia		X	
33	Hospital Universitario de la Samaritana ESE	Bogotá, Cundinamarca	X		
34	Fundación Hospital de la Misericordia HOMI	Bogotá, Cundinamarca		X	
35	E.S.E. RED DE SALUD DEL CENTRO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PRIMITIVO	Cali Valle del cauca	X		
36	Clínica Universitaria Colombia	Bogotá Cundinamarca		X	
37	Clínica los Nogales	Bogotá Cundinamarca		X	
38	Clínica NeurocardiovascularDIME	Cali Valle del cauca		X	
39	Inversiones sequoia colombia S.A.S- Clínica Vip	Bogotá Cundinamarca		X	
40	Laboratorio Higuera Escalante	Bucaramanga y Floridablanca Santander		X	
41	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	Bogota Cundinamarca	X		
		Corregimiento San Juan de Sumapaz			
42	Hospital General de Medellín - Luz Castro de Gutiérrez ESE	Medellin	X		
43	Organización Clínica Bonnadona - Prevenir SAS	Barranquilla		X	
44	Corporación Hospitalaria Juan Ciudad	Bogotá Cundinamarca		X	
45	Empresa Social del Estado Salud del Tundama	Duitama Boyacá	X		
46	Clínica de la Mujer SAS	Bogotá Cundinamarca		X	
47	Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE	Cali, Valle del Cauca	X		
48	Hospital San Vicente de Paul de Nemocón ESE	Nemocón, Cundinamarca	X		
49	Fundación Hospital San Pedro	Pasto		X	
50	Hospital Departamental Universitario San Juan de Dios E.S.E	Armenia	X		
51	Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.	Bogotá Cundinamarca	X		
52	Fundación Cardiovascular - Hospital Internacional de Colombia	Piedecuesta -santander		X	
53	Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga	Bucaramanga Santander		X	
54	SOCIEDAD MÉDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.	Rionegro Antioquia		X	
55	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	Bogotá Cundinamarca	x		
56	Instituto Colombiano del Sistema Nervioso- Clínica Montserrat	Bogota Cundinamarca		x	
57	Subred Integrada de Servicios de Salud Suoccidente ESE	Bogota Cundinamarca	x		
Subtotal			15	41	1
Total				57	

Cuadro 2 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas en Colombia.

9.1.3 Condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para inscribir y acreditar los servicios de salud

A partir de la resolución 1043 de 2006 (27) se definieron los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios ofrecidos. En esta se definió que las entidades prestadoras del servicio, para poder acceder y permanecer el SOGC, deberían cumplir con las respectivas condiciones de Capacidad Técnico-Administrativa, Suficiencia Patrimonial y Financiera, y Capacidad Tecnológica y Científica. Para ello, resulta preciso una evaluación externa en la que entra en juego el Sistema Único de Habilitación de carácter gubernamental y obligatorio, y gracias a la cual se determine que las entidades prestadoras del servicio cumplen con las condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, además de los criterios expuestos previamente.

Según la Resolución 1446 de 2006, de no contar con los estándares definidos al respecto, es imposible que las entidades prestadoras ofrezcan o contraten servicios de salud. Naturalmente, el presupuesto que engloba esta definición es que los usuarios puedan estar seguros frente a los potenciales riesgos que existen en torno al acceso al servicio de salud.

En la misma línea, en el 2019 se emite la Resolución 3100 (28), por la cual se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, entre otras disposiciones. En este manual se establece que toda entidad prestadora del servicio debe inscribirse en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), con por lo menos una sede y un servicio de salud habilitado; en el mismo manual se establecen los términos a los que refiere la Resolución para la inscripción y habilitación de las entidades que certifiquen los estándares mínimos de calidad en el servicio de atención en salud.

9.1.3.1 Proceso de auditoría

Según la Resolución 1403 de 2006 (29), por medio de la cual se define el Sistema de Información para la Calidad mediante la resolución 256 del 2016 y se adoptan los indicadores de monitoria del SOGC de la Atención en Salud, una auditoría debe entenderse como una herramienta básica de evaluación interna, que se lleva a cabo de forma continua y sistemática sobre la base de revisar si están cumpliendo o no los estándares de calidad que, posteriormente, se articulará con los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones planteados en la Resolución 1441 de 2013.

