

Actualización del Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario

Versión 3.1 para el Instituto Cardiovascular

María Alejandra Gómez Plata

ID. 242562

Universidad Pontificia Bolivariana-Seccional Bucaramanga

Escuela de Ingeniería

Facultad de Ingeniería Industrial

Bucaramanga

2019

Actualización del Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario

Versión 3.1 para el Instituto Cardiovascular

María Alejandra Gómez Plata

ID. 242562

Director de Proyecto:

MSc. Lupita Gómez Serrano

Universidad Pontificia Bolivariana-Seccional Bucaramanga

Facultad de Ingeniería Industrial

Escuela de Ingeniería

Bucaramanga

2019

Tabla de contenido

1.	Generalidades de la empresa	13
1.1.	Descripción de la empresa	13
1.2.	Productos y servicios	15
1.3.	Estructura Organizacional.....	16
1.4.	Reseña Histórica	19
1.5.	Área Específica del trabajo	20
2.	Diagnóstico de la empresa.....	22
3.	Antecedentes	29
4.	Justificación.....	33
5.	Objetivos	35
5.1.	Objetivo General	35
5.2.	Objetivos Específicos.....	35
6.	Marco teórico	36
6.1.	Marco Conceptual	36
6.2.	Marco legal	37
6.3.	Sistema de acreditación en salud	38
6.4.	Ejes de la acreditación en salud	39
6.5.	Etapas del proceso de acreditación en salud	39
6.6.	Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario	42
6.7.	Modelo evaluativo de los estándares para la acreditación	44
7.	Diseño Metodológico	47
8.	Resultados y discusión	48
8.1	Identificación de los estándares.....	48
8.2	Evaluación de los estándares.....	60
8.3	Informes de autoevaluación.....	75
8.4	Socialización	78
9.	Conclusiones y recomendaciones	81
11.	Bibliografía.....	84

Lista de tablas

Tabla 1.Datos Generales FCV	14
Tabla 2.Número de personal FCV	18
Tabla 3.Reseña Histórica	19
Tabla 4.Calificación por grupo de estándares	24
Tabla 5.Normatividad ICONTEC	38
Tabla 6. Comité de mejoramiento continuo ICV	49
Tabla 7. Equipos de Autoevaluación por grupos estándar ICV	50
Tabla 8. Equipos del estándar cliente asistencial ICV	50
Tabla 9. Modificaciones del grupo de estándares asistenciales	51
Tabla 10. Modificaciones del grupo de estándares de apoyo	52
Tabla 11. Modificaciones del grupo de estándares de mejoramiento de la calidad.	53
Tabla 12.Resultados de la autoevaluación ICV	69

Lista de figuras

Figura 1.Unidades empresariales	13
Figura 2.Servicios y procesos médicos que tiene la FCV	15
Figura 3.Estructura Organizacional FCV	17
Figura 4.Estructura Organizacional ICV.....	18
Figura 5.Reconocimientos FCV	23
Figura 6. Ejes de la acreditación	39
Figura 7. Proceso de acreditación en salud	42
Figura 8. Grupo de Estándares	44
Figura 9. Metodología implementada ICV para el proceso de autoevaluación.	60
Figura 10.Factores a evaluar ICV	62

Lista de Gráficas

Gráfica 1. Número de IPS en Colombia.....	31
---	----

Lista de Imágenes

Imagen 1. Video de acreditación en salud.	79
Imagen 2. Cartilla de acreditación en salud.	79
Imagen 3. Stand de acreditación en salud.	80

Anexos

Anexo 1. Matriz de autoevaluación

Anexo 2. Informe de ICONTEC parte 1. Perfil Institucional

Anexo 3. Informe de ICONTEC parte 2. Auto evaluación.

Anexo 4. Video de acreditación.

Anexo 5. Cartilla con información ICV

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE ACREDITACIÓN AMBULATORIO Y HOSPITALARIO VERSIÓN 3.1 PARA EL INSTITUTO CARDIOVASCULAR

AUTOR(ES): María Alejandra Gómez Plata

PROGRAMA: Facultad de Ingeniería Industrial

DIRECTOR(A): Lupita Serrano Gómez

RESUMEN

La Fundación Cardiovascular trabaja con criterios de excelencia, innovación y sentido social para brindarles a los pacientes la mejor atención. El Instituto Cardiovascular (ICV) en su mejoramiento continuo ha asumido el reto de postularse a los modelos de calidad más exigentes del sector, como lo es la acreditación en salud; el cual es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna, revisión externa de los procesos que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud a través de una serie de estándares óptimos factibles de alcanzar. Por tal motivo, este proyecto consiste en evaluar el cumplimiento de los estándares para definir las fortalezas y oportunidades de mejora, por medio de una matriz de autoevaluación, la cual está basada en el Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario Versión 3.1. Para lograr los objetivos planteados se actualizaron el comité de mejoramiento continuo, y los equipos de trabajo; con el fin de dar veracidad y confiabilidad en la información presentada en la matriz de autoevaluación y los informes de acreditación. Se determinó la evaluación de 136 de 160 estándares, puesto que se acordó en los equipos de trabajo que 24 estándares no aplican para el ICV debido a que no están relacionados con los servicios que se prestan. Se estableció que el ICV encuentra preparado para seguir el ciclo de acreditación debido a que obtuvo una calificación promedio final de 4.3, a su vez los factores de evaluación: enfoque, implementación y resultados obtuvieron una calificación de 4,9, 4,4 y 3,9 respectivamente. También se realizó una priorización de las oportunidades de mejora determinando que 30 de 140 oportunidades de mejora son necesarias incluirlas en el Plan Integral de Mejoramiento (PIME) con el fin de establecer las acciones correctivas, preventivas y de mejora necesarias para el proceso de acreditación.

PALABRAS CLAVE:

Acreditación , Manual de acreditación , Salud , Instituto Cardiovascular

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO



GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: UPDATE OF THE MANUAL OF AMBULATORY AND HOSPITAL ACCREDITATION VERSION 3.1 FOR THE CARDIOVASCULAR INSTITUTE

AUTHOR(S): María Alejandra Gómez Plata

FACULTY: Facultad de Ingeniería Industrial

DIRECTOR: Lupita Serrano Gómez

ABSTRACT

The Cardiovascular Foundation works with criteria of excellence, innovation and social sense to provide patients with the best care. The Cardiovascular Institute (ICV) in its continuous improvement has assumed the challenge of running for the most demanding quality models in the sector, such as health accreditation; which is a voluntary and periodic process of internal self-evaluation, external review of the processes that guarantee and improve the quality of customer care in a health organization through a series of optimal standards that can be achieved. For this reason, this project consists in evaluating compliance with the standards to define strengths and opportunities for improvement, through a self-assessment matrix, which is based on the Manual of Outpatient and Hospital Accreditation Version 3.1. To achieve the objectives set, the continuous improvement committee and the work teams were updated; in order to give truthfulness and reliability in the information presented in the self-assessment matrix and the accreditation reports. The evaluation of 136 of 160 standards was determined, since it was agreed in the work teams that 24 standards do not apply to the ICV because they are not related to the services provided. It was established that the ICV is prepared to follow the accreditation cycle because it obtained a final average grade of 4.3, in turn the evaluation factors: approach, implementation and results obtained a rating of 4.9, 4.4 and 3 , 9 respectively. Prioritization of improvement opportunities was also carried out, determining that 30 of 140 improvement opportunities are necessary to include them in the Comprehensive Improvement Plan (PIME) in order to establish the corrective, preventive and improvement actions necessary for the accreditation process.

KEYWORDS:

Accreditation, Accreditation Manual, Health, Cardiovascular Institute

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK



INTRODUCCIÓN

La Fundación Cardiovascular es uno de los complejos médicos más importantes de Colombia que trabaja con criterios de excelencia, innovación y sentido social, para brindarles a los pacientes la mejor atención a través del mejoramiento continuo. Prueba de ello, es postularse voluntariamente a los modelos de calidad más exigentes del sector, obteniendo múltiples galardones que resaltan la búsqueda por la excelencia como son: las acreditaciones internacionales Joan Comisión International y las nacionales como ICONTEC.

La acreditación en salud otorgada por ICONTEC es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados, para garantizar y mejorar la calidad de la atención del paciente, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la institución, esta acreditación debe renovarse cada cuatro años.

Para hacer seguimiento al nuevo ciclo de acreditación comenzado en el año 2016 en el Instituto Cardiovascular – ICV, es necesario partir del estado actual del ICV respecto a los ejes de acreditación establecidos por ICONTEC, y de los estándares determinados en el Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario 3.1, los cuales permiten identificar las fortalezas y oportunidades de mejora con el fin de seguir el proceso de mejoramiento continuo, el cual se constituye en el objetivo del presente trabajo de grado.

Para dar inicio al proceso se actualizó el comité de mejoramiento continuo, y los equipos de trabajo; con el fin de dar veracidad y confiabilidad en la información presentada en la matriz de autoevaluación y los informes de acreditación. Se determinó la evaluación de 136 de 160

estándares, puesto que se acordó en los equipos de trabajo que 24 estándares no aplican para el ICV debido a que no están relacionados con los servicios que se prestan.

Se estableció que el ICV se encuentra preparado para seguir el ciclo de acreditación debido a que obtuvo una calificación promedio final de 4.3, a su vez los factores de evaluación: enfoque, implementación y resultados obtuvieron una calificación de 4,9, 4,4 y 3,9 respectivamente. También se realizó una priorización de las oportunidades de mejora determinando que 30 de 140 oportunidades de mejora son necesarias incluirlas en el Plan Integral de Mejoramiento (PIME) con el fin de establecer las acciones correctivas, preventivas y de mejora necesarias para el proceso de acreditación.

Se presenta la matriz de autoevaluación y los informes solicitados por ICONTEC como requisitos fundamentales para proceder a la visita de seguimiento realizada el día mayo 30 del 2019.

Además, se hizo necesario generar escenarios para socializar los ejes trazadores de acreditación del ICV con el fin de informar y educar al personal para la visita de acreditación en salud. Esto permite al Instituto cumplir con los estándares requeridos logrando la re-acreditación basados en el Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario Versión 3.1 establecido en la Resolución 5095 de 2018 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

1. Generalidades de la empresa

1.1. Descripción de la empresa

La Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV) es una organización empresarial sin ánimo de lucro que provee servicios y productos de salud de alta calidad para el desarrollo del sector buscando permanentemente el bienestar de la comunidad. La fundación tiene énfasis y reconocimiento en enfermedades cardiovasculares debido a que posee los mejores modelos de experiencia al paciente, cuenta con la prestación de servicios de alta complejidad, modernas instalaciones, equipos de última tecnología, equipo médico conformado por profesionales especializados en todos los campos de la medicina y un portafolio integral de servicios que garantiza tratamientos clínicos de talla mundial a los mejores costos (Fundación Cardiovascular, 2019).

La FCV cuenta con 7 unidades empresariales las cuales son: Instituto Cardiovascular (ICV), Hospital Internacional de Colombia (HIC), Quality Medical, Fundación montañas azules, Fundación universitaria FCV, Transporte aéreo medicalizado (TAM) e investigaciones FCV. Las cuales realizan sus actividades de manera independientes sin embargo comparten las áreas administrativas debido a que se encuentran ubicados dentro de los 2 complejos médicos que tiene la FCV (Ver figura 1).

Figura 1. Unidades empresariales



Autor: (FCV, 2019)

El Complejo Médico de la FCV cuenta con 3 sedes donde presta sus servicios, con el fin de generar mayor cobertura en las necesidades de servicios de salud (Ver tabla 1).

Tabla 1. Datos Generales FCV

FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA (FCV)			
	Centro tecnológico empresarial	Instituto Cardiovascular	Hospital internacional de Colombia
Funcionalidad	Sede Administrativa	Complejos médicos donde se brinda atención integral a pacientes en forma ambulatoria y hospitalaria.	
Dirección	Cra. 5 #6-33, Floridablanca, Santander	Calle 155A N° 23 - 58 Floridablanca, Santander	Kilómetro 7 Autopista vía Piedecuesta, Santander.
Teléfono	6796470	6399292	6390000
Página web	http://www.fcv.org/site		

Fuente: Autor, 2019 (información suministrada por FCV)

- **Misión de la Fundación Cardiovascular**

Ofrecer la mejor experiencia en el cuidado de enfermedades en diferentes especialidades médicas a través de una atención integral y especializada brindada por institutos y centros especializados, con una profunda vocación en la excelencia, investigación y docencia que contribuya a la salud y bienestar de nuestros pacientes, colaboradores y comunidad en general (FCV, 2019).

- **Misión del Instituto Cardiovascular**

Ofrecer la mejor experiencia en el cuidado de enfermedades cardiovasculares a través de una atención integral y especializada, con una profunda vocación en la excelencia, investigación y docencia que contribuya a la salud y bienestar de nuestros pacientes, colaboradores y comunidad en general (FCV, 2019).

▪ **Visión de la Fundación Cardiovascular**

En el 2025 la Fundación Cardiovascular de Colombia - FCV será el mejor ecosistema en salud de Latinoamérica, de referencia nacional e internacional basado en resultados clínicos superiores, innovación y una atención centrada en la persona, en el marco del mayor proyecto social de la FCV (FCV, 2019).

