

Hacia un balance de la acreditación
en salud en Colombia

Diez años promoviendo la excelencia en salud

(Tercera Parte)

El modelo de acreditación en salud incluye en su ruta crítica, la realización de, al menos, dos seguimientos en el ciclo de cuatro años, que comienza con la decisión de la junta de otorgar la acreditación. La institución recibe un informe de la visita realizada por los evaluadores y una carta en la que se resumen las principales conclusiones de la deliberación de la junta.

Por: **Carlos Edgar Rodríguez,**
Director de Acreditación en
salud ICONTEC

El valor agregado que se ha planteado para los informes que entregamos, como consecuencia de cada una de las visitas, es que constituyan en sí mismos una herramienta guía para el mejoramiento continuo. Los informes consolidan los principales hallazgos de la visita y la visión sistémica aportada por los evaluadores y por la Junta. En general, se plantean dos tipos grandes de resultados: (I) la descripción de las principales fortalezas y (II) las oportunidades de mejora que resultan del análisis de hallazgos y de la aplicación de las herramientas de evaluación.

Durante estos diez años, hemos planteado diferentes modelos de presentación de los resultados en dichos informes. Su construcción es compleja y no está exenta de las limitaciones propias del lenguaje. La extensión del informe,



dado el volumen de estándares y la magnitud de la información analizada, puede, en ocasiones, saturar a la institución, en relación con los elementos de mejora. A veces, la institución puede considerar que algunos de los hallazgos no hacen justicia de sus avances y es posible que personal operativo evaluado, no haya brindado información suficiente o que se hayan omitido algunas fortalezas importantes. En estos casos, recomendamos a las instituciones centrar su atención en los aspectos más trascendentes detectados en la visita y en los cuales existe consenso dentro de la institución como aspectos clave para mejorar, sobre todo aquellos que tengan que ver directamente con la atención a los usuarios. En todo caso, la institución puede tener la seguridad de que el método evaluativo tiene el desarrollo suficiente para concluir resulta-



dos generales y detectar brechas significativas, que al cerrarse contribuirán a una atención de calidad superior. En adición, la deliberación de la junta y sus conclusiones en la carta remitida del informe permiten a los líderes de la institución evaluada conocer los principales aspectos por mejorar y priorizar los planes que, en consecuencia, deben desarrollar en el futuro inmediato.

Es importante señalar que el hecho de que una institución haya logrado la acreditación, no significa que no tenga aspectos por mejorar. Una de las razones por las cuales tomamos la decisión de incrementar en un año, el ciclo de la ruta crítica del proceso, fue justamente por comprender que surgían tantas posibilidades de mejora, que un año resultaba ser un tiempo realmente escaso, para demostrar nuevos avances significativos. La

ampliación en tiempo, le da la posibilidad a las instituciones de decantar el proceso y obtener cambios más significativos entre una evaluación y la otra. Desde esta perspectiva, los seguimientos son parte esencial del mejoramiento.

La gradualidad es otro de los principios claves por considerar, a la hora de definir qué aspectos deben mejorarse. En este sentido, las visitas de seguimiento harán énfasis en el cierre de las oportunidades de mejora, registradas en el informe de la visita anterior y en la demostración de tendencias positivas de los indicadores, tanto clínicos como administrativos. En el primer caso, la institución puede desarrollar ejercicios de priorización e incluso de agrupación de las oportunidades de mejora y generar los planes que conduzcan al cierre de las brechas detec-



tadas. En los primeros años de este ejercicio, el volumen de oportunidades de mejora sugerido era alto y posiblemente generó reprocesos institucionales y eventuales duplicaciones de esfuerzo. En la medida que hemos avanzado en el diseño evaluativo y los evaluadores han adquirido experiencia en la redacción eficiente, el número de oportunidades se ha reducido y la visión sistémica ha contribuido a formulaciones más precisas. En cuanto a la demostración de tendencias positivas de los indicadores, hemos aprendido que el efecto del mejoramiento de procesos en los resultados positivos de los indicadores es lento. Incluso se pueden esperar efectos negativos en el resultado, como consecuencia de mediciones más precisas, y se deben analizar cuidadosamente, pues no solo son posibles sino que demuestran que la institución va en el camino correcto de la mejora. Los ejemplos de esta situación son variados e incluyen entre otros: el incremento en el número de quejas, en la medida en que se ofrecen al usuario alternativas reales