La auditoría es un proceso de tipo obligatorio para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud cuando éstas fungen como aseguradoras, para las entidades prestadoras del servicio de salud, para las entidades promotoras de salud en los regímenes contributivo y subsidiado, para las entidades adaptadas y para las

empresas de medicina prepagada. Para cada caso se ha establecido una serie de etapas que derivan del SOGC y que ratificó el entonces Ministerio de la Protección Social en el documento de Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (30) y que se reproduce a continuación:

- **Planeación:** diseño del plan de auditoría; decisión anticipada de la extensión de la auditoría; definición de la oportunidad de la aplicación; conocimiento de los procesos prioritarios definidos por las directivas dentro del direccionamiento estratégico; conocimiento previo la calidad deseada según las guías, normas o manuales; identificación de las fuentes de información; y definición de quién o quiénes harán el trabajo.
- **Ejecución:** recoger la información utilizando los informes estadísticos; analizar la voz del usuario; hacer seguimiento a las actividades del día a día analizando el desempeño, involucrando a todos los responsables de los procesos prioritarios para que hagan parte activa del proceso de autocontrol. No restringirse al levantamiento de los indicadores, ir más a la interpretación identificando los factores de riesgo (eventos adversos), o sea lo más relevante en el logro de los objetivos determinando, además, cómo se deben manejar los riesgos para que impacten al Sistema de Garantía de Calidad de Salud. Diseñar un documento donde queden consignados los resultados y sea fácil el acceso a ellos con sus respectivas conclusiones y recomendaciones.
- **Sugerir soluciones:** emitir conceptos que lleven al logro de los resultados esperados cuando estos han presentado desviaciones, los cuales deben comunicarse a todos los implicados en la detección del evento para que se siga alimentando la cultura del autocontrol; canalizar a la dirección de la institución para generar un plan de mejora en los procesos y en la consecución de recursos.
- **Seguimiento:** a la implementación de las mejoras para verificar su cumplimiento y estimar los efectos favorables, tales como disminución franca de la ocurrencia del evento adverso y medir el efecto en el mejoramiento continuo de la calidad.
- Dentro de la ejecución de la auditoría se debe tener en cuenta que lo que no se mide no se puede cambiar, por eso deben levantarse indicadores que permitan hacer monitoreo a los problemas de calidad identificados (procesos prioritarios) y la disminución de la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada. Participar activamente en los diferentes comités como medida de detección y seguimiento, y verificar su cumplimiento.

Con esto último, lo que queda en evidencia es que el SUA en Colombia se define por una amplia normatividad que se ha venido rectificando y complementando desde principios del siglo XXI, incluso antes de que fuera emitido el Decreto 1011 de 2006 en el que se establece el SOGC. Toda la documentación oficial que se ha elaborado abarca las diferentes dimensiones en las que se inscribe el problema de la acreditación de la prestación del servicio de salud, lo que indica la complejidad que debe considerarse de los procesos, en tanto son múltiples y variadas las dimensiones en los que estos se inscriben. En la siguiente sección del capítulo de resultados se profundiza un poco más

en su aplicación directamente en escenarios de prestación de salud; para ello se exponen algunas investigaciones cuyo objeto de estudio se relaciona con el SUA.

9.2. Implementación del Sistema Único de Acreditación en Colombia

La implementación de la acreditación en el sistema de salud colombiano se ha definido por la importancia que tiene para los pacientes la intervención de metodologías externas que garanticen los principios de equidad, universalidad, sostenibilidad y accesibilidad (31). De acuerdo a lo anterior, en teoría, dichos principios deben expresarse en beneficios reales para los usuarios de los servicios de salud y medibles para las instituciones que brindan atención en salud y todos los entes de control.

Se ha podido observar a lo largo del tiempo que uno de los ejes comunes es la evaluación de la calidad tras los procesos de acreditación. Por supuesto, sobre este asunto existen diferentes matices y enfoques que retratan la generalidad del funcionamiento del SUA, por ejemplo, en lo que refiere a los procesos internos y, particularmente, a los trabajadores del sector. Pero también es importante reconocer que la acreditación en salud no es un ejercicio que se asocia exclusivamente a la postulación del SOGC, sino que previamente se habían desarrollado otros mecanismos y otras estrategias para garantizar que este tipo de procesos tuviera lugar. Tras la revisión de algunos estudios se ha identificado sobre qué elementos es importante hacer hincapié y que deben considerarse en los procesos de auditoría y posterior acreditación de las instituciones prestadoras del servicio de salud.

Para empezar, es importante hacer mención de las apuestas paralelas al SOGC para garantizar la calidad en el sistema de salud. Entre estas, la propuesta de integrar un sistema de gestión de calidad que, además del SUA, utiliza la norma ISO 9001 para iniciar un proceso de certificación en simultáneo buscando acceder a la acreditación en el ejercicio propiamente de planes de mejoramiento de los procesos. Lo que se ha encontrado al respecto es que las IPS al adquirir certificados de calidad evidencian mejoras en términos de su competitividad y prestigio en el sector de la prestación del servicio de salud (37). Se asume que la acreditación o certificación de calidad supone un proceso previo en el que los prestadores del servicio estandarizan sus actividades, generando con ello la ejecución de mecanismos con los cuales es mucho más sencillo determinar cuáles son los errores o las falencias existentes en los diferentes procesos. Siguiendo con un análisis causal, será mucho más fácil determinar cuáles deben ser las diferentes estrategias que eliminan la raíz de los múltiples problemas y, de esta forma, se modifique con anticipación cualquier escenario de efectos negativos. No obstante, debe tenerse en cuenta que la integración de sistemas de gestión de calidad puede concurrir en la sobreestimación de procesos o en su redundancia, en tanto existen sistemas de gestión y de acreditación de la calidad que pueden recomendar acciones que parecen distintas, pero que lleven a similares resultados (32).