▪ **Visión del Instituto Cardiovascular**

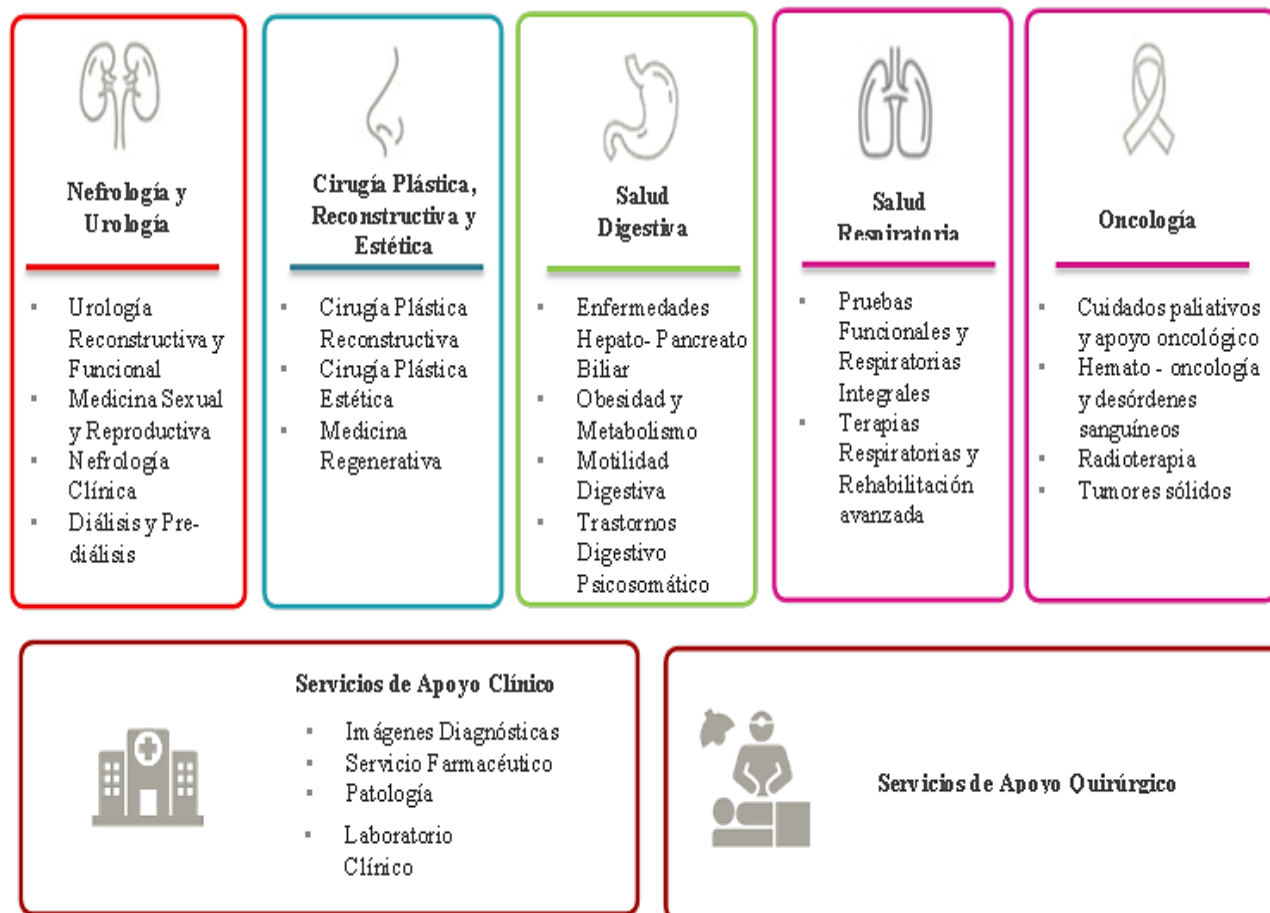
En el 2025 el Instituto Cardiovascular será la mejor institución de salud de Latinoamérica, de referencia nacional e internacional basado en resultados clínicos superiores, innovación y una atención centrada en la persona, en el marco del mayor proyecto social de la FCV (FCV, 2019).

1.2.Productos y servicios

En la siguiente figura se observa la agrupación de los servicios que brinda la FCV con sus respectivos procesos de salud, aclarando que los complejos médicos tienen diferentes especialidades, por consiguiente, no brindan los mismos servicios (Ver figura 2).

Figura 2.Servicios y procesos médicos que tiene la FCV.



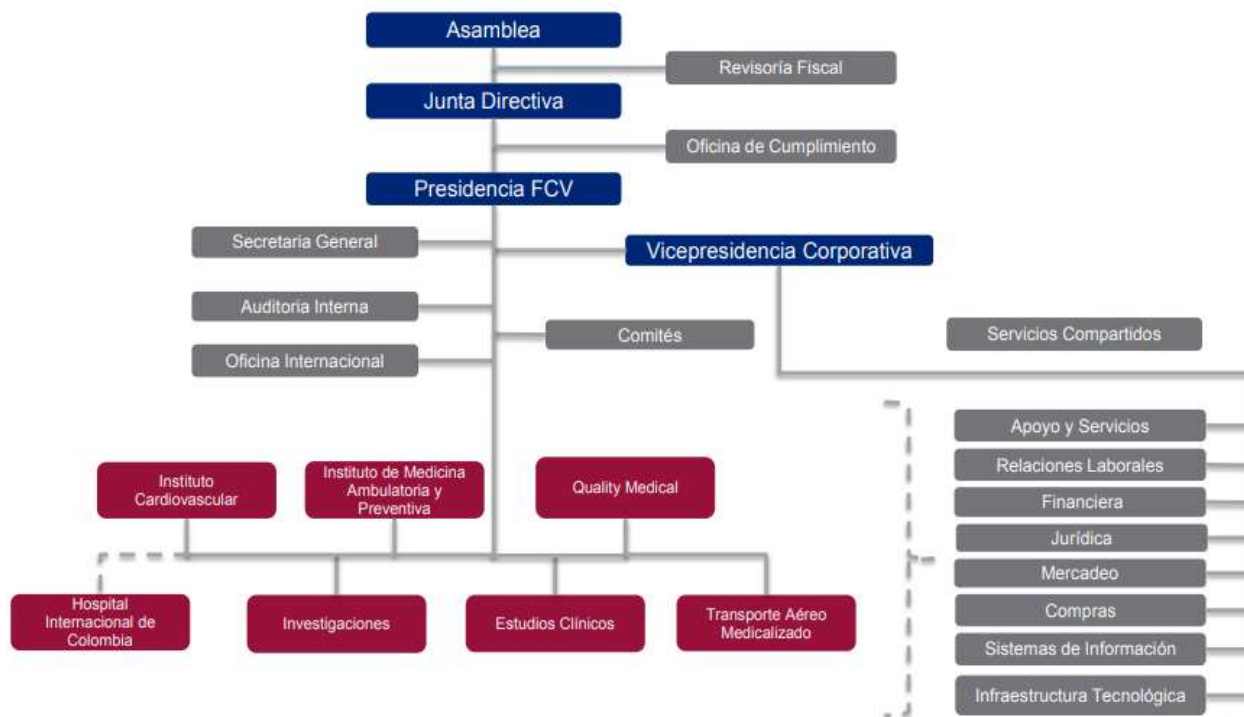


Autor: (FCV, 2019)

1.3.Estructura Organizacional

La estructura organizacional de la FCV está establecida a través de un organigrama vertical integral encabezado por la asamblea general, la junta directiva y el actual presidente el Dr. Víctor Raúl Castillo Mantilla, y donde se puede observar todas las unidades de negocio que hacen parte de la FCV. Las cuales se implementaron con el fin de obtener beneficios en términos de calidad, económicos, y de seguridad para contribuir al cumplimiento de la misión y visión de la FCV (Ver figura 3).

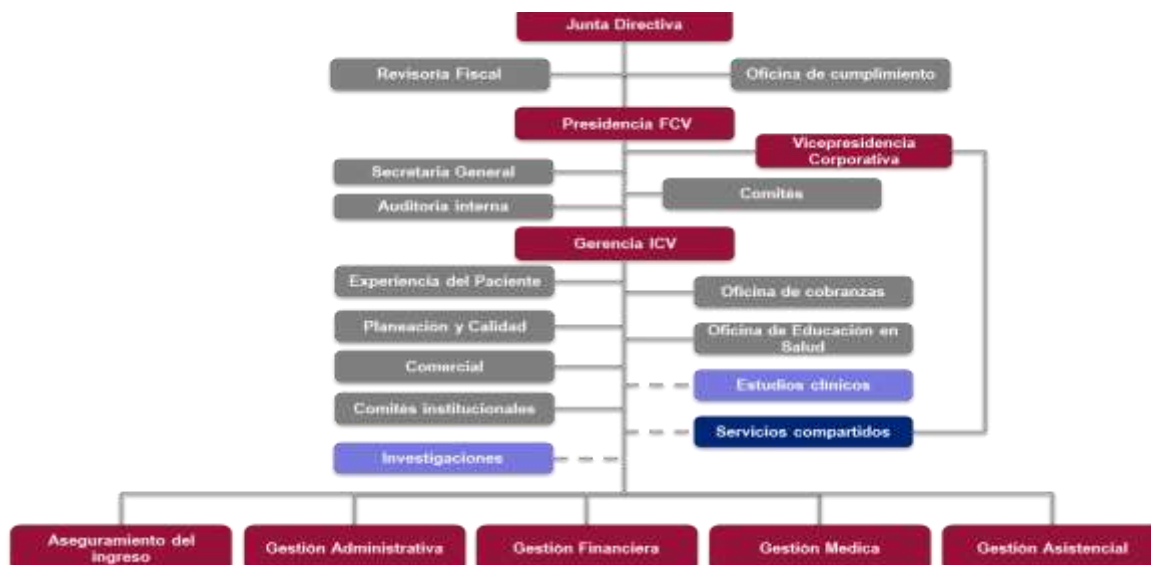
Figura 3. Estructura Organizacional FCV



Autor: (FCV, 2019)

Así mismo, el ICV como todas las unidades de negocio que contribuyen la FCV presenta un organigrama vertical, en el cual se evidencia las áreas específicas de cada actividad y las áreas compartidas con las otras unidades de negocio. También se encuentran las unidades de negocio que están ubicadas en cada complejo médico como por ejemplo en el ICV se encuentra establecida la unidad de negocio: investigaciones FCV (Ver figura 4.).

Figura 4. Estructura Organizacional ICV



Autor: (FCV, 2019)

La FCV cuenta con 1934 empleados que conforman un equipo interdisciplinario de profesionales que tienen como objetivo principal, prestar un servicio de asesoramiento personalizado, preferencial, dedicado y de altos estándares a los pacientes, a sus familias o acompañantes a lo largo de su proceso de atención, dedicados las 24 horas del día y los 7 días de la semana a la atención de alta calidad (FCV, 2019) (Ver tabla 2).

Tabla 2. Número de personal FCV

Personal	ICV	HIC
Médicos Generales	63	88
Médicos Especialistas	89	122
Enfermeras	206	190
Auxiliares de enfermería	270	205
Personal Asistencial	123	139
Personal Administrativo	201	244

Fuente: Autor, 2019 (información suministrada por FCV)

1.4. Reseña Histórica

Su historia viene evolucionando a lo largo del tiempo, creciendo como empresa gracias a las múltiples etapas de transición e innovación que ha tenido a lo largo de su trayectoria, hasta llegar a conmemorar 37 años de presencia en el Departamento de Santander (Ver tabla 3).

Tabla 3. Reseña Histórica

FECHA	SUCESO
1982	Remonta cuando el Variet Childrens Life o Línea de ayuda a los niños programa de Variet y Club Internacional, inspiró la creación del comité “Corazón a Corazón” de Nueva York liderada en Colombia por el Dr. Franklin Roberto Quiroz.
1986	Un grupo de especialistas y personalidades de Bucaramanga se propuso crear una entidad privada sin ánimo de lucro dedicada a tratar las enfermedades del corazón, logrando que un grupo de médicos iniciara las actividades de consulta y prueba de esfuerzo en la Fundación Tercera Edad de la Congregación Mariana.
1987	Se realizan las primeras cirugías cardiovasculares en la Clínica Bucaramanga
1992	La FCV entró a formar parte de la Clínica Carlos Ardila Lulle, adquiriendo el cuarto piso, y ampliando así todos los servicios diagnósticos e intervencionistas de cardiología y cirugía vascular periférica, utilizando salas de cirugía, unidad de cuidados intensivos y hospitalización de esta moderna clínica.
1997	Se inauguró la nueva sede del Instituto del Corazón (IC), un moderno edificio de 14 pisos con una capacidad de 123 camas de hospitalización distribuidas entre tres unidades de cuidados. En este mismo año obtiene el “Premio Nacional de Cardiología”, y se crea la “Corporación Instituto Colombiano de Investigaciones Biomédicas (ICIB)”.
1999	Para garantizar la sostenibilidad en el tiempo, se concibió el Plan Estratégico de la institución, que contempló la diversificación de sus actividades de salud a través de Unidades Estratégicas Empresariales auto-sostenibles que debían funcionar bajo tres conceptos guía: innovación, capacitación y calidad. Como parte de aquella estrategia, en se diseñó un plan de mejoramiento continuo, con el objetivo de alcanzar la certificación ISO 9001.
2001	Se logró la certificación ISO 9001 siendo la Fundación Cardiovascular el primer hospital en Latinoamérica en acceder a una certificación de esa naturaleza.
2006	Nace la Unidad Empresarial de Negocios Telemedicina y Bioingeniería para contribuir a la optimización y modernización de los servicios de salud en Colombia, para ello, se inaugura el Centro Tecnológico Empresarial (CTE) con más de 5.500 metros cuadrados construidos, espacio otorgado a las Unidades Estratégicas de Negocio, con el fin de desarrollar tecnología y conocimiento. A finales de diciembre de ese mismo año, se dio inicio a la operación de la clínica Instituto del Corazón Santa Marta, recibiendo 28 camas, de las cuales 4 eran de Unidades de Cuidados Intensivos adultos donde se atendían servicios de II, III y IV nivel de complejidad en 24 especialidades clínicas.

FECHA	SUCESO
2007	La Fundación Cardiovascular de Colombia recibe la visita de Recertificación ISO 9001 por parte del ente certificador ICONTEC, y abre su nueva Sala de Neonatos, la nueva Unidad de Cuidado Crítico y se consolida la UEN “FCV Telemedicina”, como la más grande institución en este campo a nivel nacional.
2009	La FCV en concordancia con su visión institucional de ser referente a nivel nacional e Internacional en la prestación de servicios para enfermedades de alta complejidad, logra ser la primera institución que recibe la acreditación del modelo internacional Joint Commission International en Colombia. En este mismo año, se continúa con la consolidación de la Oficina de Servicios Internacionales, creada a finales del 2008 como estrategia para facilitar el manejo de pacientes internacionales hacia la institución.
2011	Se dio inicio a la Unidad Estratégica de Negocios Transporte Medicalizado, con la adquisición de un avión Westwind, un Learjet y un helicóptero Robinson, con el objetivo de aportar en pro de la internacionalización de los servicios de la FCV. Durante este año también se dio inicio a la oficina de Biotecnología, Innovación y Desarrollo Tecnológico en busca de fortalecer la innovación e investigación en la FCV.
2016	Luego de desarrollar procesos médicos de éxito en pacientes nacionales e internacionales, y de analizar la demanda de la población en servicios de salud, la FCV llevó a cabo su proyecto más ambicioso en términos de magnitud e impacto social para el país. El nuevo complejo médico especializado que nació dentro del ecosistema de servicios hospitalarios de la FCV, llamado Hospital Internacional de Colombia (HIC), fue inaugurado en julio de dicho año con el objetivo de cubrir las necesidades de la sociedad en términos de salud y capacidad de atención.
2018	En la actualidad, la Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV) es uno de los complejos médicos más importantes de Colombia y uno de los más destacados a nivel Latinoamérica. Se encuentra en la categoría nivel cuatro de complejidad, y es la primera institución en el país acreditada por la Joint Commission International, sello que avala altos estándares de calidad certificada. Además, es un importante Centro de Investigación y Desarrollo Tecnológico en el ámbito regional, nacional e internacional.

Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por FCV).

1.5. Área Específica del trabajo

La práctica empresarial se encuentra bajo la supervisión de la Ingeniera Laura Elena Ordoñez Vides, en el departamento de calidad en el Instituto Cardiovascular, apoyando el proceso de acreditación en salud.

