

El pasado 20 de noviembre de 2018 y en el marco del **VI Foro Nacional de Acreditación en Salud de Icontec**, el señor ministro de salud, Dr. Juan Pablo Uribe Restrepo, hizo el lanzamiento de la versión 3.1 del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, el cual se expidió con la Resolución 5095 del 19 de noviembre de 2018.



POR CARLOS ÉDGAR RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, DIRECTOR ACREDITACIÓN EN SALUD DE ICONTEC

Versión 3.1 del Manual de Acreditación en salud

Los cambios de versión de los estándares constituyen una de las tareas más complejas y de mayor importancia para el sistema de acreditación en salud en cualquier país. En el caso de Colombia, la mencionada, es la cuarta versión, luego de las expedidas en los años: 2002, 2006 y 2011.

Las nuevas versiones de los estándares deben incluir la actualización e incorporación de requisitos adicionales que permitan que el modelo tenga cada vez mayores niveles de exigencia acorde con los cambios a nivel mundial, las necesidades del sector, los avances en materia clínica o administrativa, el balance que haga el organismo de acreditación de

los resultados de las evaluaciones, y en nuestro caso, el análisis de la junta nacional de acreditación en salud sobre las falencias recurrentes de las instituciones o de los estándares, que deberían conducir a correcciones en el enfoque, ampliación de contenidos o criterios y a la implementación de nuevas exigencias, entre otras fuentes de información sobre posibles cambios.

Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección como rector del sistema y

EL INCREMENTO GRADUAL DE EXIGENCIAS SUPONE MANTENER UN EQUILIBRIO ENTRE LOS REQUISITOS EXISTENTES Y LOS NUEVOS.

otras partes interesadas, por ejemplo, las asociaciones científicas o las agencias de vigilancia como el INVIMA, pueden y deben facultar la posibilidad de que quien lo considere procedente haga observaciones para que los estándares incluyan nuevos requisitos. La instalación del Consejo Asesor de la Acreditación en Salud creado con el Decreto 903 de 2014, reglamentado en la Resolución 2082 de 2014 y definido en su conformación con la Resolución 6055 de 2016, es un mecanismo participativo de ese estilo que, en cumplimiento de las funciones que le fueron asignadas, hizo la revisión correspondiente y recomendó

al ministerio la adopción del nuevo manual.

Es importante tener en cuenta que el incremento gradual de exigencias supone mantener un equilibrio entre los requisitos existentes y los nuevos, de tal forma que se hagan mayores exigencias sin sacrificar la factibilidad del modelo. Como cabe esperar, las instituciones acreditadas, en especial aquellas que llevan mayor tiempo en el sistema, esperan que dichas exigencias aumenten, en tanto aquellas instituciones que aún no han logrado el reconocimiento pueden sentir que cualquier incremento en este sentido restringe su posibilidad de acceso al sistema. A la vez y con base en la concepción sistémica de la calidad de la atención en salud, las exigencias deben tener un balance entre estructuras, procesos y resultados, en el que además se tenga en cuenta que al evolucionar el sistema debe haber mayores presiones en la búsqueda de indicadores de resultados y de medición de la efectividad de los desenlaces clínicos. Otro aspecto a tener en cuenta es que la modificación de una versión de los estándares obliga necesariamente a la introducción de reformas al modelo evaluativo y al ajuste de documentos y requisitos propios del sistema, todo lo cual implica recursos y tiempo de las partes involucradas.

ICONTEC

EL DECRETO
903
DE 2014
DEFINIÓ LA
CREACIÓN
DEL CONSEJO
ASESOR DE LA
ACREDITACIÓN
EN SALUD.

Por otra parte, y dado el concepto de requisitos de entrada, la acreditación supone el cumplimiento de los requisitos legales de base y el interés de trabajar en la consecución de valores agregados para pacientes, familiares y los propios trabajadores de la salud, todo lo cual exige un trabajo diligente de incremento gradual de exigencias y la armonización entre las exigencias de entrada y los requisitos contenidos en los estándares. Dado el carácter impulsor de la calidad de la atención en salud, que se ha definido como visión general del sistema de acreditación, la adopción de nuevos requisitos voluntarios en el sistema se convierte en un paso hacia la definición, en un plazo variable, de exigencias obligatorias.