Por otra parte, un elemento que dota de mayor capacidad de modificar las prácticas en el sistema de salud en Colombia es la inclusión de la acreditación del ámbito hospitalario y ambulatorio, a diferencia de otros sistemas de acreditación en salud como el chileno o

el de la *Joint Commission* en los que este elemento no se contempla, lo que hace que el tipo de manuales utilizados en el país sean mucho más completos a pesar de que en términos de complejidad y pertinencia no sea mucho mayor la diferencia (34).

A partir de una comparación entre los tres sistemas, SOGC, SUA e ISO 9001 se ha obtenido que, además de las mejoras de la acreditación como una herramienta gerencial para obtener mejores resultados en salud, los estándares de calidad que se concentran en la atención de los pacientes pueden alcanzar un enfoque mucho más integral que aquellos que se centran en la complejidad de los procesos, pues se obtiene una mejor comprensión de la calidad y de la forma en que deben interpretarse los estándares.

De este ejercicio comparativo se estiman otras dos consideraciones importantes de resaltar. En primer lugar, se reconoce que para la fecha (2013) en Colombia existían 26 IPS acreditadas y otras en el proceso de; pero todas estas contaban entonces con la habilitación por exigencia según la Resolución 1043 de 2006, siendo este un primer paso para cumplir con los criterios que se han establecido en la Resolución 1441 de 2013. En segundo lugar, se reconoce que el éxito de un sistema de calidad alcanzará su mayor éxito siempre y cuando se generen estrategias de mejoramiento continuo, fundamentadas en los ejercicios de evaluación sobre elementos medibles. Para lo cual resulta preciso el establecimiento de indicadores explícitos y objetivos para realizar el seguimiento e implementación pertinente a los sistemas de acreditación (34).

Otro elemento que debe rescatarse en la implementación del SUA es el de la figura del auditor, pues su rol es central en los procesos que buscan alcanzar mejoras en la calidad de los servicios de salud prestados por cada una de las entidades correspondientes. Es función del auditor, por ejemplo, cerciorarse del cumplimiento de los diferentes procedimientos que se han establecido para alcanzar mejores niveles de calidad, pero también de elementos mucho más profundos como son las políticas, las leyes y los reglamentos que una entidad debe adaptar a su funcionamiento para lograr la excelencia (34).

Sin embargo, algunos problemas se han estudiado sobre la figura del auditor, particularmente lo que tiene que ver con la brecha que existe entre el auditor interno y el auditor externo, el primero como aquel que participa en la determinación de estándares de calidad para la empresa prestadora del servicio y el segundo como evaluador del proceso general de la acreditación. Para las auditorías internas esta figura se relaciona con un canal con el cual alcanzar una cultura organizacional basada en el autocontrol y, en general, la seguridad de cumplir con los estándares básicos establecidos en el marco legal colombiano; mientras que en el caso de las auditorías externas, su figura está mucho más relacionada con la de un evaluador que determina si los procesos de atención prestados (no sólo del carácter interno u organizacional) cumplen con la calidad necesaria según el SUA, lo que puede afectar principalmente a las entidades más pequeñas (34).

En otras palabras, la brecha se determina por la falta de coordinación en las funciones y propósitos, pues el auditor interno se enfoca en aspectos puramente organizativos, mientras que el auditor externo lo hace sobre los componentes más específicos de la

calidad. En este caso se ha llegado a considerar que, en comparación con otros países, en Colombia es más baja la cantidad de entidades prestadoras de servicios de salud acreditadas porque existen algunas falencias en la definición del rol del auditor.

De cara a pensar en la acreditación en salud desde la perspectiva interna de las entidades prestadoras del servicio, se han analizado las ventajas que se desprenden del enfoque de acreditación del talento humano (35). Si se tiene en cuenta que este es uno de los factores que se ha considerado problemático en las etapas previas a los procesos de acreditación (4), resulta interesante cómo se ha pensado durante la última década que el abordaje integral del talento humano, antes que obligatorio, resulta necesario para la consecución de mejores resultados en el fomento de la cultura de seguridad y calidad en la prestación del servicio de salud, pues favorece tanto a los trabajadores del sector como a los pacientes.