Este departamento tiene como función contribuir al mejoramiento continuo de los Procesos bajo el Sistema de Gestión de la Calidad en la FCV, promoviendo la cultura de calidad orientada hacia la mejora, gestión del conocimiento y la gestión del riesgo; contribuyendo con la gestión documental que apoye al cumplimiento de los objetivos estratégicos con el fin de

garantizar la satisfacción de los Grupos Estratégicos de Negocios, Líneas Estratégicas de Negocio, Direcciones Corporativas y las partes interesadas como clientes, proveedores, usuarios, contratistas e inversionistas (Profesionales de calidad corporativo, 2016).

2. Diagnóstico de la empresa

La FCV es uno de los complejos médicos más importantes de Colombia y uno de los más destacados a nivel latinoamericano. Se encuentra en la categoría nivel cuatro de complejidad, es la primera institución en el país acreditada por la Joan Commission International, sello que avala altos estándares de calidad certificada, actualmente se ubica en el tercer puesto a nivel nacional y el octavo puesto a nivel de Latinoamérica según el ranking de la revista América Economía como el complejo médico a nivel nacional con uno de los mejores modelos de experiencia al paciente, que cuenta con la prestación de servicios de alta complejidad, modernas instalaciones, equipos de última tecnología, un equipo médico conformado por profesionales especializados en todos los campos de la medicina, un portafolio integral de servicios que garantizan tratamientos clínicos de talla mundial a los mejores costos. Además, es un importante Centro de Investigación y Desarrollo Tecnológico en el ámbito regional, nacional e internacional (FCV, 2019, párr. 1-3).

La FCV cuenta con un Departamento de Calidad que trabaja con el fin de garantizar resultados a lo largo del tiempo, detectando fallas y alteraciones en los procesos que pueden perturbar la precisión en los resultados que busca tener la FCV en la prestación de los servicios de salud (FCV, 2019).

Desde este departamento se trabaja bajo un modelo de gestión integral en pro de la satisfacción de los grupos de interés, ofreciendo soluciones especializadas e innovadoras en salud que le permiten a la Fundación un crecimiento rentable y lo posiciona como el mayor proyecto social en Latinoamérica (FCV, 2019).

Como prueba de ello, la FCV decide postularse voluntariamente a los modelos de calidad más exigente del sector obteniendo múltiples galardones desde el año 2001, logrando que el ICV sea uno de las instituciones de salud con mayor número de acreditaciones y reconocimientos en el oriente colombiano, como lo es la Acreditación de la Join Comisión International en el 2009 y la Acreditación nacional en salud en el año 2005. A continuación, se puede observar los reconocimientos obtenidos de los últimos 9 años (FCV, 2019) (Ver figura 5).

Figura 5. Reconocimientos FCV



Autor: (FCV, 2019)

Desde el año 2005 el ICV logró no solo obtener la Acreditación nacional por parte de ICONTEC, si no ser la primera IPS en Colombia en estar certificada. Actualmente el ICV se encuentra en un nuevo ciclo de acreditación el cual tiene una durabilidad de 4 años comenzando el ciclo en el año 2016, programando 2 visitas para los años 2017 y 2019 con el fin de obtener la re-certificación en el año 2020.

Teniendo en cuenta lo programado, la primera visita de seguimiento del nuevo ciclo de acreditación fue realizada en diciembre del año 2017; la cual tenía como alcance la evaluación del cumplimiento de los Estándares de Acreditación en salud en el ICV, establecidos en la Resolución 2082 de 29 de mayo del 2014, teniendo como herramienta base el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia versión 033. Se realizó el informe de autoevaluación ICV el cual obtuvo una clasificación total de los grupos de estándares de 4.0. Debido a que es el promedio de las clasificaciones de los grupos de estándares fue 3.9, 4.1 y 4.0 para el grupo de estándar asistencial, el grupo de estándar de apoyo y el grupo de estándar de mejoramiento de la calidad, respectivamente.

Tabla 4. Calificación por grupo de estándares

GRUPOS DE ESTÁNDARES	Auto evaluación 2017
TOTAL ESTANDARES ASISTENCIALES	3,9
Servicios Hospitalarios	4,0
Servicios Ambulatorios	3,8
Servicios de rehabilitación	3,8
Servicio de Odontología	0,0
Servicios de Laboratorio Clínico, Banco de sangre y Patología	3,8
Servicio de Imágenes Diagnósticas y Terapéuticas	3,6
Sedes integradas en red	0,0
TOTAL ESTÁNDARES DE APOYO	4,1
Direccionamiento	4,1
Gerencia	4,1
Gerencia de Talento Humano	3,9
Gerencia del Ambiente Físico	4,1
Gerencia de la Información	4,1
Gestión de la Tecnología	4,1
TOTAL ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	4,0
Mejoramiento de la calidad servicios asistenciales	3,9
Mejoramiento de la calidad servicios de apoyo	4,1
CALIFICACIÓN TOTAL GRUPOS DE ESTÁNDARES	4,0

Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por FCV).

Según los documentos entregados para la primera visita y el reporte entregado por ICONTEC en el 2018, la junta de acreditación determinó las siguientes fortalezas del ICV (ICONTEC, 2019):

- El evidente compromiso de la junta directiva, todo el equipo directivo y la gran mayoría de los colaboradores con el mejoramiento continuo de la calidad, que se evidencia en la importancia que dan al tema en su direccionamiento estratégico, en las exigencias en materia de mejora que son habituales en todos los niveles de la organización, y en el nivel de apropiación del talento humano de los procesos asistenciales, los requisitos de seguridad y de mejora que constituyen parte esencial de su cultura.
- Se resaltó el importante volumen de estrategias de mejora que implementan de forma permanente, de las cuales destacaron el programa de transformación cultural “yo soy FCV”, la estrategia de los 5 vitales como elemento transformador en el eje de humanización de la atención y las estrategias adicionales encaminadas a mejorar la experiencia del usuario mediante actividades lúdicas vivenciales, así como el plan de formación para el abordaje diferencial a personas con discapacidad, el enfoque y orientación del plan de formación y la capacitación del talento humano, elementos todos que dan cuenta de su trabajo permanente en el mejoramiento de la calidad, que toma como base a la persona.
- Se destacaron los avances en materia de gestión clínica, el alto nivel de cumplimiento de aspectos de seguridad de la atención de acuerdo con la autoevaluación, congruentes con los resultados de aplicación trazados por parte del equipo evaluador.
- Se recalcó el avance en el desarrollo de un enfoque integral de gestión del riesgo en el que se asociaron metodologías, en particular AMFE e ISO 31000, y en el que han identificado

con mayor detalle riesgos residuales, y donde se han logrado realizar intervenciones y acciones más precisas.

- Se destacó los avances en materia de gestión de la tecnología; entre otros, el sistema de correo neumático, la farmacia robotizada, y el curso de gestión de la tecnología en ambientes hospitalarios.
- En cuanto al eje de responsabilidad social se enfatizó en el mantenimiento del programa corazón a corazón y la fundación montañas azules, el programa de cultura de reciclaje, y la creación del gimnasio montañas azules.
- A su vez se consideró como fortaleza importante su capacidad de gestión de la infraestructura física que permite ofrecer condiciones de seguridad, comodidad y privacidad en la atención a pacientes, familiares y visitantes; los avances en gestión ambiental en particular la eficiencia en el uso de recursos no renovables; la actualización y mejora de su sistema de información, y su capacidad de respuesta a retos tecnológicos que implica el nivel de atención que ofrecen.

Según los documentos entregados para la primera visita y el reporte entregado por ICONTEC en el 2018, la junta de acreditación determinó las siguientes oportunidades de mejora del ICV (ICONTEC, 2019):

- Independiente de las acciones que se han desarrollado en materia de gestión de la transformación cultural, es importante que se avance en la adopción de una metodología para la evaluación de la cultura de la organización, en la que se evalúen las características especiales de la institución, se estructure una nueva línea de base, y se planteen nuevas estrategias acorde con la complejidad actual de la institución dado el crecimiento que ha experimentado y los retos que se han asumido.

- En relación con el crecimiento mencionado antes, también es necesario que se fortalezca aún más la gestión del talento humano en particular frente a la medición de la suficiencia, haciendo un balance más preciso de la relación oferta- demanda en el que tengan en cuenta las necesidades de las nuevas unidades de servicio.
- En el mismo sentido se debe avanzar en el plan de intervención de los factores que inciden en la fatiga laboral y en los riesgos psicosociales, que definan nuevas estrategias de intervención y se realice el monitoreo permanente del impacto en las condiciones laborales.
- Por otra parte, es importante fortalecer la gestión del talento humano hacia los terceros de apoyo para alinearlos con las directrices, exigencias, y requisitos de calidad que se han definido.
- Un aspecto importante a fortalecer y en el que posiblemente hay estancamiento en comparación con el resultado de visitas anteriores es el referente a las exigencias de la acreditación en materia de la información al paciente y familia, en temas relacionados con la administración de medicamentos, riesgos del tratamiento, requisitos de preparación para la realización de exámenes, manejo de residuos, y remisión de los pacientes a las actividades de educación, promoción y prevención, orientadas a fomentar el autocuidado.
- En cuanto a la gestión clínica la junta recomendó desarrollar nuevas estrategias para la intervención de las especialidades con mayor tiempo de respuesta a interconsultas para optimizar los tiempos de servicio acorde con las metas establecidas. Ampliar la cobertura tanto de los profesionales evaluados, como de guías en las que se evalúa la adherencia a nivel hospitalario y ambulatorio. Fortalecer la estrategia de reconciliación de medicamentos en los servicios de ambulatorios
- En cuanto al desarrollo del Hospital Internacional de Colombia y su relación con el Instituto Cardiovascular es importante que la Fundación Cardiovascular evalúe en su gestión de

riesgos, aquellos que puedan afectar los resultados de la institución acreditada e introduzca los controles que se requieran, a la vez es importante que se aprovechen las buenas prácticas de la institución acreditada, y se promueva el cumplimiento de estándares superiores en la nueva unidad.

Para la segunda visita de seguimiento, del nuevo ciclo de acreditación, la cual está programada para los días 27, 28 y 29 de mayo del año 2019 se debe presentar toda la documentación teniendo en cuenta la nueva Resolución 5095 de 19 de noviembre del 2018, la cual tiene como herramienta base Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia versión 3. 1. Por tal motivo es necesario actualizar todos los documentos con el fin de dar cumplimiento a los nuevos requisitos y continuar con el proceso de acreditación.

Con base en los elementos anteriormente presentados se formula la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuáles son los requerimientos necesarios en la actualización del Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario Versión 3.1 para la continuidad en la acreditación del Instituto Cardiovascular?**

3. Antecedentes

En términos de Acreditación, tema central del presente proyecto, la historia registra que surge la acreditación en el mundo en el primer siglo A.C. en aquel momento en que se determinaron los estándares relacionados con quien podía practicar la medicina india y China (Ministerio de Salud, 2019).

En 1140, Italia comienza a licenciar a todos los médicos, debido a esto se logra establecer estándares educativos uniformes, exámenes estatales y licenciamiento en el siglo XIX.

En 1917 se realizó el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud en Estados Unidos, debido a que American College of Surgeons (Colegio Estadounidense de Cirujanos) compiló el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales del país hicieran una reevaluación y prescindieran de los servicios deficientes que prestaban. Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Ministerio de Salud, 2019).

En Udine, Italia 1985 se realizó el primer consejo ejecutivo de la International Society for Quality in Health Care (ISQua) que desde entonces se estableció como una sociedad sin ánimo de lucro cuya misión es mejorar la calidad y la seguridad de la atención de la salud a nivel mundial, siendo también el único programa que acredita a los acreditadores dando reconocimiento internacional a aquellos que alcanzan los estándares internacionales aprobados. Cabe resaltar que en Colombia el ICONTEC es la entidad acreditada por el ISQua para ser el acreditador nacional en salud (Ministerio de Salud, 2019).

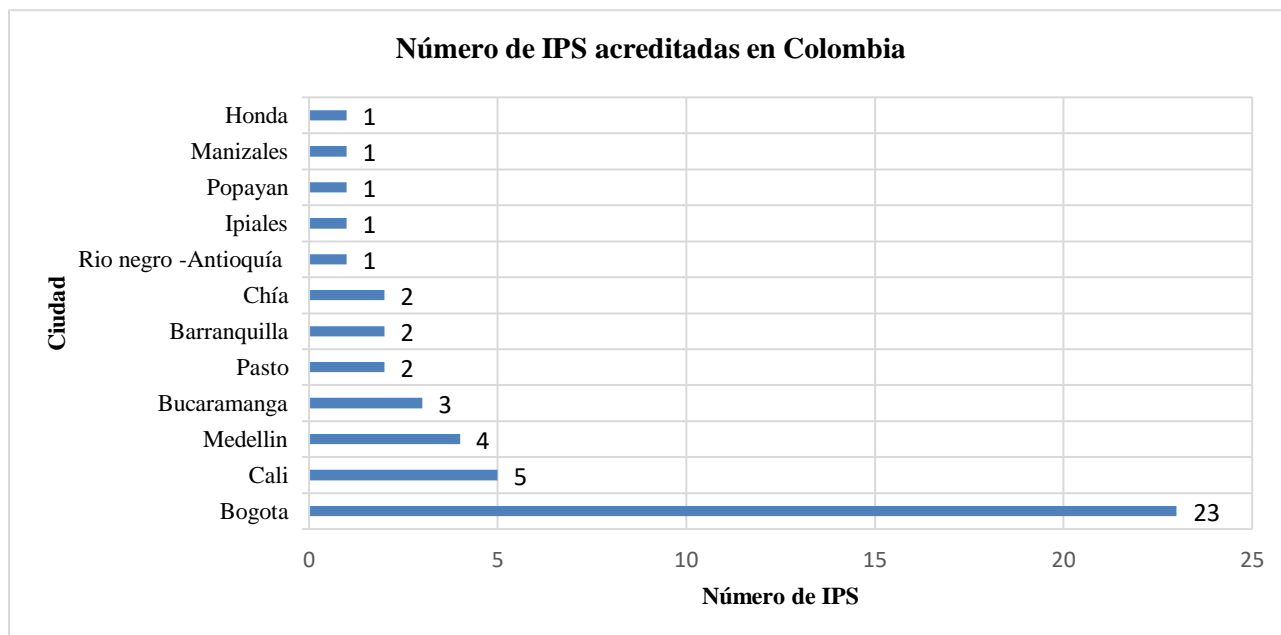
Actualmente, los países como Nueva Zelanda, Japón, Francia, Sudáfrica, Finlandia, Malasia y Argentina han creado sus propios mecanismos de acreditación encaminados a pensar en la salud como un proceso lógico de mejora continua (Ministerio de Salud, 2019).

En cuanto a nivel nacional, la aprobación de la constitución nacional de 1991 identifica la seguridad social como servicio público de obligatoriedad, y lo ha reglamentado mediante decretos modificados a lo largo del tiempo, finalmente el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud lo regula en la actualidad en Colombia (ICONTEC, 2019).

Por medio de investigaciones, revisiones y ajustes, de acuerdo a los principios y programas del ISQua y a la referenciarían en otros países, Colombia logra diseñar el Sistema Único de Acreditación en salud, que cumple con las condiciones legales mínimas de calidad en sus servicios exigidas por las entidades acreditadoras, nacionales e internacionales (ICONTEC, 2019).

