

El mejoramiento continuo de la calidad



en la **Acreditación Salud**

Al cumplir diez años de operación de la Acreditación en Salud en Colombia, una de las ganancias principales para todos los involucrados y, en especial, para ICONTEC ha sido comprender en forma más sistémica, el abordaje del mejoramiento continuo de la calidad en las instituciones de salud.

Por **Carlos Edgar Rodríguez**,
M.D., Director Acreditación en
Salud, ICONTEC.

Son muchos y variados los temas en los que hemos aprendido acerca de la mejora continua. El presente texto propone, sin excesivas pretensiones teóricas, plantear una estructura ordenada y funcional, a partir de dicho aprendizaje, que permita abordar la tarea de la mejora como un asunto de toda la organización. Entre otros aspectos, vale la pena destacar los siguientes elementos del enfoque de mejoramiento y algunos problemas prácticos que hemos detectado:

- El mejoramiento de la calidad surge de un cuidadoso ejercicio de auto evaluación, en el que se compara la calidad esperada (estándares) con la situación real de la institución.
- Dicho proceso de comparación debe ser sistemático (continuo, periódico, disciplinado) y sistémico, es decir, que comprenda a la organización como un todo, incluyendo

los diferentes estándares asistenciales y los estándares de apoyo, así como las diferentes fases del proceso de atención, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el diagnóstico y tratamiento, hasta la rehabilitación.

- El mejoramiento continuo puede surgir como idea de una o varias personas, pero tiene un contexto. En efecto, ocurre después de un análisis de la situación y como fruto del consenso de los equipos de mejoramiento, que son la clave del éxito del proceso de mejora continua y no de acciones individuales aisladas.
- El mejoramiento debe abarcar tanto la estructura como los procesos y la medición de resultados. Un proceso de mejora centrado tan sólo en uno de los componentes sistémicos, por ejemplo la estructura, constituye una visión fragmentada.



- A la vez, el mejoramiento continuo y sistémico implica la articulación entre diferentes equipos de mejoramiento que deben basar su articulación en conceptos explícitos, para lo cual el abordaje de los ejes de la acreditación es una orientación concreta y precisa. La idea es identificar cómo se mejora en cada uno de los ejes, comprendiendo que el mejoramiento debe ser homogéneo y que es necesario contemplar las diferentes características o atributos de la calidad.
- El mejoramiento se desarrolla como una "cascada" de información en doble vía, que puede originarse desde la alta dirección, a partir del análisis de resultados o de deficiencias de calidad y de otras fuentes de información que detecten problemas. También pueden surgir desde los niveles operativos, en este caso, de los equipos primarios de mejoramiento, que escalan las necesidades y posibilidades de mejora hacia la alta dirección.
- El proceso de mejoramiento no puede ser delegado a un área específica, o convertido en el problema de un único responsable. Precisamente, lo que se requiere es que toda la organización esté al servicio del mejoramiento continuo, como filosofía institucional.
- El mejoramiento es el resultado de un plan explícito que incluye cronogramas,

responsables, acciones concretas y metas específicas.

- El mejoramiento debe ser demostrable, a través de tendencias estadísticas que en las etapas iniciales pueden, incluso, tener comportamientos negativos, en comparación con la situación inicial, tal como puede ocurrir en una institución que no registraba antes la ocurrencia de eventos adversos o que tenía un sistema ineficiente de detección de quejas y reclamos.
- Los procesos de mejoramiento continuo requieren tiempo, recursos, prioridades, mediciones, equipos estables y motivados y, sobre todo, mucha paciencia.
- Es posible que un proceso de mejoramiento serio y de largo plazo se deteriore rápidamente, si la alta dirección no le otorga la importancia o la continuidad requeridas.
- Los tiempos para generar mejoramiento demostrable, a partir de oportunidades de mejora, frecuentemente trascienden las vigencias anuales y requieren consideraciones presupuestales y metas que en ocasiones pueden ser distintas, en cuanto a la temporalidad de las prácticas presupuestales habituales.
- La transformación cultural, en el camino del mejoramiento continuo, es compleja y no se logra de un día para otro. Usualmente hay tropiezos relacionados con la agenda, cambios en el entorno, rotación del personal, insuficiencia de recursos, entre otros.
- La articulación de múltiples posibilidades de mejoramiento puede ser compleja y, a veces, ocasiona confusiones en los líderes de calidad, en los equipos responsables de la operación, en las directivas, e incluso en quienes evalúan la gestión.