Sobre diferentes dimensiones o responsabilidades se ha logrado identificar avances. Por ejemplo, Rodríguez C. y compañía en su investigación “Salud y seguridad en el trabajo en la perspectiva de la acreditación en salud” (35), dan a conocer que en términos de la carga laboral, la acreditación ha generado que se puedan implementar diferentes estrategias para reducir el riesgo de eventos adversos que deriven de la fatiga de los trabajadores. En cuanto a la dimensión de bioseguridad, existen evidencias de que la acreditación contribuye en la reducción de casos de contaminación biológica. En la evaluación de los riesgos psicosociales se ha reducido la prevalencia de conflictos familiares, de suicidios y de adicciones. En esa misma línea, se articula el enfoque de responsabilidad social desde la acreditación consiguiendo que las entidades prestadoras del servicio de salud se asuman como empresas familiarmente responsables que invierten en diferentes estrategias que buscan el bienestar de los trabajadores y de sus familiares (35).

Como se mencionó, no se trata únicamente de cómo ello redunde en beneficios a nivel interno para los trabajadores, sino también en cómo a partir de la acreditación en calidad estos encuentran mayores motivaciones asociadas, por un lado, con la remuneración y, por otra parte, con la creatividad para cumplir con sus funciones (33). En este caso se trata de alcanzar mejores condiciones laborales que garanticen una remuneración suficiente para no tener que fatigarse con dos o tres empleos en paralelo, lo que conduce a mejores resultados en cuanto al sentido de pertenencia con la entidad y compensaciones con su formación. Como lo mencionan sobre la evidencia, las instituciones o entidades acreditadas tienden a avanzar en la vinculación directa de la planta de personal de los trabajadores de la salud, que antes eran contratados por terceros o por prestación de servicios (35).

Del otro lado está la satisfacción de los usuarios como producto de un enfoque de humanización del servicio de salud, donde Yépez M, Ricaurte M, Jurado D. y compañía en su estudio “Calidad percibida de la atención en salud en una red pública del municipio de Pasto, Colombia. 2018” (3), se han referido por un lado, a las dificultades sobre las cuales los usuarios determinan menor satisfacción (dificultades de acceso por aspectos administrativos y geográficos, problemas en la oportunidad de atención especializada, fallas en la referencia, entre otros) (3), pero, por otra parte, también se ha referido que la

inversión en mejoras para alcanzar la calidad también ha representado resultados más favorables en las encuestas de satisfacción diligenciadas por los usuarios (36). Se ha demostrado que algunos de los incentivos de acreditación que aportan mejores resultados sobre este aspecto tienen que ver con la disminución de costos, la posibilidad de educar a los pacientes, las mejoras en su seguridad y, algo que ya se ha mencionado de forma implícita, el fortalecimiento de la cultura organizacional, que redundará en una atención mucho más humanizada hacia los pacientes (37).

De modo que los resultados de la acreditación pueden ir siempre en esa doble vía entre lo interno y lo externo de las entidades prestadoras de servicios de salud. Los incentivos y la toma de conciencia sobre la calidad favorecen tanto al cliente interno como al cliente externo, en tanto se alcanza el cumplimiento de metas organizacionales, se mejora la prestación del servicio, y, de la mano con la satisfacción del usuario y de su familia, aumenta el prestigio de la entidad (37).

Evidencias mucho más particulares se concentran en ajustes específicos como el caso de los cambios de la dietoterapia hospitalaria en relación con los sistemas de gestión y acreditación de la calidad. En este caso se trata de cómo la alimentación de calidad, en paralelo con la condición clínica de los pacientes, puede afectar o beneficiar la estancia de los pacientes y los costos sanitarios con motivo de consumo de nutrientes o con ocasión de situaciones de desnutrición (38). La industria gastronómica entra en juego en los procesos de dietética hospitalaria para alcanzar estándares de calidad más elevados y que contribuyen, a su vez, en la capacidad de competencia de las entidades prestadoras. La alimentación como proceso prioritario contribuye en la generación de valor para las IPS en tanto se asocia con una atención hospitalaria satisfactoria.

Sin embargo, a pesar de la gran variedad de bondades derivadas de los procesos de acreditación, bien sea sobre elementos particulares o sobre asuntos mucho más generales, se ha identificado que, en ocasiones, los resultados de mejoramiento no son los que suelen esperarse. Por ejemplo, existe evidencia de un estudio realizado por Arenas C, Tamayo C. "Indicadores administrativos y financieros antes y después de la acreditación en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia", que involucró instituciones prestadoras de salud con al menos un año o más de haber sido acreditadas el mejoramiento solo se concentró en la proporción del valor de glosas, en la proporción de utilidades, en la proporción de cancelación de cirugías y en la proporción de caídas de camilla. Mientras que situaciones como el promedio de días de estancia, la proporción de eventos adversos, el giro-cama y otros presentaron comportamientos negativos (35). Además, se plantea que los cambios observados no necesariamente pueden atribuirse de forma directa al proceso de acreditación, lo cual puede estar relacionado con que los estudios sobre acreditación se concentran en la calidad de la prestación de servicios, pero no en indicadores que exploren la eficiencia administrativa en el manejo de recursos asistenciales. Asimismo, es importante advertir que en este estudio se menciona que producto de la falta de uniformidad de las instituciones la recolección de datos se vio truncada porque no hubo una comprensión de conceptos de forma homogénea, lo que implicó que fueran medidos de diferente manera en cada una de las diferentes instituciones que hicieron parte de la investigación (39). Esto último puede ser el elemento explicativo de los resultados negativos, pues en otros casos se ha

observado que sí existen mejoras significativas en comparación con la situación previa a los procesos de acreditación (40).