LA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL INCREMENTA DE 158 A 160 EL NÚMERO DE ESTÁNDARES.

Antecedentes importantes de cambios en el manual:

Un balance de los cambios en versiones anteriores permite entender la orientación general del modelo y prever hacia dónde deben apuntar futuras modificaciones. La versión 3.1 incorpora algunas de estas ideas:

1. La adopción en el manual de la concepción de ejes del modelo evaluativo: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión de la tecnología, gestión del riesgo, atención centrada en el usuario y su familia, transformación cultural, mejoramiento continuo y responsabilidad social. Estos vectores claves de la evaluación de la calidad se han ido fortaleciendo en forma gradual, con más énfasis en los temas de seguridad, humanización y gestión del riesgo. Es posible que los temas con menor desarrollo requieran en el futuro especificaciones técnicas más precisas en los estándares en el interés de que se logre el efecto de mejoramiento de la calidad que el sistema requiere.
2. Se ha procurado una tendencia al equilibrio entre el peso en la calificación de los estándares asistenciales en comparación con el peso de los estándares de apoyo, al punto que en la calificación actual el peso es igual, es decir 250 puntos para lo asistencial y 250 puntos para el apoyo. De acuerdo con la evolución del sistema y el grado de compromiso de la alta dirección con el sistema sería posible, en próximas versiones, intensificar el peso de la calificación en los estándares.
3. Ha ocurrido un incremento gradual del punto en el que se define en la calificación cuantitativa la acreditación institucional, que a la fecha es 280 puntos. Es posible que en versiones posteriores se incremente el requerimiento mínimo para acreditar, por ejemplo, en un mínimo de 300 puntos.
4. La implementación de un valor explícito para la calificación del mejoramiento, con un valor de 100 de los 500 puntos de calificación total, dividido en 50 puntos para el mejoramiento asistencial y 50 puntos para el mejoramiento del apoyo. Es posible que en versiones posteriores se definan nuevos requisitos para la acreditación con excelencia, categoría superior a 400 puntos. En la actualidad el modelo de evaluación del mejoramiento es objeto de ajustes.

ICONTEC

2009:
AÑO EN QUE
ICONTEC
OBTUVO LA
ACREDITACIÓN
DE SU MODELO
EVALUATIVO
CON ISQUA.

Tendencias de los cambios en la versión 3.1:

En términos generales, la nueva versión del manual incrementa de 158 a 160 el número de estándares e incluye herramientas que facilitan al lector la ubicación de los cambios y actualizaciones, agrega un glosario de términos y definiciones que deben contribuir a facilitar la comprensión del público sobre diversos temas, entre ellos la definición de grupos de mejoramiento y de algunos conceptos que son motivo frecuente de consulta. Se incluyó un contexto normativo en el que se relacionan las principales normas referentes a la acreditación en salud y un índice de estándares en el que se listan los grupos, códigos y numerales consecutivos. Otros aspectos importantes incluyen la articulación con la política de calidad en salud del país y en general, el cum-





→ La acreditación

institucional se define a partir de 280 puntos en la calificación cuantitativa.

plimiento de los requisitos establecidos por ISQua (Sociedad Internacional para la Calidad en el Cuidado de la Salud) para la elaboración de estándares. Esta versión contiene directrices internacionales que permitirán acreditar nuevamente el manual ante este organismo, con lo cual se pretende hacer más competitivo el modelo a nivel internacional. Debe recordarse que ICONTEC obtuvo la acreditación de su modelo evaluativo con ISQua desde el año 2009 y ha sido reacreditado en 2013 y 2017.

Los principales cambios de la nueva versión se resumen en el recuadro de la página 12.

Etapas de transición:

La versión 3.1 puede considerarse intermedia entre la versión 3 y la versión 4 que deberá implementarse en un tiempo relativamente corto.