Actualmente, Colombia tiene cuarenta y seis Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- Acreditadas, de las cuales tres IPS se encuentran en el departamento de Santander las cuales son: Fundación Cardiovascular de Colombia. –ICV, Fundación Oftalmológica del Santander Clínica Carlos Ardila Lulle (FOSCAL) y Laboratorio Higuera Escalante (Ver gráfica 1).

Gráfica 1. Número de IPS en Colombia



Autor: (ICONTEC, 2019)

Debido a esto, un ejemplo muy cercano de acreditación en salud es el de la clínica FOSCAL ubicada en Floridablanca Santander que cuenta con un Sistema Único de Acreditación en Salud (SUA); que, de acuerdo con la guía básica de acreditación en salud, es una metodología de evaluación externa diseñada y generalmente realizada por una organización no gubernamental, que permite asegurar servicios de salud con alta calidad. Este proceso inició en el año 2003 con la apertura del departamento de atención al usuario y mercadeo, y que hoy en día lleva el nombre de Unidad de Gestión de la Calidad; gracias a este departamento la empresa ha logrado certificarse en la Norma ISO 9001 y ha obtenido varias acreditaciones renovadas a la fecha (Clínica Fiscal, 2019).

En Medellín, el Hospital Pablo Tobón Uribe desde el año 2005 se encuentra acreditado en el Sistema Único de Acreditación en Salud en Colombia, y en el año 2017 recibió la máxima categoría que se le confiere a una Institución que se somete a este proceso voluntario del sistema

obligatorio de garantía de calidad en salud en Colombia, la cual es denominada como acreditación con excelencia.

La FCV en el año 2005 logro obtener la Acreditación en Salud, y desde esa fecha está en un ciclo de acreditación de acreditación que tiene una durabilidad de 4 años, en el cual se realizan las etapas de preparación (autoevaluación) y las etapas de postulación (visita de seguimiento), en el año 2016 inició el nuevo ciclo de acreditación, programando 2 visitas para los años 2017 y 2019 con el fin de obtener la re-acreditación en el año 2020.

La primera visita de seguimiento fue realizada en diciembre del año 2017; la cual tenía como alcance la evaluación del cumplimiento de los Estándares de Acreditación en salud en el ICV, establecidos en la Resolución 2082 de 29 de mayo del 2014, teniendo como herramienta base el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia versión 033. Se realizó el informe de autoevaluación ICV el cual obtuvo una clasificación total de los grupos de estándares de 4.0. Debido a que es el promedio de las clasificaciones de los grupos de estándares fue 3.9, 4.1 y 4.0 para el grupo de estándar asistencial, el grupo de estándar de apoyo y el grupo de estándar de mejoramiento de la calidad, respectivamente.

Posterior a la emisión de la Resolución 5095 de 2018 en Noviembre de 2018, razón por la cual se adoptó el Manual De Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Versión 3.1 debido a que se recibió una notificación por parte de la Dirección de Acreditación en Salud de ICONTEC en donde se insta a la Fundación Cardiovascular de Colombia – Instituto Cardiovascular debe realizar la transición al modelo 3.1.

4. Justificación

Es indispensable para la Fundación Cardiovascular obtener el Certificado de Acreditación debido a que es un reconocimiento de prestigio, respecto al compromiso y logros alcanzados en calidad, frente a la Seguridad del Paciente, la humanización, la gestión del riesgo, la transformación cultural, la gestión de la tecnología y la responsabilidad social, basada en procesos ordenados y el recorrido óptimo de los usuarios y sus familias, desde su entrada hasta el egreso en las instituciones de salud y la Mejora Continua de la Calidad, con principios y valores éticos.

Es fundamental implementar adecuadamente la última versión del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario^{3.1} para obtener la acreditación y dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 5095 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Obtener la acreditación en Salud permitiría que la FCV pueda:

- Garantizar a los usuarios un servicio de salud en condiciones de calidad, humanización, y efectividad, lo cual redundaría en la mejoría de las condiciones de vida y salud de los usuarios que atienden, promocionando el auto cuidado.
- Generar confianza entre los clientes sobre los resultados que se alcancen con los procesos asistenciales y administrativos.
- Garantizar Servicios de salud que cumplen con las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, tales como oportunidad, accesibilidad, seguridad, pertinencia, continuidad, coordinación, efectividad, información, competencia.

- Reconocimiento público en el ámbito de la salud por haber iniciado un proceso de mejoramiento continuo hacia la excelencia.
- Imagen y credibilidad ante los usuarios y la comunidad en general.
- Aportes significativos al desarrollo de un sector vital para la sociedad, de acuerdo con sus objetivos en materia de responsabilidad social.
- Reducir los costos de la no calidad.
- Promover la libertad de elección como eje de la competencia por calidad en el sistema de salud.
- Ser más competitivos y abrir nuevas posibilidades exportando servicios
- Promover una mayor participación del usuario en las decisiones que lo afecten.
- Basar las relaciones de toda la institución en principios y valores.
- Formar líderes en el Mejoramiento Continuo de la Calidad
- Transformar la cultura organizacional
- Comparar y ser referente para la adopción de mejores prácticas
- Acceder a incentivos específicos para la calidad superior.

5. Objetivos

5.1.Objetivo General

Actualizar el Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario Versión 3.1 establecido en la Resolución 5095 de 2018 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el Instituto Cardiovascular, con el fin de cumplir con los estándares requeridos para dar continuidad a la acreditación en Salud.

5.2.Objetivos Específicos

- Identificar los estándares y criterios a evaluar según el Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario Versión 3.1 con el fin de relacionarlos con los procesos del Instituto cardiovascular.
- Evaluar los estándares y criterios según la guía para la preparación acreditación establecidos por ICONTEC con el fin de identificar las fortalezas y oportunidades de mejora del ICV.
- Realizar el informe de auto evaluación de estándares IPS hospitalarias con el fin de dar cumplimiento a los requisitos para la visita de acreditación.
- Socializar los ejes trazadores de acreditación del ICV con el fin de educar al personal para la visita de acreditación en salud.

6. Marco teórico

Con el fin de comprender el proceso de acreditación en salud es necesario conocer los conceptos, parámetros, requisitos, metodologías del sistema evaluativo que permite definir la calidad en el sistema de salud. Por ende, este marco teórico está conformado por un marco conceptual, marco legal, e información importante para el proceso de acreditación, la cual fue obtenida de las fuentes disponibles del ente acreditador ICONTEC (2019).

6.1. Marco Conceptual

- **Manual de Calidad:** Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización.
- **Procedimiento:** Documento que describe la forma y los pasos específicos para llevar a cabo un proceso.
- **Registros:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- **Instructivo:** Documento que detalla una actividad o conjunto de actividades inherentes a un proceso o procedimiento y que por su grado de complejidad o por facilidad de comprensión requiere aclararse.
- **Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados o elementos de salida.
- **Acreditación:** Es la autorización emitida por el organismo de acreditación nacional o internacional a favor de empresas o instituciones, reconociéndoles competencia técnica en una

labor determinada. Estas pueden ser: realizar pruebas de ensayo y calibración, prestar servicios de: inspección y certificación de productos, para sistemas de calidad y de personas.

- **Certificación:** solo puede ser emitida por entidades acreditadas y pueden ser para productos o para sistemas de gestión de la calidad. Estas entidades están autorizadas a evaluar la conformidad del cumplimiento de una norma técnica determinada nacional o internacional, y emitir la constancia respectiva.

6.2. Marco legal

En la ley 100 de 1993, en sus artículos 186 y 227 establece la creación de un sistema de garantía de calidad y de acreditación en salud. Con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, el Ministerio De Salud reglamento el Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De La Atención En Salud. La medida esta contendía en el Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002.

El Sistema Único de Acreditación es un componente del Sistema de Garantía de Calidad, que tiene como objetivo demostrar el cumplimiento de altos niveles de calidad de manera voluntaria.

El Ministerio de la protección social, a través de la resolución 003557 del 19 de noviembre de 2003, adjudico el concurso de méritos MPS-03-2003 que designa al Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificaciones (ICONTEC) como entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA). Es por lo que ICONTEC establece tener presente las siguientes normatividades (Ver tabla 5).

Tabla 5. Normatividad ICONTEC

NORMATIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Ley 100 de 1993	2004-08-26 LEY 100 DE 1993
Decreto 0903 de 2014	Sistema Único de Acreditación en Salud
Resolución 2082 de 2014	Operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud Guía Práctica de preparación para la Acreditación en Salud
Resolución 346 de 2017	Inscripción ICONTEC Registro Especial de Acreditadores en Salud
Resolución 3960 de 2008	Manual De Estándares De Acreditación Para Las Direcciones Territoriales De Salud 2008
Resolución 0123 de 2012	Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. Versión 3,0
Resolución 5095 del 19 de noviembre del 2018	Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. Versión 3,1

Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por ICONTEC).

6.3. Sistema de acreditación en salud

El Sistema de Acreditación en Salud (SUA) es un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), que se define como: “El conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar, y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.”

Según el Icontec, el Certificado de acreditación es un reconocimiento de prestigio, respecto del compromiso y logros alcanzados por la institución en materia de superación de los niveles mínimos de calidad de la atención en salud, frente a la seguridad del paciente, la humanización, la gestión del riesgo, la transformación cultural, la gestión de la tecnología y la responsabilidad social, basada en procesos ordenados y el recorrido óptimo de los usuarios y sus familias, desde su entrada hasta el egreso en las instituciones de salud y la mejora continua de la calidad, con principios y valores éticos.

6.4. Ejes de la acreditación en salud

Los ejes del modelo evaluativo de acreditación deben ser afrontados de manera sistémica desde una cultura organizacional transformada, donde se alinean las normas, la cultura y la ética; inmersa a su vez en la responsabilidad social entendida como la corresponsabilidad entre las instituciones, la sociedad y los individuos, 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 (Ver figura 6).

Figura 6. Ejes de la acreditación



Autor: (ICONTEC, 2019)

6.5. Etapas del proceso de acreditación en salud

Las etapas que deben seguir las instituciones prestadoras de servicios de salud para alcanzar la acreditación son las siguientes:

La primera etapa es la preparación, debido a que inicia con la decisión de la institución de acreditarse, para lo cual debe elaborar una autoevaluación interna periódica y sistemática, que documenta en el informe de autoevaluación con el que realiza la solicitud al ente acreditador.

Para ello la empresa conforma equipos de autoevaluación encargados de verificar y promover el cumplimiento de los estándares, mejoramiento, documentación del proceso y difusión del mismo a toda la organización.

La organización puede considerar que ha obtenido el nivel de mejora necesario después de haber desarrollado mecanismos formales de auto calificación para luego si presentarse y obtener un resultado positivo. Se trata de un proceso de generación y transformación cultural.

La segunda etapa es la solicitud para la evaluación de acreditación, la cual consiste en la presentación formal ante el ente acreditador, en la cual se presenta el documento de auto evaluación y los requisitos de entrada exigidos, entre los que se encuentran: política de seguridad del paciente, política de humanización, código de buen gobierno, código de ética o conducta, plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad, certificado de habilitación vigente, indicadores de gestión, desarrollo de los comités institucionales, soportes del cumplimiento de normas legales y demás elementos que garantizan que la institución ya superó el nivel de exigencia legal básico.

La tercera etapa es la evaluación donde el equipo del ente certificador realiza la visita para verificar el desarrollo y la implementación de los estándares de acreditación mediante la aplicación durante la evaluación de herramientas como paciente trazador, la cual contiene entre otros temas, las metas internacionales de seguridad del paciente, encuestas a trabajadores y usuarios, análisis de ruta causal de eventos adversos, listas de verificación del proceso de atención y del ambiente físico, revisión de documentos y aplicativos. El modelo evaluativo contempla además, entrevistas con los equipos de autoevaluación, con los líderes de temas transversales clínicos y administrativos de la organización (guías de práctica clínica, farmacovigilancia, tecno vigilancia, prevención y control de infecciones, seguridad de paciente,

comités, entre otros) con la junta directiva y asociación de usuarios; éstas herramientas y técnicas permiten verificar y constatar la información presentada en la autoevaluación con lo sustentado por la institución y lo evidenciado en el proceso de atención del paciente, durante la visita de evaluación; de tal forma que los evaluadores puedan evidenciar los avances de la organización en materia de calidad, enfoque, implementación y resultados de los estándares, así como la interiorización de la filosofía de acreditación centrada en el usuario y su familia en la institución.

Esta etapa finaliza con la emisión del Informe que describe los hallazgos, fortalezas, oportunidades de mejora y calificación, a partir del cual la Junta de Acreditación Nacional toma la decisión de otorgar o negar la acreditación.

La cuarta etapa es el ciclo de acreditación, en la cual durante los cuatro años del ciclo, que inicia a partir de la fecha de emisión del Certificado de otorgamiento, se efectúan dos evaluaciones de seguimiento, con el fin de monitorizar y comprobar el mejoramiento continuo organizacional; en caso de evidenciar el no cumplimiento de los estándares en cualquiera de las anteriores visitas, la Junta de Acreditación tendrá la discrecionalidad de decidir la continuidad o no de la categoría otorgada a la Institución. En la figura 7 se observa en síntesis el proceso de Acreditación en salud.

Figura 7. Proceso de acreditación en salud



Autor: (ICONTEC, 2019)

6.6. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario

Este manual está contenido por una estructura dividida en estándares que se encuentran ordenados de la siguiente manera: la primera sección representa los estándares del proceso de atención al cliente asistencial, diseñada de acuerdo al proceso de atención genérico de un paciente y compuesta por unos subgrupos de estándares que datan sobre los derechos y seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso, tratamiento, evaluación de la atención, la salida y el seguimiento al paciente; finalmente se encuentra el subgrupo de sedes integradas en red referente a los procesos de articulación de las diferentes sedes tomando como base la gestión de calidad propuesta por la acreditación.

La segunda sección de los estándares incluye procesos administrativos que son críticos para el apoyo de los procesos asistenciales y se subdividen en seis grupos de estándares tales como:

- **Direccionamiento:** relacionado con el proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobierno de la empresa.
- **Gerencia:** enfoque en el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobierno frente a las áreas y funciones clave que la institución desarrolla permanentemente.
- **Gerencia del Talento Humano:** gestiona el recurso humano desde su planeación, retiro y mejoramiento continuo.
- **Gerencia de la Información:** integración de todas las áreas asistenciales y administrativas en relación con la información clínica y administrativa, y cómo usarla a nivel de toda la organización.
- **Ambiente Físico:** relacionado con las decisiones tomadas a nivel de la estructura física para que su funcionalidad colabore con el adecuado proceso asistencial.
- **Gestión de Tecnología:** hace alusión a la gestión integral de los recursos tecnológicos, desde la planeación, renovación y los efectos de su utilización.

La tercera sección está conformada por los estándares de mejoramiento de la calidad que aplican a todos los procesos evaluados tanto en los estándares asistenciales como en los de apoyo (Ver Figura 8).