En cualquier caso, otras referencias a partir de experiencias de observación permiten al investigador descubrir características y relaciones del fenómeno estudiado a partir de se han encargado de formular algunas proposiciones sobre planes de mejora de cara a cumplir con los requisitos de la acreditación. Entre estas destaca, en términos generales, la elaboración y seguimiento de un plan de mejora a partir de la actualización en los planes estratégicos y la implementación de mecanismos de monitoreo periódicos; la asignación de nuevos recursos en los planes estratégicos calculando anualmente lo relativo al talento humano, al recurso financiero y al tiempo requerido para su implementación; la realización de revisiones de informes y de indicadores financieros con reuniones programadas periódicamente con el equipo de contabilidad; la actualización de las guías de práctica clínica según lo determinado por la normatividad nacional e internacional; la alineación de la planificación financiera con el plan estratégico de las organizaciones para determinar la viabilidad de los planes operativos; la implementación de procesos de inducción clínica en los diferentes niveles administrativos y de atención médica y hospitalaria, entre otros (41).

Por supuesto, este rastreo es apenas una muestra de lo que ha sido la trayectoria del SUA en el sistema de salud colombiano, pero allí se evidencia que la acreditación en calidad puede estar enfocada en diferentes dimensiones que van desde lo particular hasta lo general y viceversa. En cualquier caso, es un proceso que tiene implicaciones a nivel interno y externo de las instituciones prestadoras del servicio, y que, enfocado particularmente desde una perspectiva de humanización de la salud, puede contribuir a suplir las necesidades y a generar mayores niveles de satisfacción en ambos escenarios.

A continuación, se presentan algunas de las consideraciones relativas a los principales problemas y retos que debieran atenderse desde el SUA según lo considerado en esta sintética revisión de documentos en la que se ha establecido de forma sucinta la trayectoria de la acreditación en el servicio de salud.

10. Problemas y retos de la acreditación de los servicios de salud en Colombia

Entre la definición de problemas y retos a los que parece enfrentarse el SUA en el contexto colombiano prevalece un enfoque propiamente centrado en las entidades prestadoras de servicios de salud. En términos normativos la documentación parece cada vez más estructurada y complementaria con el paso de los años; como se ha evidenciado, desde 2006 con la emisión del Decreto 1011 de 2006 y la conformación del SOGC se han promulgado una cantidad extensa de normativas que determinan los principios, los actores responsables, las funciones, los procesos y demás criterios que hacen parte de la propuesta de acreditación de calidad para el sistema de salud. Por lo que se ha logrado entender, es un andamiaje normativo extenso que, aunque pudiera resultar redundante, de seguro abarca cada una de las dimensiones y las aristas de este fenómeno.

En consecuencia, uno de los principales retos que se desprende de la gran variedad de documentación técnica y normativa que existe al respecto es poder comunicar a las entidades prestadoras de salud lo que en efecto son los principios rectores y el horizonte de sentido de la acreditación en calidad. De modo que, en su intento por certificar o acreditar sus procesos, no generen estrategias que deriven en la redundancia de procesos al interior de cada entidad, tal como Bermúdez y otros investigadores han logrado evidenciar en algunos casos (32). Pero, por otra parte, esta comunicación también tiene que estar orientada en la unificación de criterios y conceptos, de modo que la medición de las distintas dimensiones de acreditación y sus respectivos indicadores conduzca a resultados homogéneos (32) que garanticen sintonía entre las diferentes entidades prestadoras de salud al momento de definir planes de mejora sobre aquellos procesos administrativos o de atención a pacientes que representen una ventaja mucho mayor en el sistema de salud desde un enfoque de servicio humanizado (33).

Por lo demás, el enfoque de acreditación en calidad en el servicio de salud humanizado implica no solo garantizar el acceso de la población en general al sistema de salud bajo condiciones de eficiencia, sino que también implica una revisión del modelo prestacional y de todos los demás condicionantes que deban considerarse para cubrir la demanda de forma universal bajo los estándares de más alta calidad (38). De manera más profunda, lo que debe buscarse con una acreditación que tenga este enfoque, una vez superadas las condiciones procedimentales y de comunicación antes planteadas, es capacitar o educar a todo el sistema de atención médica y hospitalaria y de gestión administrativa desde un enfoque amplio e integral de relacionamiento y servicio hacia los pacientes que, además de las necesidades del hacer, se concentre en las necesidades del ser, lo que implica también invertir en recursos para la formación especializada considerando la complejidad que implica el desarrollo de este tipo de labores (32).