A partir de estas observaciones, el mejoramiento continuo de la acreditación ha evolucionado para que las instituciones ganen en su visión sistémica, articulen las herramientas de mejoramiento (por ejemplo el aprovechamiento de otros modelos de mejora como el Seis Sigma o las normas ISO), propicien un análisis de riesgos y desarrollen una arquitectura del mejoramiento y una estructura responsable que dé cuenta de la mejora, la monitoree en el tiempo y controle posibles retrocesos. La filosofía de los estándares de la acreditación, contenidos en la versión tres, tiene la siguiente intencionalidad:

- Que la institución tenga un proceso de calidad que genere resultados centrados en

el paciente, tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal, superando la documentación de procesos.

- Que se integre de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización, para que los procesos sean efectivos y eficientes.
- Que los procesos de calidad estén integrados en los procesos de la organización y que el mejoramiento se transforme en una cultura.
- Que los procesos de mejoramiento sean sostenibles en el tiempo.
- Que los procesos de mejora generen aprendizaje a la organización y al sistema en general.

Por otra parte, los estándares de mejoramiento están pensados en la lógica de ciclos Planear, Hacer, Verificar, Actuar (PHVA) y un fuerte proceso interno y externo de comunicación y divulgación de las estrategias y los resultados, para generar aprendizaje organizacional y consolidar las mejores prácticas.

A partir de esta dinámica de desarrollo de los estándares, hemos propuesto el siguiente esquema de estructura para los equipos de mejoramiento continuo de la calidad en las instituciones de salud que desarrollan el proceso de preparación para la acreditación, con unos objetivos específicos y unas recomendaciones prácticas de conformación que esperamos sean de mucha utilidad práctica para las instituciones:

- Estructura de los Equipos de Mejoramiento de la Calidad



- El grupo de estándares de mejoramiento de la calidad 154 - 158 busca promover la integración sistémica de las diferentes áreas de la organización, para que los procesos de calidad sean efectivos y eficientes, transformen la cultura de la mejora y sea sostenible en el tiempo.

Se propone que la institución estructure el mejoramiento teniendo en cuenta los siguientes niveles:

Primer nivel: equipos primarios de mejoramiento

Objetivo: Implementar y monitorear el cumplimiento de las acciones u oportunidades del plan de mejoramiento del grupo de estándares correspondiente, aplicables a las áreas o servicios que representan.

Función:

1. Apoyar la gestión del equipo de autoevaluación de los diferentes grupos de estándares.
2. Responder por el mejoramiento, implementación despliegue y divulgación de los estándares en cada una de las áreas y servicios, de acuerdo con el plan de mejoramiento del grupo de estándares. Esto se verá reflejado en el cumplimiento de cada uno de ellos y en la gestión y el desarrollo de los estándares 74, 87, 102, 118, 129, 139 y 153.
3. Reportar resultados de la implementación y cumplimiento de las acciones del plan de mejoramiento al equipo de autoevaluación del grupo de estándares correspondiente.



Estructuración:

En la estructuración de los equipos primarios de mejoramiento que apoyarán a los dos equipos de autoevaluación de estándares asistenciales (hospitalario y ambulatorio), la Institución tendrá en cuenta su nivel de complejidad, servicios, tamaño, sedes y necesidades.

Con base en los servicios hospitalarios y ambulatorios existentes, según sea aplicable a cada institución, se sugieren los siguientes equipos primarios de mejoramiento:

• Equipos Primarios de Mejoramiento Hospitalario

Cada equipo primario de mejoramiento hospitalario cuenta con un líder y, para su conformación, la cual podrá ser mixta, con integrantes de apoyo administrativo, según complejidad, tamaño, servicios y necesidades institucionales. Se sugiere como mínimo los siguientes integrantes:

Urgencias: Integrado por representantes de urgencias de pediatría, urgencias de ginecología y urgencias adultos.