Figura 8. Grupo de Estándares



Autor: (ICONTEC, 2019)

6.7. Modelo evaluativo de los estándares para la acreditación

Los estándares han sido diseñados para ser evaluados por medio de un proceso con las siguientes características:

- Evaluación orientada a resultados centrados en el paciente/cliente: evidencia la medida en que la institución los obtiene a través de su desempeño, centrándose en los procesos o estructuras con alta correlación con el resultado.
- Evidencia del comportamiento de elementos medibles: la metodología de evaluación tiene el propósito de buscar y calificar el cumplimiento de los estándares, mediante la evidencia del comportamiento de elementos medibles.

El evaluador se debe concentrar en el “qué”, dejando el “cómo” a las instituciones: la metodología evalúa en las instituciones la manera como han implementado sus procesos para el cumplimiento de los estándares, respetando su autonomía para elegir la manera más adecuada según sus condiciones específicas.

- Seguimiento a pacientes trazadores: el método principal para la búsqueda de la evidencia es la metodología basada en el seguimiento a pacientes trazadores, a través de la cual se evalúa el ciclo de atención de un usuario en los servicios de salud y el desempeño organizacional, que debe ocupar la mayor parte del tiempo de evaluación o autoevaluación. En el tiempo restante, se pueden continuar empleando las técnicas de verificación actuales: reunión con los equipos, revisión de la documentación, recorrido por las instalaciones y entrevista con usuarios y colaboradores (Ministerio de Salud, 2018, pág. 21).

Se hace recomendaciones acerca de las acciones que debe desarrollar la institución durante la etapa de preparación para la evaluación, incluyendo el establecimiento y funcionamiento de equipos de trabajo, la preparación para la visita de evaluación por parte de los evaluadores.

Las ideas son recomendaciones técnicas no obligatorias, puesto que no es la única forma de llevar a cabo la evaluación para la acreditación. El contenido del texto está organizado en un formato y lenguaje fácilmente accesibles para los integrantes del equipo de salud y de apoyo logístico y administrativo de las instituciones para que tanto en las IPS como en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios puedan conocer los aspectos relacionados con:

- Las decisiones gerenciales que la organización debe asumir para la planeación y preparación para la evaluación de acreditación, así como los aspectos relacionados con la conformación de los equipos de acreditación

- Los aspectos relacionados con la autoevaluación, calificación del grado de cumplimiento de los estándares y recomendaciones para identificar y direccionar los procesos de mejoramiento
- Lo relacionado con algunos elementos que desde el inicio del proceso la organización debe tomar en consideración para desarrollar una exitosa coordinación con el ente acreditador, en especial para la visita de evaluación y recomendaciones para las acciones que se darían en la fase posterior a la visita por parte del ente acreditador.
- Finalmente, se incluyen en un apéndice algunas sugerencias que le permitan documentar y organizar algunos de los aspectos críticos del proceso. Cada organización debe decidir cuál es la mejor manera de utilizar la guía (ICONTEC, 2019).

7. Diseño Metodológico

Teniendo como base el alcance de la práctica, el diseño para la misma es descriptivo ya que se trabaja con información documentada existente en la empresa y de la mano con todo el personal que labora en la Institución Cardiovascular.

Las actividades establecidas para lograr el desarrollo o alcance de la práctica que se pretende son: realizar reunión con el comité de calidad, en el cual se establece las actividades a ejecutar para lograr el proceso de acreditación en salud, socializar el plan de trabajo con los funcionarios encargados del proceso de recertificación, hacer revisión bibliográfica, conocer los requisitos descritos en el Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario versión 3.1, identificar los procesos, procedimientos e instructivos de cada área de trabajo en el Instituto Cardiovascular y relacionarlos con los estándares estipulados en la nueva versión del Manual.

Además, definir la metodología para la evaluación de los criterios según los estándares estipulados para evaluarlos y así obtener una calificación cualitativa y cuantitativa para establecer las fortalezas y oportunidades de mejora y poder realizar los informes requeridos por ICONTEC para obtener la acreditación en salud en la Fundación Cardiovascular.

También, se debe actualizar los integrantes del comité de mejoramiento debido a que dicho comité son los responsables de implementar la metodología descrita anteriormente.

La investigación se desarrolla en el municipio de Floridablanca, en la sede del Instituto Cardiovascular donde se cuenta con el personal que labora y los pacientes para el desarrollo de este proyecto.

8. Resultados y Discusión

Con la implementación de la metodología se desarrollaron los objetivos específicos planteados para dar continuidad al proceso de acreditación del Instituto Cardiovascular, en el presente capítulo se describen los resultados obtenidos de cada uno de los objetivos específicos establecidos.

8.1 Identificación de los estándares

Para realizar el proceso de autoevaluación en el ICV, se apoyó en la Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud establecida por ICONTEC como documento base. Según lo indica la guía de preparación, y como lo tienen establecido en el ICV, se conformó un comité de mejoramiento continuo con el fin de establecer el equipo interdisciplinario, el cual es el responsable de:

- Establecer las metas y objetivos de los equipos.
- Programar las reuniones.
- Establecer los eventos importantes para los equipos.
- Determinar la conformación de los equipos
- Observar el funcionamiento de los equipos.
- Definir la forma de aproximación y la estrategia para realizar la autoevaluación.
- Responder a las recomendaciones de evaluaciones pasadas.
- Escoger y preparar clientes para entrevistas.
- Seleccionar los equipos para la evaluación.
- Asegurarse de que existe comunicación entre el grupo de planeación y los diferentes equipos.

A continuación, se relaciona los colaboradores que hacen parte del comité de mejoramiento continuo, los cuales son líderes de cada servicio y área del ICV (Ver tabla 7).

Tabla 6. Comité de mejoramiento continuo ICV

COMITÉ DE MEJORAMIENTO CONTINUO		
Líder del Equipo	Laura Elena Ordoñez Vides	
Cargo	Jefe de Planeación y Calidad	
Nombre	Equipo de autoevaluación que representa	Cargo
1. Víctor Raúl Castillo	Direccionamiento y Gerencia	Presidente FCV
2. Sonia Stella Ramírez	Direccionamiento y Gerencia	Vicepresidente Corporativo
3. Olga Lucia Moreno	Direccionamiento y Gerencia	Gerente FCV Instituto Cardiovascular
4. Sandra Liliana Moreno	Direccionamiento y Gerencia	Coord. Operaciones Administrativas
5. Ruby Emile Dueñas	Cliente Asistencial	Jefe de Gestión Asistencial
6. Claudia Ximena Clavijo	Cliente Asistencial	Subgerente Medica
7. Diana Patricia Betancourt	Cliente Asistencial	Medica de Gestión Clínica
8. Tatiana Rocío Egea	Cliente Asistencial	Coordinadora de Experiencia del Paciente
9. Doris Moreno	Cliente Asistencial	Coordinadora de Servicios Ambulatorios
10. Liliana Hernández Arce	Cliente Asistencial	Subgerente Imágenes Diagnósticas
11. Yamile Higuera	Cliente Asistencial	Coord. Laboratorio Clínico
12. Jaidy Johanna Pérez	Cliente Asistencial	Enfermera Coordinadora de Seguridad del paciente
13. Rosemary García	Gerencia del Talento Humano	Directora de Desarrollo de Talento Humano
14. Alicia Pabón	Gerencia del Talento Humano	Directora de Relaciones Laborales
15. Frank Serrano	Gerencia del Ambiente Físico	Jefe de Ingeniería Hospitalaria
16. Adriana Vega	Gestión de la Tecnología	Jefe de Ingeniería Clínica
17. Silvia Andrea Tristancho	Gestión de la Tecnología	Directora Técnica de Farmacia
18. Ángel Mauricio Arenales	Gerencia de la Información	Jefe de Sistemas
19. Jefferson Miranda	Gerencia de la Información	Profesional Sistemas Estadístico
20. Ailén Rocío Hernández	Mejoramiento de la Calidad	Enfermera de Calidad
21. Diana María García	Mejoramiento de la Calidad	Medico de Calidad
22. Yessica Espinosa	Mejoramiento de la Calidad	Enfermera de Calidad

Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por FCV).

A su vez se conformaron equipos específicos para realizar la autoevaluación acorde con el grupo estándar al que pertenecen. Estos equipos están conformados por colaboradores que intervienen directamente en el servicio o área del grupo de estándar a evaluar, y los líderes del equipo los cuales pertenecen al comité de mejoramiento continuo debido a que son los responsables de implementar todas las decisiones establecidas en el comité (Ver tabla 8).

Tabla 7. Equipos de Autoevaluación por grupos estándar ICV

GRUPO ESTÁNDAR	EQUIPO DE APOYO
Estándar Asistencial	Equipo de Cliente Asistencial Hospitalario – Ambulatorio
	Equipo de Direccionamiento y Gerencia
Estándar de Apoyo	Equipo de Gerencia Talento Humano
	Equipo de Gerencia del Ambiente Físico
	Equipo de Gestión de la Tecnología
	Equipo de Gerencia de la Información

Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por FCV).

Específicamente el estándar de direccionamiento y gerencia es evaluado por el mismo equipo, mientras que el grupo de estándar asistencial está conformado por 14 equipos asistenciales. (Ver tabla 9).

Tabla 8. Equipos del estándar cliente asistencial ICV

Estándar Asistencial	Sub-Equipo
Equipos del proceso de atención cliente asistencial	Equipo de autoevaluación hospitalario
	Equipo Primario de Mejoramiento de Urgencias
	Equipo Primario de Mejoramiento de Hospitalización
	Equipo Primario de Mejoramiento de Cuidados Intensivos
	Equipo Primario de Mejoramiento de Cirugía
Equipo de servicios ambulatorios	Equipo de autoevaluación ambulatorio
Equipos primarios de mejoramiento de servicios de consulta externa	Equipo Primario de Mejoramiento de Consulta Externa Médica y Paramédica

Estándar Asistencial	Sub-Equipo
	Equipo Primario de Mejoramiento de Salud Pública y Promoción y Prevención
Equipos primarios de mejoramiento de servicios de rehabilitación	Equipo Primario de Mejoramiento de Terapias (Física, Ocupacional, Lenguaje y Respiratoria)
	Equipo Primario de Mejoramiento de Rehabilitación Cardíaca, Pulmonar y Visual
	Equipo Primario de Mejoramiento de Psicología y Salud Mental
Equipos primarios de mejoramiento de imágenes diagnósticas y terapéuticas	Equipo Primario de Mejoramiento de Imágenes diagnósticas
	Equipo Primario de Mejoramiento de Imágenes Terapéuticas
Equipo primario de mejoramiento de servicio de laboratorio clínico, banco de sangre y patología.	Equipo Primario de Mejoramiento de Laboratorio Clínico, Banco de Sangre y Patología

Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por FCV).

Cabe resaltar que el equipo del área de calidad del ICV interviene en todos los equipos conformados, además fue el responsable de realizar el análisis del nuevo Manual de acreditación con el fin de identificar los cambios del Manual Acreditación Ambulatorio y Hospitalario versión 3.0 a la versión 3.1. A continuación, se relaciona el grupo de estándar con las respectivas modificaciones como se observa en las siguientes tablas.

Tabla 9. Modificaciones del grupo de estándares asistenciales

MODIFICACIONES O INCLUSIONES DEL GRUPO DE ESTÁNDARES ASISTENCIALES			
ESTANDAR	CODIGO	MODIFICACIÓN	EXPLICACIÓN
	5 (AsSP1)	Nuevo criterio	Se incluye la estrategia de comunicación sobre eventos adversos a pacientes y familias
	6. (AsSP2)	Se incorpora nuevo criterio	Se expresa la articulación de la encuesta de clima de seguridad con la definición de acciones de mejoramiento.

MODIFICACIONES O INCLUSIONES DEL GRUPO DE ESTÁNDARES ASISTENCIALES			
ESTANDAR	CODIGO	MODIFICACIÓN	EXPLICACIÓN
Seguridad del paciente	7 (AsSP3)	Se incorporan criterios	Explicita la totalidad de prácticas seguras propuestas en el estándar y enlaza con la “Guía técnica de buenas prácticas en seguridad de Pacientes “y los paquetes instrucciones.
	8 (AsSP4)	Nuevo estándar	Se incluye estándar y criterios para el programa de prevención y control de infecciones y lavado de manos
Acceso y registro e ingreso	9 a 75	Cambia nomenclatura y codificación	Modifica por inclusión de nuevo estándar en el grupo Así
Evaluación de necesidades al ingreso	20 (AsEV1)	Ampliación del alcance y Cambio en la redacción del estándar	Se explicita el proceso de identificación de las necesidades de salud de todos los pacientes
Planeación de la atención	40 (AsPL18)	Nuevos criterios	Incorpora evaluación del cumplimiento de medidas de bioseguridad.
Evaluación de la atención	47(AsEVA1)	Cambia código	Cambia código de subgrupo del estándar 47al 50
Sedes integradas en red	67 (AsSIR9)	Cambia redacción	Se retira la opción de acrónimos en los registros

Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por el Manual de acreditación versión 3.1).

Tabla 10. Modificaciones del grupo de estándares de apoyo

MODIFICACIONES O INCLUSIONES DEL GRUPO DE ESTÁNDARES DE APOYO			
ESTANDAR	CODIGO	MODIFICACIÓN	EXPLICACIÓN
Estándar de Direccionamiento	76 a 88	Cambia nomenclatura	Modifica por inclusión de nuevo estándar en el grupo Asistencial
Estándar de Gerencia	89 a 103	Cambia nomenclatura	Modifica por inclusión de nuevo estándar en el grupo AsSP
Estándar de Gerencia del talento humano	06 (TH3)	Se agrega texto en el estándar	Se explicita la planificación del talento Humano
	107 (TH 4)	Nuevo Estándar	Explicita programa de inducción de personal
	108 a 120	Cambia nomenclatura y codificación	Modifica por inclusión de nuevo estándar en el grupo
Estándar de Gerencia del ambiente físico	121 a 131	Cambia nomenclatura	Por inclusión de nuevos estándares en grupo Asistencial y de Gerencia del Talento Humano
Estándar de Gestión de la tecnología	132 a 141	Cambia nomenclatura	Por inclusión de nuevos estándares en grupo Asistencial y de Gerencia del Talento Humano

MODIFICACIONES O INCLUSIONES DEL GRUPO DE ESTÁNDARES DE APOYO			
Estándar de Gerencia de la información	142 a 155	Cambia nomenclatura	Por inclusión de nuevos estándares en grupo Asistencial y de Gerencia del Talento Humano
	152 (GI11)	Cambio en redacción	Se elimina la opción de utilizar siglas.

Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por el Manual de acreditación versión 3.1).

Tabla 11. Modificaciones del grupo de estándares de mejoramiento de la calidad.

MODIFICACIONES O INCLUSIONES DEL GRUPO DE ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
ESTANDAR	CODIGO	MODIFICACIÓN	EXPLICACIÓN
Estándar de Mejoramiento de la calidad	156 a 160	Cambia nomenclatura	Por inclusión de estándar en grupo de Gerencia del Talento Humano

Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por el Manual de acreditación versión 3.1).