para ejercer sus derechos; el mejoramiento de los sistemas de reporte de eventos adversos que genera aumento en la incidencia (lo que antes no se detectaba); la evaluación de los pesos específicos de los diagnósticos con herramientas apropiadas, que hace posible una visión más precisa sobre la complejidad de la atención; el análisis cuidadoso de las funciones del personal, o las credenciales y prerrogativas para actuar, que permite detectar nuevas insuficiencias en materia de capacitación o necesidades de nuevos perfiles profesionales. Todos estos ejemplos demuestran que las posibilidades de mejoramiento no cesan. Por otra parte, en la medida que las instituciones conocen en profundidad la intencionalidad de los estándares, o los mismos son objeto de actualización, aparecen nuevas posibilidades de mejora.

Es frecuente que las instituciones pasen por un periodo, posterior a la visita inicial o a la entrega de la notificación, en la que se baje la guardia y se pierda el interés en el trabajo continuo que permitió obtener el logro de la acreditación. A diferencia de otros modelos de evaluación de la calidad, la acreditación ha sido diseñada para fomentar el trabajo en equipo permanente y evitar que la disciplina y la sinergia alcanzadas se disipen. Si la institución considera que una vez obtenida la acreditación, solo debe prepararse de nuevo un mes antes, para atender la visita de seguimiento, comete un error que puede tener implicaciones de retiro del certificado. Las recomendaciones concretas del modelo en este punto, incluyen entre otras: mantener los grupos de auto evaluación de los estándares y fortalecer su trabajo, continuar la realización de procesos de auto evaluación, analizar las oportunidades de mejora y desarrollar planes que permitan el cierre de las mismas, incluir más personal en los grupos de autoevaluación y generar informes de los avances, son todas estrategias diseñadas para lograr que el proceso de mejora se instale en la cultura de la organización.

Los evidentes logros de las instituciones acreditadas que han recibido varias visitas de seguimiento, demuestran que la disciplina planteada por el modelo responde a las necesidades culturales de nuestras instituciones. Los esquemas evaluativos que proponen seguimientos a distancia, a través de la entrega de reportes de mejora, pueden ser poco eficientes en culturas que requieren mayor presión para obtener resultados y en las que complejos entornos pueden distraer las actuaciones necesarias para mantener y mejorar el sistema de calidad.

El listado de hallazgos y de oportunidades de mejora es extenso, puede ser de interés para los lectores resumir algunos de estos elementos y las



recomendaciones en este campo, luego de diez años de ejercicio evaluativo. Un logro importante de la acreditación ha sido promover aspectos de mejoramiento y hacer de determinadas estrategias de calidad, elementos tangibles en las instituciones. Los ejemplos se concentran más en el eje de seguridad de paciente, pero es factible encontrarlos en todos los aspectos propuestos en los estándares. Las oportunidades de mejora propuestas se convierten pronto en calidad esperada, con lo cual el modelo genera avances significativos en las prácticas que han demostrado ser efectivas para reducir riesgos y mejorar la atención a los pacientes. La inclusión de diferentes requisitos de carácter voluntario, propios de la acreditación, en el nuevo modelo de habilitación (resolución 1441 de 2013) demuestra la importancia de la acreditación como impulsor de mejoramiento. A continuación, una breve síntesis de algunos hallazgos y oportunidades de mejora planteadas en forma genérica, que pueden ser útiles como referencia a las instituciones que se encuentran en proceso y aspiran a presentarse a la evaluación externa.