Hospitalización: Integrado por representantes de los servicios de hospitalización de pediatría, hospitalización de ginecología y hospitalización adultos.

Cuidados Intensivos: Integrado por representantes de UCI Adultos, UCI Pediátrica, UCI Neonatal y UCI de Ginecología, si es aplicable.

Cirugía: Integrado por representantes de salas de cirugía, esterilización, anestesia y cirugía ambulatoria.

• Equipos primarios de mejoramiento ambulatorio:

Cada equipo primario de mejoramiento ambulatorio cuenta con un líder y, para su conformación, la cual podrá ser mixta, con integrantes de apoyo administrativo, según complejidad, tamaño, servicios y necesidades institucionales. Se sugiere como mínimo los siguientes integrantes:

Consulta externa: integrado por representantes de consulta médica general, consulta médica especializada y consulta paramédica.

Odontología: integrado por representantes de odontología general y odontología especializada.

Promoción y prevención: integrado por representantes de los programas y salud pública.

Oncología: integrado por representantes de quimioterapia, radioterapia y cuidados paliativos.

Rehabilitación: integrado por representantes de terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, terapia respiratoria, rehabilitación cardíaca, rehabilitación pulmonar, rehabilitación visual, salud mental y psicología.

Laboratorio Clínico, Patología y Banco de Sangre: integrado por representantes de cada uno de estos servicios.

Imágenes diagnósticas y terapéuticas: integrado por representantes de radiología, ecografía, angiografía, resonancia, tac, endoscopia, colonoscopias, electrocardiograma, ecocardiograma, electromiografía y electroencefalografía.

Sedes Integradas en Red: integrado por representantes de las sedes de la institución, en caso que aplique.

La estructuración de los equipos primarios de mejoramiento que apoyarán a los equipos de autoevaluación de los estándares de apoyo (direccionamiento y gerencia, gerencia del talento



humano, gerencia del ambiente físico, gestión de tecnología y gerencia de la información) podrá realizarse si la institución lo considera necesario, de acuerdo con la complejidad, las áreas existentes y necesidades.

Para apoyar a los equipos de autoevaluación de los estándares asistenciales y equipos de autoevaluación de los estándares de apoyo, es igualmente relevante constituir equipos primarios de mejoramiento para los servicios tercerizados, según sea aplicable a la institución.

Segundo nivel: Equipos de Autoevaluación

Objetivo: Planear, gestionar, monitorear y mantener los avances del plan de mejoramiento de cada Grupo de Estándares, alineados con el Mejoramiento Continuo Institucional.

Función:

1. Apoyar el desarrollo de la gestión del equipo de mejoramiento institucional.
2. Facilitar y apoyar la gestión del equipo primario de mejoramiento.
3. Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento del grupo de estándares respectivo, así como por su despliegue y divulgación a la institución.
4. Reportar resultados de la gestión al equipo de mejoramiento institucional.

Estructuración:

En la estructuración de los dos equipos de autoevaluación asistencial (hospitalario y ambulatorio) que apoyan al equipo de mejoramiento institucional se debe tener en cuenta lo siguiente:

Cada uno de los dos equipos de autoevaluación hospitalario y de autoevaluación ambulatorio, cuenta con un líder y su conformación podrá ser mixta, con integrantes de apoyo administrativo, según complejidad, tamaño, servicios y necesidades institucionales. Se sugiere como mínimo los siguientes integrantes:

• Equipo de Autoevaluación Hospitalario:

Estará integrado por: líder del servicio de urgencias, líder del servicio de hospitalización, líder de la unidad de cuidados intensivos, líder del servicio de cirugía, líder del servicio de laboratorio clínico - patología y banco de sangre, líder del servicio de imágenes diagnósticas y terapéuticas, líder de sedes integradas en red, líder de seguridad del paciente y gestión clínica y líder de promoción y prevención.