Se determinó que en total se evaluarán 136 de 160 estándares establecidos en el Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario Versión 3.1 puesto que se acordó que 24 estándares no aplican en el ICV debido a que no están relacionados con los servicios que el ICV, presta como lo son los siguientes estándares:

- Las organizaciones que están centradas en prestar sus servicios y responsabilizarse de una población específica. Debido a que el ICV presta sus servicios a todas las EPS afiliadas, más no a una comunidad específica.
- Las organizaciones que presta servicios odontológicos, servicio el cual el ICV no presta, debido a que no tiene consultorios especializados en odontología, únicamente realiza un proceso odontológico como manera preventiva en la preparación de un paciente para cirugía, sí y solo si el paciente presenta foco de infecciones en la cavidad oral.

- Las organizaciones que prestan sus servicios bajo la modalidad de sedes integradas en red, criterio que no puede ser evaluado por que el ICV no presta sus servicios bajo esta modalidad

A continuación, se presentan los estándares que no se tendrán encuentra en el proceso de autoevaluación:

GRUPO ESTÁNDAR ASISTENCIAL		
ESTÁNDAR	N° CRITERIOS	CRITERIO
Acceso	Estándar 10. Código: (AsAC2)	En caso de organizaciones integradas en red, se identifica un rango de proveedores o puntos de atención en salud y de rutas de acceso. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.
	Estándar 23. Código: (AsPL1)	Si la organización tiene responsabilidades en grupos poblacionales específicos, tiene procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población bajo su responsabilidad y establece mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad. Criterios: <ul style="list-style-type: none"> – Se define el enfoque de riesgo. – Se priorizan los riesgos críticos. – Se mide el impacto. – Se gestionan y evalúan los resultados
Planeación de la atención	Estándar 25. Código: (AsPL3)	En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se cuenta con mecanismos que permitan involucrar al usuario como corresponsable de su cuidado oral y que contribuya al éxito del tratamiento odontológico.
	Estándar 26. Código: (AsPL4)	En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se aseguran los mecanismos que permitan corroborar el historial médico del paciente y las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.
	Estándar 50. Código: (AsEVA4)	La organización que presta servicios de odontología garantiza que se desarrollen en forma sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral, teniendo en cuenta entre otros los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> – Portafolio de servicios de la institución. – Detección de necesidades y expectativas del usuario y su familia. – Mecanismos para medir la adherencia al plan de tratamiento. – Indicadores de efectividad y oportunidad.
Evaluación de la atención	Estándar 59. Código: (AsSIR1)	Existe una definición explícita de las razones de conformación de la red y el diseño está en función de ofrecer facilidades de atención al paciente y su familia.
	Estándar 60. Código: (AsSIR2)	Si la red de prestación cuenta con una diferenciación explícita de servicios por cada prestador, esta información debe ser clara para el usuario, así como para el proceso de asignación de citas.
	Estándar 61. Código: (AsSIR3)	Para el caso anterior, la gerencia de la red garantiza que cuenta con procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes prestadores, los cuales aseguran la coordinación y la continuidad del proceso de atención del usuario.

GRUPO ESTÁNDAR ASISTENCIAL		
ESTÁNDAR	N° CRITERIOS	CRITERIO
Sedes integradas en red	Estándar 62. Código: (AsSIR4)	La red cuenta con un proceso centralizado de monitorización de la calidad de las historias clínicas y de los resultados clínicos obtenidos, incluyendo el análisis de eventos adversos. Lo anterior no excluye la participación de personal que labora en cada una de las organizaciones que hacen parte de la red. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.
	Estándar 63. Código: (AsSIR5)	Existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Existen planes operativos de los procesos e incluyen la contribución de las sedes al direccionamiento estratégico general. Los planes operativos cuentan con metas e indicadores que permiten evaluar la gestión de cada sede. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.
	Estándar 64. Código: (AsSIR6)	El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se genera la sinergia y coordinación en torno al paciente entre los diferentes prestadores. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia. El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos.
	Estándar 65. Código: (AsSIR7)	Los sistemas de información de la red deben garantizar que se cuenta con una base de datos unificada de los registros y las atenciones de los pacientes, a la cual puede tener acceso cada uno de los diferentes prestadores en el sitio donde se presta la atención a los pacientes.
	Estándar 66. Código: (AsSIR8)	Cuando se tengan varias sedes y el usuario pueda consultar en varias de ellas, debe existir un sistema para que la historia clínica se comparta y se consolide luego de cada visita del paciente, sin importar si la información está en medio magnético o físico (papel). Criterio: - El usuario puede solicitar la cita en la IPS de su preferencia
	Estándar 67. Código: (AsSIR9)	Los registros que son usados en los procesos de atención a los pacientes deben estar estandarizados, tanto en contenidos clínicos como administrativos. Los registros deben garantizar su completitud, independientemente de donde se reciba y atienda el paciente y debe facilitar la coordinación y continuidad de los cuidados del mismo.
	Estándar 68. Código: (AsSIR10)	Independientemente de la información que se genere y almacene en cada uno de los prestadores de la red, la gerencia de la red recolecta, procesa y analiza información de sus prestadores a nivel central. Los análisis deben poderse desagregar desde el desempeño en conjunto de la red hasta el desempeño individual de cada prestador.
	Estándar 69. Código: (AsSIR11)	La gerencia de la red garantiza, para aquellos casos en los que el paciente es visto con un enfoque integral de atención por varios prestadores de la red, que en cada una de estas atenciones se evalúe el estado de salud del mismo y esta información quede consignada en los registros clínicos.
	Estándar 70. Código: (AsSIR12)	La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman recibe información detallada y oportuna acerca de servicios, programas, directrices, políticas, etc., que son emanadas desde esta gerencia.

GRUPO ESTÁNDAR ASISTENCIAL		
ESTÁNDAR	N° CRITERIOS	CRITERIO
Estándar 71. Código: (AsSIR13)		La gerencia de la red debe articular las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos.
Estándar 72. Código: (AsSIR14)		La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman presenta condiciones de ambiente físico acordes con los desarrollos planificados, las políticas organizacionales y las exigencias de la acreditación.
Estándar 73. Código: (AsSIR15)		La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación y operativización de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, acorde con el grado de complejidad de los prestadores.
Estándar 74. Código: (AsSIR16)		Existe un plan de mediano plazo para la presentación a la acreditación de todas las sedes integradas en red. En caso de presentación gradual, debe precisarse el tiempo del proceso completo e incluir en primer término la sede principal y las sedes en las que se atiende el mayor número de usuarios.

Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por el Manual de acreditación versión 3.1).

ESTÁNDAR GRUPO DE APOYO		
ESTÁNDAR	N° CRITERIOS	CRITERIO
Estándar de Direccionamiento	Estándar 86. Código: (DIR11)	<p>En las instituciones con sedes integradas en red, existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes.</p> <p>Lo anterior no es óbice para que cada uno de los prestadores posea un plan estratégico de trabajo fundamentado en los objetivos y metas del direccionamiento estratégico de la red, mencionado anteriormente. Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se generan la sinergia y la coordinación en torno al usuario entre las diferentes sedes. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia. - El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos. - El presente estándar no exime a cada uno de los diferentes prestadores que hacen parte de la red de cumplir con los demás estándares y secciones descritos en este manual. - La planeación y el gerenciamiento del estándar, si bien deben ser centralizados en cabeza de una red, no implica que las instituciones que la conforman no hagan parte de la planeación, la monitorización y la mejora de dichos procesos, de acuerdo con las directrices emanadas de la gerencia de la red. - El estándar debe ser cumplido sin importar si las instalaciones físicas de los diferentes prestadores son propiedad o no de la organización que gerencia la red.
		<p>En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos.</p> <p>La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores. Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El presente estándar no exime a cada uno de los diferentes prestadores que hacen parte de la red de cumplir con los demás estándares y secciones descritos en este manual.
Estándar de Gestión de la Tecnología	Estándar 138. Código: (GT7)	

-
- La planeación y el gerenciamiento del estándar, si bien deben ser centralizados en cabeza de la red, no implica que las instituciones que la conforman no hagan parte de la planeación. Monitorización y mejora de dichos procesos, acorde a las directrices emanadas de la gerencia de la red.
 - El estándar debe ser cumplido sin importar si las instalaciones físicas de los diferentes prestadores son propiedad o no de la organización que gerencia la red.

Estándar 139.
Código: (GT8)

La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores.

Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por el Manual de acreditación versión 3.1).

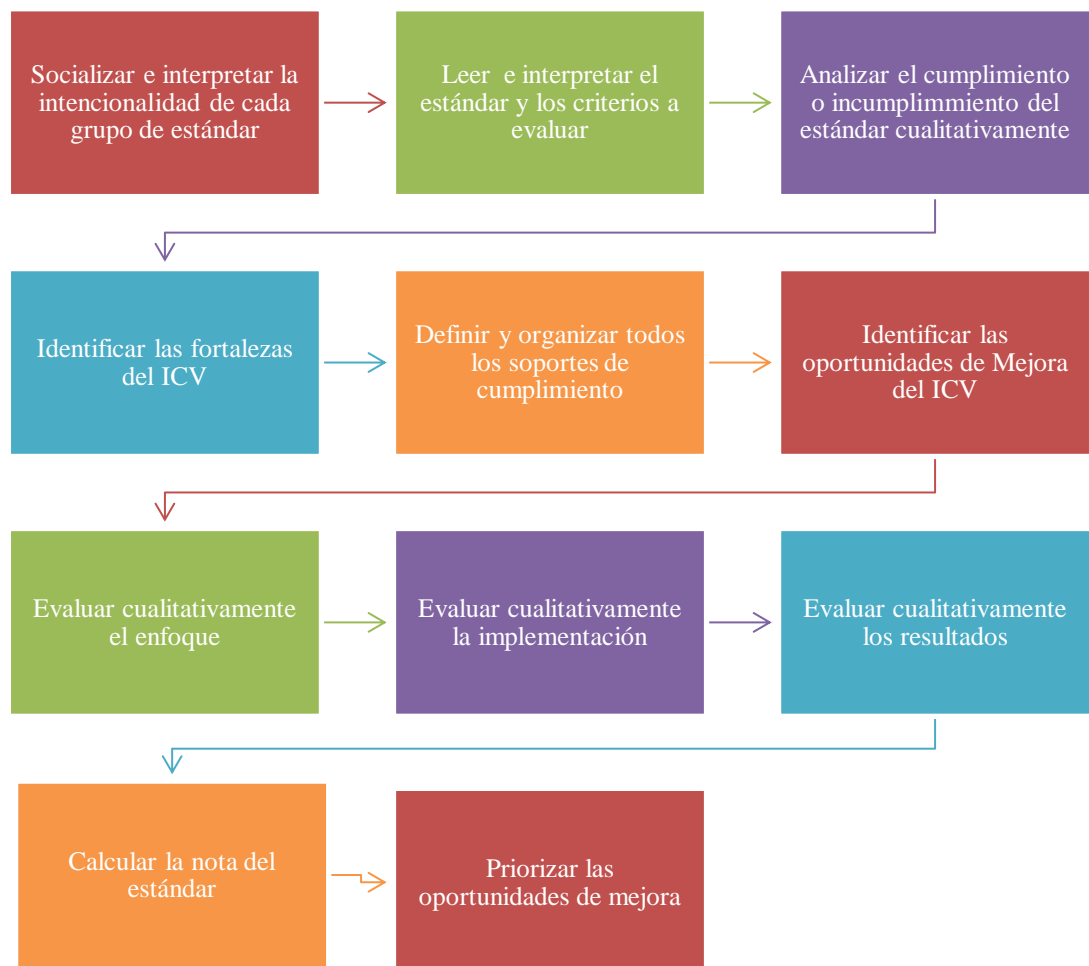
El comité de mejoramiento continuo aprobó la conformación de los equipos evaluadores teniendo en cuenta la relación entre los ejes trazadores y los cargos responsables del cumplimiento de los mismos, también socializó las modificaciones del manual vigente, como lo son la incorporación de nuevos criterios o estándares, o la modificación en nomenclatura y codificación, además estableció que se evaluarán 136 de 160 estándares, puesto que se determinó que 24 estándares no aplican para el ICV debido a que no están relacionados con los servicios que se prestan. Las evidencias de estas decisiones quedan consignadas en las actas de reunión del comité de mejoramiento continuo los cuales están programadas para los primeros quince días de cada mes, fue necesario realizar reuniones extraordinarias para lograr alcanzar todos los requisitos establecidos en el proceso de autoevaluación.

8.2 Evaluación de los estándares

Según la guía de preparación de acreditación de ICONTEC, es necesario realizar una matriz de autoevaluación donde se deben valorar cada uno de los estándares de manera cualitativa y cuantitativa.

Para el registro de la matriz de autoevaluación fue indispensable realizar un trabajo en equipo con los líderes de cada grupo de estándar, los cuales analizaron los criterios teniendo en cuenta la siguiente metodología:

Figura 9. Metodología implementada ICV para el proceso de autoevaluación.



Fuente: Autor, 2019

Para la autoevaluación de los estándares cualitativamente es indispensable como primera medida, socializar la intencionalidad del grupo de estándar debido a que este proceso ayuda a los equipos a entender la globalidad del grupo de estándar para facilitar el proceso de calificación del estándar individual. Además, se estipuló que:

- Se debe enfocar estrictamente en la frase estándar.
- Se debe identificar los puntos más destacados del criterio.
- Se pueden dar breves ejemplos de evidencia que sean soporte del cumplimiento del estándar por parte de la organización.
- Se debe tratar de ser exhaustivo en la idea sin que su descripción se vuelva anecdótica o extensa.

A su vez, es fundamental que el equipo evaluador realice una lectura analítica del estándar a evaluar, con el fin de lograr el consenso de la interpretación del estándar para establecer el objetivo, y así poder determinar el cumplimiento o incumplimiento por medio de fortalezas y/o oportunidades de mejora las cuales se definen respondiendo a las siguientes preguntas:

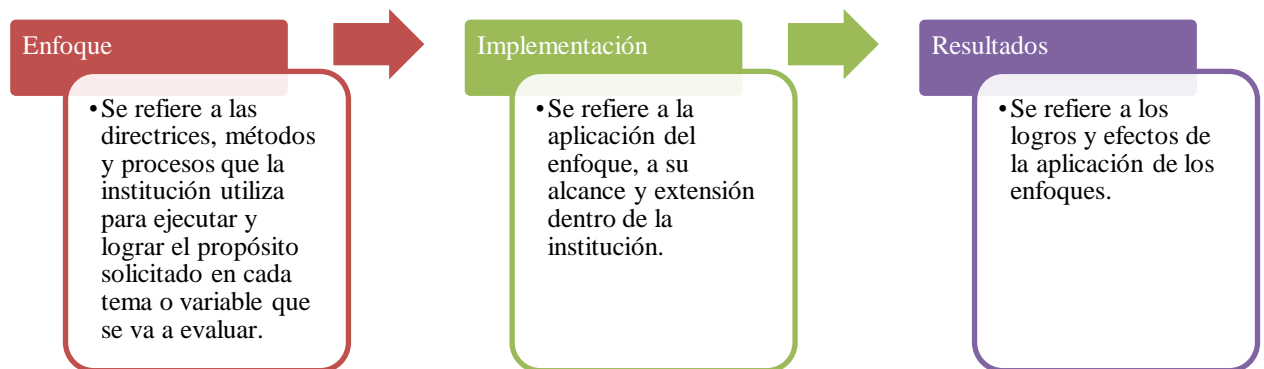
- ¿Cuáles son los procesos a través de los cuales la organización obtiene el cumplimiento de los estándares?
- ¿Cómo se ejecuta o se hacen los procesos, actividades o tareas a través de los cuales se cumplen los estándares?
- ¿De las actividades y/o servicios que se prestan, que es un hecho o una evidencia de cumplimiento de los estándares?
- ¿Cuál es el resultado de las actividades y/o servicios prestados?
- ¿Cómo se miden los resultados de las actividades y/o servicios prestados?