Retos del futuro inmediato:

Es evidente que si se quiere mantener la competitividad del modelo de acreditación en salud de Colombia, uno de los más importantes y reconocidos de la región, es necesario que en el mediano plazo se propongan nuevas modificaciones, especialmente en aquellos grupos de estándares en los que la evolución de requisitos, los avances tecnológicos y demás variables a considerar,

hagan necesaria la actualización; por ejemplo, los estándares de gestión de tecnología y sistemas de información, requieren una actualización profunda en la que se involucren nuevos aspectos, entre otros el uso de nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones, la inteligencia artificial, el internet de las cosas y demás avances. En cuanto a la tecnología biomédica es evidente que han surgido nuevos enfoques de producción, de uso y de obsolescencia que deberán tenerse en cuenta para reconocer las mejores prácticas. Preocupa especialmente la actualización de los estándares de direccionamiento y gerencia, en particular teniendo en cuenta los problemas de gobernanza que hemos detectado como un lugar común en las evaluaciones. En el mismo sentido la mirada transversal del sistema en la perspectiva de sus ejes obliga a revisar y actualizar estándares, por ejemplo, precisar las exigencias en gestión del riesgo, avanzar en requisitos más exigentes en materia de responsabilidad social, definir compromisos con la sostenibilidad y a la vez incluir aspectos de análisis y evaluación de la cultura organizacional y del proceso de transformación cultural que el sistema propone.

Como se puede concluir de esta corta reseña, la versión 3.1 es un avance importante pero constituye apenas el preludio del análisis que se requiere para el desarrollo de una nueva versión del manual de acreditación, si queremos mantener la credibilidad y el reconocimiento internacional de nuestro sistema.

Para terminar, es importante mencionar la necesidad de actualizar los manuales de laboratorio clínico, imágenes diagnósticas y habilitación – rehabilitación para adaptarlos a la versión 3.1. Finalmente, hemos insistido ante el ministerio en la necesidad de abordar en forma integral el desarrollo de estándares para el sistema, para lo cual es condición necesaria, el diseño, la actualización en los casos que aplique y la expedición de manuales de estándares específicos para EPS, ETS e instituciones de baja complejidad. Si logramos avanzar en estos frentes tendremos un modelo de acreditación más sólido, equitativo y seguramente más efectivo en beneficio de todos los ciudadanos.



MANUAL DE ACREDITACIÓN EN SALUD AMBULATORIO Y HOSPITALARIO V 3.1

Cambios en estándares o criterios, incorporaciones o modificaciones en nomenclatura o codificación al interior del grupo

▼ Estándar	▼ Modificación	▼ Explicación
GRUPO DE ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL		
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.
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 instruccionales.
8 (AsSP4)	Nuevo estándar	Se incluye estándar y criterios para el programa de prevención y control de infecciones y lavado de manos.
9 a 75	Cambia nomenclatura y codificación	Modifica por inclusión de nuevo estándar en el grupo AsSP.
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.
40 (AsPL18)	Nuevos criterios	Incorpora evaluación del cumplimiento de medidas de bioseguridad. Especifica plan de prevención y control de infecciones, énfasis en lavado de manos.
47 (AsEVA1)	Cambia código	Cambia código de subgrupo del estándar 47a1 50.
67 (AsSIR9)	Cambia redacción	Se retira la opción de acrónimos en los registros.
GRUPO DE ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO		
76 a 88	Cambia nomenclatura	Modifica por inclusión de nuevo estándar en el grupo AsSP.
GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA		
89 a 103	Cambia nomenclatura	Modifica por inclusión de nuevo estándar en el grupo AsSP.
GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO		
106 (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.
GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO		
121 a 131	Cambia nomenclatura	Por inclusión de nuevos estándares en grupo Asistencial y de Gerencia del Talento Humano
GRUPO DE ESTÁNDARES DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA		
132 a 141	Cambia nomenclatura	Por inclusión de nuevos estándares en grupo Asistencial y de Gerencia del Talento Humano.
GRUPO DE ESTÁNDARES 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.
GRUPO DE ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (MCC)		
156 a 160	Cambia nomenclatura	Por inclusión de estándar en grupo de Gerencia del Talento Humano.