Lo anterior implica que la acreditación, o el proceso de mejora, se conviertan en un ejercicio constante, pues siempre habrá expectativas propiamente de la dimensión humana que no queden contempladas en procesos de mejora específicos. No se trata entonces de adquirir los certificados o la acreditación, sino que es preciso renovar el servicio e innovar en las prácticas de asistencia médica (33). Con todo esto se entiende entonces que la acreditación va más allá de un ejercicio en el que meramente se eleva la imagen reputacional de las entidades prestadoras de salud y se orienta a mejorar la

credibilidad en los pacientes, fortalecer los procesos centrados en la vida y la salud, destacar los procesos por su enfoque de mejoramiento continuo, mejorar las condiciones de trabajo y responsabilidad social y familiar del talento humano (34), entre otros relacionados con el enfoque sobre el que se ha hecho énfasis.

Pero, valga aclarar, que esta postura no anula que, en efecto, la acreditación también se piense desde los procesos organizativos y de gerencia en la eficiencia de los recursos. De hecho, se ha mencionado que parte del problema detectado en la comprensión diferenciada de los criterios de acreditación es la ausencia notoria de experiencias en la que los indicadores de eficiencia administrativa y de manejo del recurso se conviertan en un elemento de relevancia. Un enfoque de reducción de costos y de generación de estrategias competitivas puede ser el que se ha sugerido para el caso del departamento del Atlántico, al noroccidente colombiano, se llevó a cabo una investigación en la que se propone integrar en el proceso de acreditación los diferentes sistemas de gestión de calidad, de medio ambiente y seguridad y de salud ocupacional (37). El reconocimiento de la marca es también un factor que no puede obviarse, siempre y cuando concuerde con el enfoque de atención humanizada, lo que supondría expandir con mayor facilidad el nicho de mercado de las diferentes entidades prestadoras y mejorar la capacidad de negociación contractual con los diferentes agentes públicos y privados que integran el sector de la salud (38).

También, lo relacionado con la figura del auditor, particularmente lo que tiene que ver con la brecha que existe entre el auditor interno y el auditor externo, la brecha se determina por la falta de coordinación en las funciones y propósitos, pues el auditor interno se enfoca en aspectos puramente organizativos, mientras que el auditor externo lo hace sobre los componentes más específicos de la calidad. Es un reto que se tiene a nivel general del sistema de salud, la capacitación que se le brinda al personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud en ocasiones es poco efectiva o no se realiza, por lo que en los diferentes ámbitos del SOGC se tiene desconocimiento generalizado llevando a reprocesos al interior de las instituciones o a procesos de acreditación fallidos o con muchas oportunidades de mejora, por lo que resulta indispensable que las instituciones cuenten con el talento humano capacitado para hacer frente a los constantes cambios en la normatividad y a los procesos institucionales de acreditación.

12. Conclusiones

Tras el desarrollo de la investigación que se ha sustentado en una revisión amplia de diferentes referentes normativos y de investigaciones que se centran en el proceso y los resultados de la acreditación de calidad en salud, puede determinarse, en términos generales, que el SOGC y el SUA hoy por hoy cuentan con acervo normativo y teórico que contribuyen a que las entidades prestadoras de salud sean cada vez más competentes (antes que competitivas) en la garantía de la prestación de un servicio. En concreto, son casi dos décadas de formulaciones normativas que indican los diferentes aspectos y las diferentes dimensiones sobre las que es preciso tomar decisiones y ejecutar las acciones requeridas para que las entidades prestadoras de salud puedan alcanzar unos estándares que conduzcan principalmente a la satisfacción de los pacientes y al cumplimiento de todos los propósitos asociados al derecho a la salud. A continuación, se señalan las principales consideraciones sobre el cumplimiento de cada uno de los objetivos que se han definido para el desarrollo de esta investigación; al final se presenta una conclusión general que se desprende de lo que fue el proceso completo de análisis de la trayectoria del SUA por medio de la revisión de la literatura.

Lo primero que hay que mencionar a modo de conclusión es que la normatividad colombiana sobre acreditación en salud es considerablemente amplia si se toma como punto de partida el Decreto 1011 de 2006, que fue derogado por el decreto 780 de 2016, pues desde la fecha en que fue promulgado se han emitido por lo menos una veintena más de documentos, entre normas, guías de aplicación y otros documentos por parte de las autoridades en materia de salud. Es decir, para un lapso de aproximadamente 15 años el acervo normativo es bastante amplio; incluso si se toma como punto de partida la promulgación de la Ley 100 de 1993 del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), puede también resultar amplia la cantidad de documentos y de definiciones que indican el tipo de cumplimiento que deben alcanzar las entidades prestadoras de salud para acreditarse como entidades de calidad.