- ¿Qué se debe cambiar para mejorar el resultado de los procesos?
- ¿Cómo cubrir la diferencia entre lo que se está haciendo y lo que se necesita hacer?

Una vez definidas las fortalezas y oportunidades de mejora es necesario establecer y organizar los soportes de cumplimiento, en caso de que el evaluador lo solicite en la visita programada.



Para la autoevaluación cuantitativa se estipularon 3 factores a evaluar, los cuales tienen su respectiva hoja radar que permite calificar de 1 a 5 cada estándar para establecer un promedio, tanto por estándar individual como por grupos de estándar. Los Factores a evaluar son:



Figura 10. Factores a evaluar ICV





Fuente: Autor, 2019

A continuación, se presenta la hoja radar de acuerdo a cada factor a evaluar:

	HOJA RADAR PARA CALIFICACIÓN ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN					
VARIABLE	Escala de clasificación					
	1	2	3	4	5	
	ENFOQUE					
Enfoque Sistémico: ejercicio de aplicación disciplinado que abarca todos los procesos y el contenido del estándar, que hace una visión de conjunto de la institución; que contempla un ciclo PHVA	<p>El enfoque es esporádico, no está presente en todos los servicios o procesos, no es sistémico y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.</p>	<p>Comienzo de un enfoque sistémico para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunos servicios o procesos. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega están documentado.</p>	<p>El enfoque es sistémico, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en procesos clave.</p>	<p>El enfoque es sistémico tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de los procesos. Relacionado con el direccionamiento estratégico.</p>	<p>El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todos los procesos, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.</p>	
Enfoque Proactivo: Grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad, a partir de la gestión del riesgo.	<p>El enfoque es esporádico, no está presente en todos los servicios o procesos, no es sistémico y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.</p>	<p>Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas. Etapas iniciales de la gestión del riesgo.</p>	<p>Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos aun cuando existen algunos en donde se actúa reactivamente. Se identifican herramientas de la gestión del riesgo.</p>	<p>El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo en todos los procesos y se evidencian resultados parciales del a gestión del riesgo.</p>	<p>El enfoque es proactivo y preventivo en todos los procesos. Hay evidencia de la gestión del riesgo.</p>	



	HOJA RADAR PARA CALIFICACIÓN ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN					
VARIABLE	Escala de clasificación					
	1	2	3	4	5	
	ENFOQUE					
Enfoque Evaluado y Mejorado: forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos).	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre procesos claves que abarcan la mayoría de los productos y servicios.	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.	



Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por FCV).

	HOJA RADAR PARA CALIFICACIÓN ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN					
VARIABLE	Escala de clasificación					
	1	2	3	4	5	
IMPLEMENTACIÓN						
Despliegue en la Institución: grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en los distintos servicios o procesos de la organización.	El enfoque se ha implementado en algunos servicios o procesos, pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunos servicios o procesos operativos principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en servicios o procesos claves y no existen grandes brechas con respecto a otros servicios o procesos.	Existe un enfoque bien desplegado en todos los servicios o procesos, con brechas no significativas en aquellos de soporte.	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevos servicios o procesos en forma integral y responde al enfoque definido en todos los servicios o procesos claves.	
Apropiación por el cliente interno y/o externo: Grado en que el cliente del despliegue (cliente interno y/o externo) entiende y aplica el enfoque, según la naturaleza y propósitos del estándar.	El enfoque no lo apropian los clientes.	Hay evidencias de apropiación en unos pocos clientes internos o externos, pero éste no es consistente.	Hay evidencias de apropiación parcial del enfoque en los principales clientes con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque lo apropian la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.	El enfoque está apropiado en la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.	

Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por FCV).

	HOJA RADAR PARA CALIFICACIÓN ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN					
VARIABLE	Escala de clasificación					
	1	2	3	4	5	
RESULTADOS						
Pertinencia: Grado en que los resultados referidos (hechos, datos e indicadores) se relacionan lo criterios y requisitos del estándar evaluado.	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunos servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el servicio o proceso, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el servicio o proceso o el punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.	
Consistencia: Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia que algunos logros son causados por el enfoque implementado por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y las acciones sistemáticas de mejoramiento.	

	HOJA RADAR PARA CALIFICACIÓN ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN					
VARIABLE	Escala de clasificación					
	1	2	3	4	5	
RESULTADOS						
Avance de medición: Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un periodo de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos.	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunos servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunos servicios o procesos reportados pueden estar en etapas recientes de medición.	Existen procesos de medición sistémicos para la mayoría de los servicios o procesos y factores claves de éxito solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos.	
Tendencia: Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.	El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que, aunque no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias, el proceso es sistemático y se empiezan tomar decisiones operativas con base en la información.	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves de estándar. Proceso sistemático y estructurado.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de los servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios, lo cual refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.	

	HOJA RADAR PARA CALIFICACIÓN ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN					
VARIABLE	Escala de clasificación					
	1	2	3	4	5	
RESULTADOS						
Comparación: Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos.	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas prácticas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistemáticas.	Existe una política de comparación con las mejores prácticas y se encuentra en etapa temprana de comparación de algunos procesos, productos críticos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de servicios o procesos, productos y/o factores claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.	

Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por FCV).

Según la autoevaluación realizada por los equipos responsables, basados en las hojas radar establecidas anteriormente se calculó que el ICV obtiene las siguientes calificaciones en el proceso.

Tabla 12. Resultados de la autoevaluación ICV

RESULTADOS DE AUTOEVALUACIÓN FCV-ICV												
GRUPO DE ESTÁNDARES	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL	
	Sistemático	Pro actividad	Evaluable y mejorado	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación		
Atención cliente asistencial	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,4
Direccionamiento	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	4,3
Gerencia	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	4,3
Gerencia del Talento Humano	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,4
Gerencia del Ambiente Físico	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,4
Gestión de la Tecnología	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	4,3
Gerencia de la Información	5,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	5,0	4,0	4,0	3,0	4,1
Mejoramiento de la Calidad	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4,2
PROMEDIO	5,0	4,9	4,9	4,9	4,0	4,0	4,0	4,0	4,1	4,0	3,4	4,3
PROMEDIOS TOTALES		4,9			4,4			3,9				4,3

Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por FCV).

Según la autoevaluación realizada el ICV obtuvo una calificación final de 4.3, concluyendo que es una entidad de salud que cumple con los estándares de calidad para brindarles un mejor servicio a sus pacientes. Esto permite continuar en el proceso de acreditación soportando la visita de seguimiento para obtener la certificación nacional.

También se identificó que el factor de evaluación con mayor calificación es el enfoque con una calificación promedio de 4.9, esto se debe a que el ICV cuenta con personal idóneo, en donde se trabaja de manera organizada en todos los procesos respondiendo a los distintos criterios del estándar relacionados con el direccionamiento

estratégico. Además, se cuenta con evidencia de la gestión del riesgo y se establecen las acciones de mejoramiento de las actividades y/o servicios que presenta la institución.

A su vez se identificó que el factor de evaluación con menor calificación es el de resultados con una calificación promedio de 3.9, dicha calificación no es baja ni crítica, esto se debe a que el proceso de comparación obtuvo una calificación promedio de 3,4, por ende, debe fortalecerse. No obstante, los objetivos y metas logradas son coherentes con las establecidas en el proceso de enfoque logrando así procesos de medición para poder analizar las tendencias y los niveles de satisfacción.

Además, se calculó el puntaje tanto por grupos de estándar como en general por medio de una regla de tres según lo determina ICONTEC. A continuación, se presenta el puntaje obtenido del ICV.



GRUPO DE ESTÁNDARES	CALIFICACIÓN	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE ICV
Proceso de atención al cliente asistencial	4.2	250	211
Direccionamiento	4.2	42	35
Gerencia	4.3	25	22
Gerencia del talento humano	4.2	42	35
Gerencia del ambiente físico	4.3	30	26
Gestión de tecnología	4.3	25	22
Gerencia de la información	4.2	36	30
Mejoramiento de la calidad	4.3	50	43
TOTAL	4.3	500	424

Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por FCV).

Al terminar la autoevaluación se debe identificar claramente las acciones de mejoramiento que se adelantarán para alcanzar el pleno cumplimiento de los estándares, debido a esto es necesario priorizar todas las oportunidades de mejora encontradas.

Para esto se estableció una hoja rodar la cual evalúa el riesgo, costo y volumen de la oportunidad de mejora, con el fin de identificar aquellas que requieran de un nivel mayor de atención, a través de una ponderación asignada de 0 a 125, estableciendo que si la calificación es superior a 70 debe quedar registrado en el Plan Integral de Mejoramiento (PIME) del ICV.

Con fundamento en lo anterior, se estableció que 19 de 46 oportunidades de mejora, deben estar consignadas en el PIME, esta herramienta institucional tiene como objetivo la gestión integral de acciones correctivas, preventivas y de mejora generadas de los procesos internos de autocontrol y evaluaciones externas. A continuación, se presenta la hoja radar con la priorización de las oportunidades de mejora de la autoevaluación.

 FCV Corporación Páez	HOJA RADAR PRIORIZACIÓN OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN					 Instituto Cardiovascular HOSPITAL GENERAL DE LA ESPINA
VARIABLE	Escala de calificación					
	1	2	3	4	5	
Riesgo	Cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento		Cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento.		Cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento.	
Costo:	Si al no realizarse el mejoramiento no se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución		Si al no realizarse el mejoramiento se afecta moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.		Si al no realizarse el mejoramiento se afecta notablemente las finanzas y la imagen de la institución.	
Volumen	Si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve.		Si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.		Si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externo	

Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por FCV).

A continuación, se presentan las oportunidades de mejora que obtuvieron un valor mayor a 70 y se establecieron dentro del PIME:

CÓDIGO	OPORTUNIDADES DE MEJOR	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
Estándar 18. Código: (AsREG2)	Reforzar con el personal médico los registros en evoluciones médicas, los retrasos en la atención.	4	4	5	80
Estándar 20. Código: (AsEV1)	Articular el protocolo de enfoque diferencial y de alto riesgo en uno solo.	4	4	5	80
Estándar 21. Código: (AsEV2)	Obtener la información objetiva de las remisiones a programas de PyP por parte del personal médico asistencial hospitalario y ambulatorio, a través de un informe gerencial.	4	4	5	80
Estándar 41. Código: (AsEJ1)	Informe gerencial que permite identificar los tiempos para Medición de oportunidad por especialidad y por horas.	4	4	5	80
Estándar 43. Código: (AsEJ3)	Garantizar la disponibilidad de las GPC para las patologías más frecuentes de acuerdo al perfil epidemiológico institucional Crear cronograma de revisión de los documentos actuales en intención y actualización Considerar estrategias de referencia nacional e internacional para la evaluación de historia clínica y GPC.	5	4	4	80
Estándar 82. Código: (DIR7)	Implementar sistema de información que permita monitorizar costos y gastos diariamente.	5	5	5	125

CÓDIGO	OPORTUNIDADES DE MEJOR	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
Estándar 83. Código: (DIR8)	Fortalecer la monitorización mensual de los servicios, a través de análisis de los resultados de los indicadores de gestión clínica frente al cumplimiento de sus metas, y posterior formulación de estrategias para el cumplimiento de las mismas.	5	5	5	125
Estándar 107. Código: (TH4)	Incrementar la participación de los Médicos especialistas en los procesos de Inducción- Reinducción- Entrenamiento.	5	5	4	100
Estándar 112. Código: (TH9)	Indagar con Subgerencia médica si está quedando evidencia en hoja de vida del entrenamiento de los médicos.	5	5	3	75
Estándar 149. Código: (GI8)	Integración de la gestión y análisis de los procesos administrativos con la gestión clínica.	5	5	3	75
Estándar 152. Código: (GI11)	Identificación individual de los colaboradores que son reiterativos en el uso de siglas.	5	4	5	100
Estándar 153. Código: (GI12)	Mejora en el tiempo de análisis de indicadores en cada uno de los servicios.	5	5	3	75
Estándar 121. Código: (GAF1)	Actualizar Matriz de riesgos del ambiente físico Análisis de Vulnerabilidad – Matriz Káiser.	4	4	5	80
Estándar 122. Código: (GAF2)	Fortalecer conocimiento en los terceros relacionado con las áreas que integran el manejo del ambiente físico	4	4	5	80

CÓDIGO	OPORTUNIDADES DE MEJOR	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
Estándar 123. Código: (GAF3)	Matriz de aspecto impacto Ambiental.	4	4	5	80
Estándar 132. Código: (GT1)	Estructurar la metodología o el mecanismo para evaluar la eficiencia y costo-efectividad de la tecnología nueva adquiría.	5	4	5	100
Estándar 156. Código: (MCC1)	Contar con una herramienta informática que permita articular las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes.	4	5	5	100
Estándar 158. Código: (MCC3)	Fortalecer en los líderes conocimientos sobre metodología de análisis de causa raíz para los PIMEs, que facilite el planteamiento de las actividades propuestas.	5	4	5	100
Estándar 159. Código: (MCC4)	Implementar nuevos mecanismos de divulgación de resultados de mejoramiento de la calidad.	4	4	5	80



Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por FCV).

Teniendo en cuenta las calificaciones obtenidas en la matriz de autoevaluación y las fortalezas estipuladas se concluye que el ICV es una entidad de salud que cumple con los estándares de calidad para brindarles un mejor servicio a sus pacientes, permitiendo continuar en el proceso de acreditación soportando la visita de seguimiento para obtener la certificación en salud.

8.3 Informes de autoevaluación



Teniendo en cuenta que el informe de autoevaluación de estándares IPS hospitalarias es un informe definido y establecido por ICONTEC, y está conformado por dos partes, donde la primera parte es el perfil de la institución y la segunda parte es el resultado de la autoevaluación con las oportunidades de mejoras de los hallazgos encontrados por la última visita de seguimiento, se continuó con la metodología de trabajo en equipo. Este trabajo se realizó con el colaborador que tiene bajo su responsabilidad el eje de trabajo y con un colaborador de la oficina de calidad para brindar asesoría en el diligenciamiento del formato de forma correcta.