Estándares asistenciales:

La evaluación del paciente trazador demuestra que no basta entender la directriz planteada en el estándar, se requiere cerrar los ciclos PHVA en cada caso, se presentan varios ejemplos:

- En el caso de la identificación de pacientes, las instituciones han avanzado en el desarrollo de medidas para identificación general de los pacientes y a la vez de los riesgos principales como alergias, caídas o aislamiento. El diseño de manillas para identificar riesgos en forma oportuna es un avance importante. Aun así, en ocasiones las instituciones carecen de mecanismos para evitar riesgos de identificación como pacientes homónimos, o se ponen manillas de identificación que carecen de la calidad requerida y en los que el nombre después de algunos días no es visible. Los esquemas de marcación del lugar de la cirugía, en el caso de pacientes que tendrán intervención quirúrgica, requieren criterios homogéneos y explicaciones precisas a los pacientes. El desarrollo de controles redundantes de información es considerado como innecesario por algunas instituciones que pueden confiar más allá de lo deseable, en sus sistemas de información. En algunos casos los aspectos de confidencialidad deben ser evaluados cuidadosamente.
- El desarrollo de listas de chequeo evidencia avances importantes, sin embargo, puede ocurrir que dichas listas se conviertan en una rutina institucional ineficiente y peligrosa, si su diligenciamiento no es objeto de evaluaciones. En otros casos hemos



detectado diseños y disponibilidad de las listas, por ejemplo, en la aplicación correcta de medicamentos, pero escasa disciplina en su diligenciamiento oportuno. El desarrollo de controles redundantes de listas de chequeo puede ser visto como una pérdida de tiempo y no como un elemento clave en la cultura de la seguridad.

- El diseño de estrategias para mejorar la calidad del lavado de manos ha permitido avances importantes en el control de infecciones, sin embargo, la medición de la adherencia a los protocolos de lavado no se hace en forma sistémica. El uso de dispensadores de alcohol glicerinado o sustancias similares, de comprobada utilidad en la reducción de riesgo de infección, requiere evaluación no solo de disponibilidad sino también de adherencia a uso.
- El avance en la definición e implementación de profilaxis antibiótica pre quirúrgica es importante, en comparación con las primeras evaluaciones que realizamos. La variabilidad en materia de recomendación explícita y verificable, tipo de antibiótico, dosis, tiempo previo a la cirugía y medición de adherencia a la recomendación, son aun oportunidades de mejora.
- En relación con la fármaco vigilancia, tecno vigilancia, hemo vigilancia y reactivo vigilancia, que consideramos requisitos de entrada del sistema, hay avances considerables, sin embargo, la comprensión del alcance e importancia institucional de estos temas, puede en ocasiones relegarse, especialmente si solo son importantes para determinados responsables institucionales y no se conside-

ran asuntos transversales. Los problemas de globalidad del enfoque y de despliegue son habituales. El análisis y la toma de decisiones posteriores al reporte tienen todavía camino por recorrer. La disponibilidad de sangre y hemoderivados requiere una planificación integral, que a veces se subroga como problema de un área.

- La evaluación de la esterilización ha permitido detectar fallas en la oportunidad (un tema que debe analizarse a la luz de la relación oferta-demanda) y de los controles de calidad disponibles. En otros casos, las condiciones de bioseguridad de este procedimiento requieren análisis especiales y respuestas preventivas concretas.
- La reconciliación medicamentosa ha demostrado ser uno de los temas más complejos de mejorar, independiente de la obviedad de su importancia. Múltiples factores inciden en que su realización carezca de la sistematicidad que requiere. El riesgo para los pacientes, tanto al ingreso como al egreso, es alto y puede ser un trazador de visión sistémica, en relación con la atención de un paciente. El análisis de cobertura en la realización de la reconciliación demuestra notables asimetrías entre servicios; la medición de adherencia y de registro en la historia clínica, así como la verificación de la información sobre este punto al paciente, son retos para todas las instituciones.
- El aislamiento de pacientes que debería considerarse una práctica habitual de las instituciones en los casos que lo requieren, ha demostrado fallas considerables en diferentes aspectos: en ocasiones se carece de



políticas claras en el asunto, en otros casos se establecen los parámetros, pero estos se incumplen con frecuencia. Los riesgos para otros pacientes e incluso las condiciones de bioseguridad hacen exigible mayor precisión en la definición de políticas, al respecto y una medición detallada de la adherencia y análisis del impacto sobre la infección y la ocurrencia de eventos adversos.