Al respecto, pueden plantearse dos consideraciones. En primer lugar, que ello significa un ejercicio legislativo y administrativo que ha cubierto todas las dimensiones o campos de acción que se requieren en materia de acreditación en salud, lo cual puede resultar en un escenario de fortalecimiento del sistema por medio de un acervo normativo que se complementa y que es de fácil aplicación. Pero también, en segundo lugar, puede traducirse en dificultades para que las entidades prestadoras de salud cumplan con todos y cada uno de los criterios que allí se establecen. Quiere decir que es preciso discriminar o definir una normatividad que sea mucho más estable y que defina criterios que perduren en el tiempo.

Por otro lado, en cuanto al análisis de la forma en que el Sistema Único de Acreditación en salud y la normatividad asociada ha sido implementada en Colombia, se puede concluir que, son diferentes los campos de acción en que cada experiencia investigativa ha centrado su análisis (talento humano, direccionamiento estratégico, sistemas de información, infraestructura etc.) y, por tanto, son múltiples las oportunidades o las dimensiones que se deben considerar al momento de buscar la acreditación en salud por parte de las instituciones de salud. En este sentido, se destaca, que pensada la

acreditación en materia del recurso humano en general de las instituciones de salud, en materia de indicadores administrativos y financieros, en la calidad de los alimentos que se ofrecen en las estancias hospitalarias o el nivel de satisfacción de los usuarios, la trayectoria 'empírica' de la aplicación de las normas que procuran la acreditación de la calidad en salud tiene bastantes elementos de donde establecer las diferentes aristas sobre las que debieran tomarse decisiones al respecto.

En términos generales, las experiencias señaladas evidencian que existen muy buenas oportunidades de llevar a cabo la acreditación del Sistema General de Salud y Seguridad Social, pues los resultados de las investigaciones tienden a traducirse en conclusiones positivas. No obstante, no puede perderse de vista aquellas experiencias en las que los resultados no fueron los esperados tras el proceso de acreditación, pues presentan situaciones singulares, por ejemplo, en torno a la dimensión de indicadores administrativos y financieros, sobre los que aún resulta difícil alcanzar los resultados esperados. Además, debe considerarse, en relación con lo que ya se ha planteado, que la excesiva normatividad puede generar confusiones en la aplicación de la norma y conducir a las entidades a la generación de reprocesos que deriva en aumento de costos y otras situaciones problemáticas a nivel administrativo y operativo.

Por último, es preciso mencionar que entre los retos que se identifican o entre los focos de atención sobre los que el SUA debiera poner la lupa, está el de llevar los propósitos de acreditación en salud hacia una perspectiva mucho más humanizada de la experiencia tanto de los pacientes y del talento humano en salud. En este sentido, algunas experiencias centradas en fortalecer la capacidad humana de los trabajadores y en tomar decisiones que deriven en una atención mucho más centrada en las necesidades del ser son indicativas de que este es un enfoque que no reduce la calidad de las entidades prestadoras de salud a la mera competencia, sino que busca hacerlas competentes frente a las necesidades que una población como la colombiana tiene en materia de salud.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, con corte al mes de diciembre de 2022, existen en total 57 instituciones prestadoras de servicios de salud que cuentan con el certificado de acreditación en salud expedido por el ICONTEC, de las cuales 15 son de carácter público, 41 de carácter privado y solo 1 institución es de carácter mixto. Lo anterior deja en evidencia la brecha significativa que existe entre las instituciones de carácter público, las cuales deciden no acceder a la acreditación en la mayoría de ocasiones por dificultades de larga data en el flujo de recursos económicos, deficiencias en su planta física y talento humano; mientras que sucede todo lo opuesto en las instituciones de carácter privado, las cuales puedan contar fácilmente con una buena cantidad de recursos económicos para invertir no solo en la mejora de los procesos administrativos y asistenciales, sino también en la modernización de su planta física y equipamientos sin dejar de lado la contratación y capacitación del personal para que este sea altamente calificado y permanezca por largos periodos de tiempo en la institución lo que también aporta significativamente a la estandarización de todos los procesos.