Los líderes de los servicios de urgencias, hospitalización, unidad de cuidados intensivos, cirugía, laboratorio clínico-patología y banco de sangre, imágenes diagnósticas y terapéuticas y sedes integradas en red son, a su vez, los líderes de los equipos primarios de mejoramiento hospitalario, detallados anteriormente en el ítem PRIMER NIVEL / equipos primarios de mejoramiento hospitalario y equipos primarios de mejoramiento ambulatorio.

• Equipo de Autoevaluación Ambulatorio:

Estará integrado por: líder del servicio de consulta externa, líder del servicio de oncología, líder del servicio de rehabilitación, líder del servicio de odontología, líder del servicio de laboratorio

clínico - patología y banco de sangre, líder del servicio de imágenes diagnósticas y terapéuticas, líder de sedes integradas en red, líder de seguridad del paciente y gestión clínica y líder de promoción y prevención.

Los líderes de los servicios de consulta externa, oncología, rehabilitación, odontología, laboratorio clínico-patología y banco de sangre, imágenes diagnósticas y terapéuticas y sedes integradas en red son, a su vez, los líderes de los equipos primarios de mejoramiento ambulatorio, detallados anteriormente en el ítem PRIMER NIVEL / equipos primarios de mejoramiento ambulatorio.

- Equipo de Autoevaluación de Estándares de Direccionamiento y Gerencia
- Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gerencia del Talento Humano
- Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gerencia del Ambiente Físico
- Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gestión de Tecnología
- Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gerencia de la Información.

Tercer nivel: Equipo de mejoramiento institucional:

Objetivo: Planear, implementar, monitorear, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional en el marco de los estándares 154, 155, 156, 157 y 158.

Función:

1. Apoyar la gestión de mejoramiento institucional desde las diferentes fuentes (autoevaluación de acreditación, auditorías internas, auditorías externas, comités, etc.)
2. Evaluar el grupo de estándares de mejoramiento de la calidad.
3. Integrar y armonizar las diferentes fuentes de mejoramiento institucional.
4. Monitorear los avances en la implementación de las oportunidades de mejoramiento originadas de las diferentes fuentes de mejoramiento.
5. Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento institucional, su despliegue y divulgación a la Institución.



6. Reportar resultados de la gestión al director o gerente de la institución.

Estructuración:

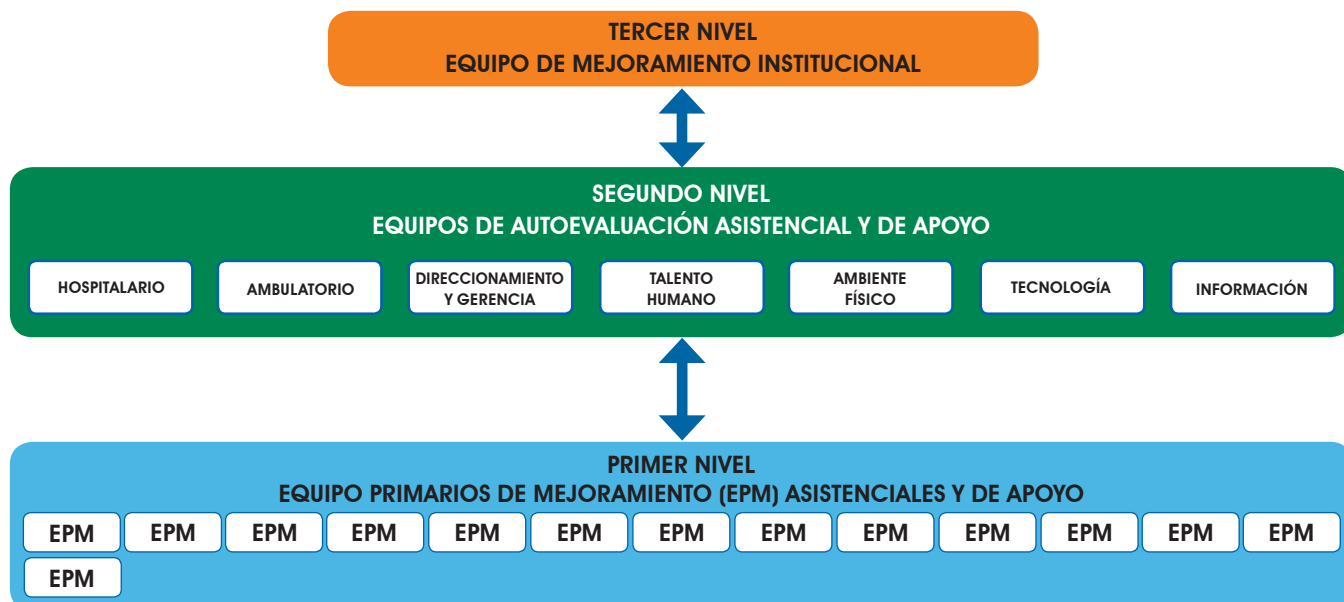
El equipo de mejoramiento institucional estará conformado por los mismos integrantes del equipo de autoevaluación de los estándares de mejoramiento de la calidad; tendrá un líder y estará integrado por los líderes de los siguientes equipos de autoevaluación:

- Equipo de autoevaluación hospitalario
- Equipo de autoevaluación ambulatorio
- Equipo de autoevaluación de direccionamiento y gerencia
- Equipo de autoevaluación del talento humano
- Equipo de autoevaluación de gerencia del ambiente físico
- Equipo de autoevaluación de gestión de tecnología
- Equipo de autoevaluación de gerencia de la información

Este equipo responde por el mejoramiento sistémico y cuenta con un líder.

El líder del equipo de autoevaluación de los servicios hospitalarios y el líder del equipo de autoevaluación de los servicios ambulatorios responderán por el mejoramiento sistémico asistencial.

Los líderes de los equipos de autoevaluación de direccionamiento, gerencia, gerencia del talento humano, gerencia del ambiente físico, gestión de tecnología y gerencia de la información responderán por el mejoramiento sistémico de apoyo.



Algunas precisiones finales:

- Uno de los logros principales de este enfoque es articular el mejoramiento continuo de la calidad asistencial, con las actividades que permitan la evolución de los equipos de mejoramiento de los estándares de apoyo. Esto debe redundar en una verdadera sinergia institucional, en beneficio de los usuarios, para superar las dificultades actuales del mejoramiento. Y de esta manera evitar que las áreas o los servicios generen mejoras fragmentadas que no beneficien a toda la organización, o que los avances en unas áreas se vean frustrados por el escaso desarrollo de otras.
- Es importante que las instituciones tengan en cuenta que esta propuesta de ordenamiento de la mejora continua, que implementamos hace ya dos años, tiene un carácter gradual y no pretende desconocer los avances actuales, los modelos propios y singulares de mejoramiento de las instituciones acreditadas o en proceso. Se trata de ofrecer un modelo ordenado que facilite a las instituciones obtener avances importantes en esta materia.

- Las exigencias de mejora de la calidad, contenidas en los estándares de mejoramiento, se hacen más evidentes para el caso de las instituciones que desean avanzar hacia la acreditación con excelencia, tal como se ha establecido en las reglas de decisión para el otorgamiento de esta categoría, ya que con esto se garantiza que solamente las instituciones que realmente han avanzado en esta senda, y tienen una verdadera cultura de mejoramiento continuo, sean objeto de acreditación con excelencia.
- En relación con la calificación cuantitativa, es importante precisar que el peso ponderado de los estándares de mejoramiento de la calidad (estándares 154 a 158) es de cien puntos: distribuidos en cincuenta puntos para el mejoramiento asistencial y cincuenta puntos para el mejoramiento de los estándares de apoyo, lo cual ratifica el interés de la acreditación en salud en la construcción de una cultura de la calidad centrada en los usuarios y en el mejoramiento continuo.
- En el caso de los estándares individuales de mejoramiento que se encuentran al final de cada grupo de estándares (74, 87, 102, 118, 129, 139 y 153) el valor ponderado de cada estándar de mejora es el que le corresponde a cada estándar del respectivo grupo.
- El modelo evaluativo busca abordar el desarrollo de este modelo de mejoramiento, a través de entrevistas a los equipos de autoevaluación (asistencial y de apoyo), al equipo de mejoramiento institucional, y mediante visitas y recorridos a los diferentes servicios de la institución, estrategia que permite verificar los avances de los diferentes equipos primarios.