La evaluación de la historia clínica ha permitido comprender que no basta avanzar hacia un modelo de historia clínica electrónica, también se requiere cumplir a cabalidad los aspectos legales de diligenciamiento señalados en la resolución 1995 de 1999. Algunos elementos para tener en cuenta incluyen:

- La transición de historia clínica manual a electrónica es deseable, pero se requieren planes de contingencia concretos para prevenir los riesgos clínicos asociados, por ejemplo, duplicación o pérdida de información y mediciones concretas del grado de avance de tal transición.
- Debe evaluarse la operatividad de alarmas, especialmente en el caso de la administración de medicamentos a pacientes alérgicos.
- Los aplicativos de control de diligenciamiento deben permitir la evaluación de la

calidad del mismo y contar con mecanismos de seguridad que eviten errores de diligenciamiento de la historia que resulten peligrosos para el usuario.

- Algunos errores habituales de diligenciamiento pueden ser potenciados por la disposición de medios electrónicos como ocurre en el caso del "corte y pegue" de textos o la repetición de órdenes médicas. El registro de la información suministrada a usuarios y familiares debería ser considerado una garantía de buena atención y una constatación legal, que con frecuencia se omite.
- La articulación de los resultados de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y patología, entre otros, en tiempo real, es un reto de integración de datos que debe ser abordado con la consideración de la importancia clínica y de sus efectos en la atención al paciente.
- Los aspectos de correlación no se refieren solamente a los paraclínicos, debe avanzarse en la compatibilización de los modelos clínicos y los administrativos, la relación de la historia clínica con la disponibilidad de guías de manejo, la utilización de herramientas de agrupación diagnóstica y la articulación con los mecanismos de reporte de eventos adversos, entre otros, de tal forma que la evaluación de la historia clínica sea un elemento clave de la auditoría clínica de la institución.
- Algunos aspectos adicionales como la administración de accesos, claves, disponibilidad remota, suficiencia de terminales de computador, deben ser objeto de análisis y mejoramiento.



La evaluación de las guías de manejo clínico ha permitido comprobar avances significativos en los últimos años. Debe tenerse en cuenta que el tema forma parte hoy, de los requisitos de habilitación. Algunos aspectos por fortalecer incluyen:

- Definir con precisión el alcance y la cobertura de las guías, de acuerdo con el perfil epidemiológico de la demanda.
- Fortalecer los procesos de diseño y elaboración, haciéndolos más participativos, con mayor investigación y generación de consenso.
- Definir los responsables específicos de aplicación, difusión y evaluación de adherencia puede generar avances significativos en cumplimiento.
- Relacionar el contenido de la guía y la aplicación verificable en la historia clínica, debe generar acciones de mejora concreta para mejorar la adherencia.



La evaluación de la gestión clínica, aparte de los puntos señalados antes, puede requerir refuerzos en aspectos como:

- Fortalecer y evaluar el funcionamiento de grupos interdisciplinarios y la atención colegiada, especialmente en el abordaje de casos complejos.
- Fortalecer la interacción entre áreas, unidades funcionales y procesos evitando la fragmentación de la atención.
- Fortalecer y evaluar permanentemente la capacidad y la oportunidad de respuesta a interconsultas.
- Hacer el seguimiento al funcionamiento de los comités clínicos.
- Desarrollar indicadores clínicos y administrativos específicos, de acuerdo con la vocación institucional y evaluar los desenlaces clínicos con herramientas apropiadas.
- Fortalecer los procesos de referenciación comparativa interna y externa, planificando en qué estándares y con qué finalidad, y evaluando si se comparan prácticas o resultados.

- Fortalecer el análisis de indicadores, la confiabilidad de las mediciones y la toma de decisiones a partir de datos. La disposición de uso de la información en los diferentes niveles de la institución, incluyendo los niveles operativos, debe ser un aspecto clave por monitorear, dado su efecto general en la gestión clínica.
- Fortalecer la utilización de mecanismos de alarma ante resultados críticos que garanticen la oportunidad de respuesta.
- Fortalecer la información al usuario, especialmente en el caso de procedimientos y garantizar el consentimiento informado idóneo.
- Evaluar y mejorar permanentemente las acciones post egreso, incluyendo la asignación de citas de control, la reconciliación medicamentosa de egreso, la evaluación de la adherencia al tratamiento y la información general al egreso.