12. Referencias

1. Jiménez W, Pérez A. Conocimiento del personal de salud de una clínica en Bogotá acerca del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. *Ciencia Tecnología Salud Visual Ocular*. 2017;(2):15–29.
2. Mejías Y, Morales I, Fernández V. Una mirada desde los Sistemas de Salud. *INFODIR*. 2017; 25:100–16.
3. Yépez M, Ricaurte M, Jurado D. Calidad percibida de la atención en salud en una red pública del municipio de Pasto, Colombia. *Univ Salud*. 2018;20(2).
4. Bernal Lopera C. Desarrollo histórico de la calidad en salud. [Internet] [Tesis]. [Medellín]: CES; 2015 [citado 25 de septiembre de 2022]. Recuperado a partir de: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/1855>.
5. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia 2015.
6. Don de Savigny TA, editor. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. OMS [Internet]. 2009 [citado 7 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/alliance---hpsr/AllianceHPSR_flagship_report_Spanish.pdf.
7. Teoría general de sistemas de Ludwig von Bertalanffy • GestioPolis [Internet]. [citado 8 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/teoria-general-de-sistemas-Ludwig-Von-Bertalanffy>.
8. Batiz, Calidad de atención de Enfermería 15 de febrero 2015 disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3982/2/Calidad-de-la-atencion-de-enfermeria-en-elServicio-de-Applicacion-de-Quimioterapia>.
9. Herrera IC. Historia de la calidad. *MODELO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD.*; 2010. p. 28-29.
10. Organización Internacional de Normalización. International Organization for Standardization ISO. [Online]. [Citado 2023 enero. Available from: HYPERLINK:<http://www.iso.org/iso/home.html>"<http://www.iso.org/iso/home.html>.
11. Donabedian A. Quality assurance in our health care system. En: Donabedian A. *Quality assurance and utilization* consultado; diciembre. p. 6-12.
12. Ministerio de la Protección Social. Decreto 780 de 2016. Colombia; 2016.
13. Karfuni N, Castro M. Sistema integrado de gestión para las IPS de alta complejidad de la ciudad de Barranquilla basado en los estándares de acreditación en salud, el modelo European foundation for quality management y el Balanced Scorecard. *Prospec*. 2018;16(1):91–9.

14. Sistema de Seguridad Social integral en salud, Ley 100 de 1993 de 3 de diciembre (Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993. 69-70)
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2082 de 2014. Colombia; 2014.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5095 de 2018. Colombia; 2018.
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0207 de 2020. Colombia; 2020.
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1328 de 2021. Colombia; 2021.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 0903 de 2014. Colombia; 2014.
20. Ministerio de la Protección Social. Resolución 256 de 2016. Colombia; 2016.
21. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4725 de 2005. Colombia; 2005.
22. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 6055 de 2016. Colombia; 2016.
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2427 de 2014. Colombia; 2014.
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 346 de 2017. Colombia; 2017.
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 066 de 2021. Colombia; 2021.
26. Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública. 2009.
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1043 de 2006. Colombia; 2006.
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019. Colombia; 2019.
29. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1403 de 2006. Colombia; 2006.
30. Ministerio de la Protección Social. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2007.
31. Medina L, Rosas Y, Castro J. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud (SOGCS) en su componente “sistema único de Acreditación” en Colombia, comparación con el modelo chileno. Universidad Nacional de Colombia; 2013.
32. Bermúdez J, Mendivelso K, Ramírez M. Metodología de integración de las normativas modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) y sistema único de acreditación (SUA) en entidades públicas del sector salud distrital. Estrategia para la transferencia del conocimiento. Universidad Santo Tomás; 2020.
33. Osorio J, Arbeláez A. Integración de sistemas de gestión de calidad en salud: norma ISO 9001:2000 y Sistema Único de Acreditación en la Clínica CES de la ciudad de Medellín. Universidad de Antioquia; 2005.
34. Niebles S, Rojas S, Guevara D. Rol del auditor en los procesos de acreditación de las instituciones de salud en Colombia. Universidad Santo Tomás; 2018.
35. Hernández H. Sistemas de Gestión Integrados en el sector salud para la optimización de la calidad en el Departamento del Atlántico. Dictam Libr.

2016;(20):99–106.

36. Rodríguez L, Sixta L. Estudio de la satisfacción de los usuarios luego de la adopción del Sistema Único de Acreditación en Salud, en el Centro Policlínico del Olaya. *Signos*. 2012;4(1):61–83.
37. Sanabria A. *Acreditación en salud: enfoque al usuario y su familia*. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada; 2019.
38. Bejarano J, Cortés A, Pinzón O. Alimentación hospitalaria como un criterio para la acreditación en salud. *Perspect gen Nutr Humana*. 2016;18(1):77–93.
39. Arenas C, Tamayo C. Indicadores administrativos y financieros antes y después de la acreditación en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *CES Med*. 2010;24(2):9–20.
40. Da Silva M, Lunardi M, Serpa A, da Silva V. Niveles de control de gestión en hospitales: la influencia de la acreditación en otros sistemas de control de gestión. *Estud Gerenc*. 2020;36(155):239–47.
41. Farré I. Evaluación de los estándares de apoyo administrativo gerencial (direccionamiento y gerencia) de una IPS prestadora de servicios de Odontología especializada definidos en la Resolución 5095/2018 Sistema único de Acreditación en Colombia. Pontificia Universidad Javeriana; 2021.
42. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016. Colombia; 2016.

13. Anexos

Como anexo a este documento, se presenta el cronograma de actividades y presupuesto de la investigación, el cual fue elaborado con la herramienta Projectlibre, dicho cronograma de actividades y presupuesto se encuentra sujeto a posibles cambios que se puedan presentar a lo largo del desarrollo de la investigación tanto por factores internos como externos.