Los informes requeridos por ICONTEC son un formato específico en donde se tiene definida la información necesaria, las normas y formatos para continuar con el proceso de acreditación. A continuación, está el índice establecido por ICONTEC de la información solicitada para el primer informe el cual es un referente al perfil institucional, en el anexo 2 se encuentra el detalle de este informe.

	INFORME DE AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIA PARTE 1. PERFIL DE LA INSTITUCIÓN VISITA DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA VERSIÓN 3.1 RESOLUCIÓN 5095 DE 2018	
INDICE		
SECCION A. INFORMACIÓN GENERAL DE LA INSTITUCIÓN;Error! Marcador no definido.		
SECCION B. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS;Error! Marcador no definido.		
1.SERVICIOS HOSPITALARIOS;Error! Marcador no definido.		
2.SERVICIOS AMBULATORIOS;Error! Marcador no definido.		
3. REHABILITACIÓN;Error! Marcador no definido.		

4.SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA	¡Error! Marcador no definido.
5. IMÁGENES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS	¡Error! Marcador no definido.
6.LABORATORIO CLÍNICO, BANCO DE SANGRE Y PATOLOGÍA	¡Error! Marcador no definido.
7.SEDES INTEGRADAS	¡Error! Marcador no definido.
SECCIÓN C. INFRAESTRUCTURA Y GESTION DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	¡Error! Marcador no definido.
SECCIÓN D. DISTRIBUCIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	¡Error! Marcador no definido.
SECCION E. GESTION DE LA INFORMACIÓN	¡Error! Marcador no definido.

A continuación, está el índice establecido por ICONTEC de la información solicitada para el segundo informe el cual es un referente resultado de la autoevaluación con las oportunidades de mejoras de los hallazgos encontrados por la última visita de seguimiento (Ver anexo 3).

	INFORME DE AUTOEVALUACIÓN VISITA DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN SALUD MANUAL DE ESTÁNDARES AMBULATORIO Y HOSPITALARIO VERSIÓN 3.1 RESOLUCIÓN 5095 DE 2018	
PARTE 2 – AUTOEVALUACIÓN DE ESTANDARES PARA IPS HOSPITALARIA		
INDICE		
EQUIPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL..... ¡Error! Marcador no definido.		
EQUIPOS Y AUTOEVALUACIÓN DE ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN CLIENTE ¡Error! Marcador no definido.		
2.1 EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN HOSPITALARIO..... ¡Error! Marcador no definido.		
2.1.1 EQUIPO PRIMARIO DE MEJORAMIENTO DE URGENCIAS..... ¡Error! Marcador no definido.		
2.1.2. EQUIPO PRIMARIO DE MEJORAMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN..... ¡Error! Marcador no definido.		
2.1.3. EQUIPO PRIMARIO DE MEJORAMIENTO DE CUIDADOS INTENSIVOS..... ¡Error! Marcador no definido.		
2.1.4. EQUIPO PRIMARIO DE MEJORAMIENTO DE CIRUGÍA..... ¡Error! Marcador no definido.		
2.2 EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS..... ¡Error! Marcador no definido.		

2.2.2 EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN ¡Error! Marcador no definido.

2.2.3 EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO DE ODONTOLOGÍA ¡Error! Marcador no definido.

2.2.4 EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS..... ¡Error! Marcador no definido.

2.2.5 EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO, BANCO DE SANGRE Y PATOLOGÍA ¡Error! Marcador no definido.

3. AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL..... ¡Error! Marcador no definido.

3.1 OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO DE LOS EJES DE LA ACREDITACIÓN, DE LA EVALUACIÓN ANTERIOR:

..... ¡Error! Marcador no definido.

3.1.1. HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN..... ¡Error! Marcador no definido.

3.1.2 SEGURIDAD DEL PACIENTE ¡Error! Marcador no definido.

3.1.3 GESTIÓN DE TECNOLOGÍA ¡Error! Marcador no definido.

ENFOQUE Y GESTIÓN DEL RIESGO ¡Error! Marcador no definido.

3.1.5 TRANSFORMACIÓN CULTURAL..... ¡Error! Marcador no definido.

3.1.6 RESPONSABILIDAD SOCIAL..... ¡Error! Marcador no definido.

3.2 ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL AMBULATORIO Y HOSPITALARIO ¡Error! Marcador no definido.

OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO DE LA EVALUACIÓN ANTERIOR ¡Error! Marcador no definido.

3.3. ESTÁNDAR DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD ¡Error! Marcador no definido.

3.3.1 OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO DE LA EVALUACIÓN ANTERIOR ¡Error! Marcador no definido.

3.4. ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD..... ¡Error! Marcador no definido.

4. AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE APOYO..... ¡Error! Marcador no definido.

4.1 AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO ¡Error! Marcador no definido.

4.1.1 OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO DE LA EVALUACIÓN ANTERIOR ¡Error! Marcador no definido.

4.1.2 ESTÁNDAR DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD ¡Error! Marcador no definido.

4.2 AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES DE GERENCIA ¡Error! Marcador no definido.

4.2.1 OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO DE LA EVALUACIÓN ANTERIOR ¡Error! Marcador no definido.

4.2.2 ESTÁNDAR DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD ¡Error! Marcador no definido.

4.3 AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO ... ¡Error! Marcador no definido.

4.3.1 OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO DE LA EVALUACIÓN ANTERIOR ¡Error! Marcador no definido.

4.3.2. ESTÁNDAR DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD ¡Error! Marcador no definido.

4.4 AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO.....	¡Error! Marcador no definido.
OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO DE LA EVALUACIÓN ANTERIOR	¡Error! Marcador no definido.
4.4.2 ESTÁNDAR DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	¡Error! Marcador no definido.
4.5 AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	¡Error! Marcador no definido.
4.5.1 OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO DE LA EVALUACIÓN ANTERIOR	¡Error! Marcador no definido.
4.5.2 ESTÁNDAR DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	¡Error! Marcador no definido.
4.6 AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
4.6.1 OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO DE LA EVALUACIÓN ANTERIOR	¡Error! Marcador no definido.
4.6.2 ESTÁNDAR DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	¡Error! Marcador no definido.
4.7 AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	¡Error! Marcador no definido.
OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO DE LA EVALUACIÓN ANTERIOR	¡Error! Marcador no definido.

8.4 Socialización

Con el fin de socializar todos los ejes necesarios para la acreditación se realizó un material didáctico que les permitirá a los colaboradores tener conocimiento y estar preparados ante la visita de seguimiento, en donde se realizará una entrevista al personal.

A continuación, se relaciona el material que se realizó:

- Video: Es un material didáctico realizado para todo el personal con el fin de socializar como se implementan los ejes trazadores en el ICV, se divulgó por medio del correo electrónico institucional y vía whastapp por medio de los líderes de los equipos (Ver anexo 4).

Imagen 1. Video de acreditación en salud.



Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por FCV).

- Cartilla: Es un material realizado específicamente para el personal asistencial debido a que su contenido es una relaciona entre los ejes trazadores y conocimientos generales de información de salud. Se divulgaron 25 cartillas en físico, y por medio del correo electrónico institucional, también vía whastapp por medio de los líderes de los equipos (Ver anexo 5).

Imagen 2. Cartilla de acreditación en salud.

1. SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. ¿Cuáles son los objetivos internacionales de seguridad del paciente y la adherencia durante el 2018?

Estrategia	2018
1. Identificar correctamente a los pacientes.	74.7%
2. Mejorar la comunicación efectiva.	76.1%
3. Reducir la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.	77.2%
4. Verificar Chequeo seguro.	78.8%
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.	77.4%
6. Reducir el riesgo de caídas de los pacientes.	77.4%
7. Prevenir lesiones por presión.	77.2%

2. ¿Cuáles son los dos identificadores institucionales del paciente?

- Nombre y Apellido Completo
- Número de identificación.



Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por FCV).

- Stand de Acreditación nacional: En la semana del paciente que son los días del 6 al 10 de mayo, se realizó una jornada de capacitación para el personal asistencial donde en 15 minutos se informó todo lo referente a la acreditación en salud y se recordaron todos los conocimientos que se deben saber y tener en cuenta para la visita de acreditación, se divulgó también en este espacio el video y se realizó una dinámica referente a los ejes de acreditación.

Imagen 3. Stand de acreditación en salud.



Fuente: Autor, 2019 (Información suministrada por FCV).

9. Conclusiones y recomendaciones

El Instituto Cardiovascular con el desarrollo de esta práctica empresarial busca dar continuidad al proceso de autoevaluación para el 2019, partiendo con la actualización del Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario Versión 3.1 con el fin de dar seguimiento al nuevo ciclo de acreditación comenzado en el año 2016.

Es fundamental realizar la comparación del Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario Versión 3.0 con la versión 3.1 ya que permitió identificar cuales actualizaciones deben incorporarse en el seguimiento de la acreditación como lo son: los nuevos estándares o criterios a evaluar, y el cambio de codificación o nomenclatura, y cuales estándares no aplicaban; determinando que se evaluaron 136 de 160 estándares, debido a que se acordó con los equipos de trabajo que 24 estándares no aplican para el ICV evitando un desgaste administrativo y técnico del proceso de autoevaluación.

Se fortaleció la metodología que el ICV viene implementando desde el nuevo ciclo de acreditación el cual inició en el año 2016, debido a que se actualizaron todas las actividades realizadas para la autoevaluación del año 2017, como lo son: la conformación del comité de mejoramiento continuo, y los equipos de trabajo; para así dar veracidad y confiabilidad en la información presentada en la matriz de autoevaluación y los informes de acreditación.

El Instituto Cardiovascular se encuentra preparado para seguir el ciclo de acreditación debido a que obtuvo una calificación final de 4.3 en el proceso de autoevaluación gracias al cumplimiento de los estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia versión 3. 1.

Se identificó que los factores de evaluación con mejores resultados fueron el enfoque y la implementación debido a que obtuvieron una calificación de 4.9 y 4.4 respectivamente. Mientras que la menor calificación que obtuvo el Instituto Cardiovascular es el de resultados con una calificación 3,9, debido a que el proceso de comparación con otros institutos de salud obtuvo un promedio de 3.4, lo anterior indica que se debe realizar actividades de mejora enfocadas a las labores del área administrativas como lo son: Direccionamiento, Gerencia, Gerencias de la información y Gestión de la tecnología.

La implementación de las hojas rodar permitió la evaluación del riesgo, costo y volumen de la oportunidad de mejora, identificando aquellas que requieran de un nivel mayor de atención, a través de una ponderación superior a 70, las cuales deben quedar registradas en el Plan Integral de Mejoramiento PIME del ICV. Lo anterior permitió concluir que a 30 de 140 oportunidades de mejora son necesarias incluir en el PIME con el fin de establecer las acciones correctivas, preventivas, y de mejora necesarias para el proceso de acreditación.

Al realizar los informes de autoevaluación solicitados por ICONTEC se determinó que el ICV cumple con el enfoque del eje de acreditación, el cual es asegurar que las IPS en Colombia tenga un proceso de mejoramiento continuo. Esto se concluye, al comparar las autoevaluaciones del 2017 con el 2019 se observa una mejoría en la calificación de los estándares ya que el resultado en el 2017 fue de 4.2 en el promedio final y el en el enfoque, implementación y resultados se estableció una calificación de 4.8, 4.2 y 3,8 respectivamente.

Es de vital importancia que el ICV establezca un medio de comunicación en el cual se evidencien todas las actividades que realizan las diversas áreas, con el fin de establecer

una mejor comunicación entre los colaboradores administrativos y asistenciales, debido a que al socializar los ejes de acreditación se evidenció en el personal asistencial, poco conocimiento en los ejes de acreditación que no tienen referencia netamente médica como lo fueron: humanización, gestión de la tecnología, gestión de la información, cultura organizacional y responsabilidad social.

11. Bibliografía

Clínica Foscal. (18 de 02 de 2019). *Plan Estratégico*. Obtenido de

<http://www.foscal.com.co/institucion/plan-estrategico/>

FCV. (15 de 02 de 2019). *Acerca de la fundación* . Obtenido de

<http://www.fcv.org/site/experiencia-del-paciente/enfermedades-y-tratamientos-az/d#>

FCV. (13 de 02 de 2019). *Fundación Cardiovascular*. Obtenido de Fundación

Cardiovascular: <https://www.fcv.org/site/oficina-de-servicios-internacionales/servicio-internacionales/nuestro-equipo>

FCV. (13 de 02 de 2019). *Somos FCV*. Obtenido de <http://www.fcv.org/corp/somos-fcv>

FCV. (13 de 02 de 2019). *Somos FCV*. Obtenido de <http://www.fcv.org/corp/somos-fcv>

FCV. (s.f.). *Fundación Cardiovascular*. Recuperado el 13 de Febrero de 2019, de

<http://www.fcv.org/site/acerca-de-la-fcv/filosofia-corporativa/quienes-somos-0>

FCV. (s.f.). *Fundación Cardiovascular*. Recuperado el 13 de 02 de 2019, de

<https://www.fcv.org/site/oficina-de-servicios-internacionales/servicio-internacionales/nuestro-equipo>

FCV. (s.f.). *Fundación Cardiovascular*. Recuperado el 13 de 02 de 2019, de

<http://www.fcv.org/corp/somos-fcv>

Fundación Cardiovascular. (13 de 02 de 2019). *Fundación Cardiovascular*. Obtenido de .

<http://www.fcv.org/site/acerca-de-la-fcv/filosofia-corporativa/quienes-somos-0>

ICONTEC. (18 de 02 de 2019). *Ejes de la Reacreditación* . Obtenido de

<https://www.icontec.org/Ser/EvCon/Paginas/Eja.aspx>

ICONTEC. (18 de 02 de 2019). *Etapas del proceso de reacreditación* . Obtenido de

<https://www.icontec.org/Ser/EvCon/Paginas/Eproa.aspx>

ICONTEC. (15 de 02 de 2019). *Preguntas frecuentes*. Obtenido de

<https://www.icontec.org/Ser/EvCon/Paginas/Prf.aspx>

ICONTEC. (18 de 02 de 2019). *Preguntas frecuentes*. Obtenido de

<https://www.icontec.org/Ser/EvCon/Paginas/Prf.aspx>

Ministerio de Salud . (2018). *Manual de acreditación en Salud Ambulatoria y hospitalario en Colombia*. Bogota.

Ministerio de salud . (2018). *Manual de acreditación en salud ambulatoria y hospitalario de colombia* . Ministerio de salud, Bogota.

Ministerio de salud . (s.f.). *Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia* .

Ministerio de Salud. (18 de 02 de 2019). *Historia Mundial de la reacreditación* . Obtenido

de <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Paginas/His.aspx>

Organización para la excelencia de la salud OES. (19 de 02 de 2019). *Entidades acreditadas en la salud en Colombia*. Obtenido de <https://oes.org.co/entidades-acreditadas-en-colombia/>

Profesionales de calidad corporativo. (2016). *Proceso de la gestión de la calidad y del conocimiento*. Bucaramanga.

ANEXOS