Direccionamiento - gerencia

La institución debe incluir, en su direccionamiento estratégico, elementos claves para su gestión, por ejemplo, la investigación o la docencia. Esta oportunidad da cuenta de las limitaciones habituales en la redacción de la visión, la misión y los objetivos de instituciones, que por su naturaleza deben ser centros de investigación o formación o que en efecto lo son, pero en los que dichas actividades no tienen carácter estratégico. Otros aspectos que deben ser incorporados en el planteamiento estratégico incluyen la política de seguridad, la gestión del riesgo, la gestión tecnológica y el análisis de la cultura organizacional.

A pesar de las dificultades actuales para definir poblaciones para atender, las instituciones deben analizar la población a la que sirven y reflejar en su direccionamiento las acciones concretas, a través de las cuales se impactará dicha población. Esta oportunidad de mejora promueve la reflexión frente a la responsabilidad social institucional, un enfoque sistémico de la atención, incluyendo en el modelo de prestación de servicios, aspectos de atención integral como la promoción y la prevención o la rehabilitación.

La institución debe contar con un balance de la relación oferta-demanda. Este aspecto de direccionamiento, resulta de importancia mayor, a la hora de conocer si la capacidad instalada de equipos y el personal con el que se cuenta, entre otros, pueden responder a la demanda y precisar cómo se aborda en términos estratégicos un posible déficit de oferta.



La alineación de terceros a subcontratados, los mecanismos de delegación a empleados, el involucramiento de la junta y de las partes interesadas, son aspectos que se deben evaluar y mejorar permanentemente.

Talento humano

El abordaje de una verdadera "gerencia del talento humano" que sustituya el antiguo esquema de manejo de nómina, es un reto institucional. Las dificultades mayores a las que se enfrenta el sector, hacen de las oportunidades de mejora en este campo, verdaderos retos empresariales. Los problemas de estabilidad laboral deben ser evaluados cuidadosamente, dada la alta rotación de personal. De hecho, uno de los elementos evaluativos cruciales en la etapa de seguimientos es la rotación, si ésta es muy alta, es posible que buena parte del trabajo de los grupos de auto evaluación, se vea afectado. Los esfuerzos por generar adherencia y fidelidad de los colaboradores, el manejo integral de los riesgos laborales y la salud ocupacional, son factores claves que deben evolucionar entre una visita y otra y que deben contribuir a la generación de una cultura institucional cada vez más sólida.

El proceso de gestión del talento humano entendido, desde el proceso de selección hasta la

preparación para el retiro, incluyendo aspectos claves como la inducción, la re inducción y la medición del clima laboral, requieren monitoreo y acciones de mejora permanentes. Algunos aspectos más elaborados como el desempeño de la institución en responsabilidad social, por ejemplo, en "empresas familiarmente responsables", constituyen avances por considerar en los seguimientos.

Ambiente físico

Los avances en mejoramiento de la infraestructura también forman parte principal de las oportunidades de mejoramiento propuestas por la acreditación. Aunque se ha insistido permanentemente en la directriz de que la acreditación no tiene carácter estructuralista, también es claro que las instituciones que demuestran niveles superiores de calidad deben desarrollar acciones continuas para la mejora de sus instalaciones, de tal forma que garanticen condiciones de privacidad de la atención, comodidades y sobre todo una infraestructura segura. La mayoría de las instituciones que han participado del proceso de acreditación en salud, han crecido en sus instalaciones, han realizado apertura de nuevos servicios y han mejorado las condiciones físicas de prestación. Todas estas intervenciones deben, por ejemplo, contar con un plan que permita

garantizar la seguridad durante la realización de las obras y evitar la contaminación, entre otros aspectos.

Otras condiciones como la evaluación del hacinamiento en determinadas áreas, el manejo adecuado de los desechos y de las rutas de evacuación de los mismos, previendo riesgos de contaminación, la señalización de áreas clínicas y administrativas, la disposición para la atención de emergencias y desastres y el reforzamiento estructural, el manejo del silencio, las comodidades para los usuarios y los visitantes, entre otros temas, requieren un manejo gerencial e implican mejoramiento continuo.

Sistemas de información

Es evidente que los sistemas de información están en permanente desarrollo en todas las instituciones de salud. El desarrollo de la historia clínica electrónica, la incorporación de diferente software para la utilización de guías de manejo, el reporte en línea de eventos adversos y el manejo de medicamentos, entre otros, plantea continuas oportunidades de mejora que los evaluadores deben constatar en las visitas de seguimiento. Los avances de las instituciones acreditadas en este aspecto demuestran que las oportunidades de mejora propuestas y el juicioso cierre de brechas son logros importantes del modelo.

La necesidad de articular la información asistencial y la información administrativa e integrar múltiples aplicativos es un reto mayor para muchas instituciones. Los avances de integración, a través de la historia clínica electrónica, la facturación en línea, los códigos de barras y demás herramientas disponibles hoy en el mercado, son valiosos y requieren cuidadoso seguimiento.

Entender la gestión de la información más allá de los recursos informáticos, analizar los posibles excesos de datos, pero la carencia de información consolidada, las limitaciones de visión sistémica y el reduccionismo en el análisis, son aspectos que frecuentemente se proponen como parte del mejoramiento institucional en este grupo de estándares.

Gestión de la tecnología

Es indudable que en los últimos años se ha logrado un avance importante en la gestión de la tecnología. Las instituciones han incorporado ingenieros biomédicos y personal especializado en el tema. La participación de personal clínico en las decisiones relacionadas con la adquisi-



ción de tecnología, un mayor conocimiento del marco legal de referencia y el desarrollo de la tecno vigilancia son avances valiosos. A la vez, los aspectos de evaluación integral de la tecnología, incluyendo los aspectos de costo beneficio, costo utilidad, costo efectividad y pertinencia, entre otros, son aspectos importantes por fortalecer, al igual que los aspectos metrologicos y los planes de contingencia ante el daño de un equipo. Reforzar el mantenimiento preventivo y fortalecer los aspectos de capacitación en uso forman parte de las oportunidades de mejora planteadas más frecuentemente en este punto.

Integración en redes

La integración de las distintas sedes de una institución, de tal forma que se unifiquen los criterios de manejo, las herramientas y las tecnologías empleadas es una oportunidad de mejora frecuente, que exige cierres graduales de las



brechas que puedan existir entre sede principal y perifera.

Las oportunidades de mejora planteadas con frecuencia, en el caso de los estándares asistenciales, se refieren sobre todo a la necesidad de integrar las diferentes áreas y servicios de la institución, de tal forma que se brinde atención con una calidad homogénea al paciente, garantizando la integralidad de la atención en una visión sistémica. Es claro que existe una fragmentación de la atención, a la cual se opone el modelo integrador de la acreditación y de allí su concepto de globalidad institucional. Las oportunidades de mejora apuntan con frecuencia a que se pueda constatar una atención integral, inter colegiada, multidisciplinaria, que tenga como centro al usuario y a su familia. La insistencia en el desarrollo de revisiones de casos complejos, de reuniones de análisis de mortalidad, de funcionamiento efectivo de los comités clínicos, de inclusión de personal como químico farmacéutico, ingeniero biomédico, fisioterapeutas, nutricionistas, bacteriólogos, entre otros, en el equipo de salud, constituye un reto de largo plazo que requiere seguimiento permanente y que en ocasiones experimenta altibajos, dada la rotación ya mencionada y los problemas del entorno, que a veces dificultan una atención integral.

La incorporación de terceros subcontractados bajo modalidades diferentes a la vinculación directa, como ocurre con frecuencia en el caso del laboratorio clínico o las imágenes diagnósticas, supone retos organizativos mayores para las instituciones. Algunas de las instituciones acredi-

tadas han decidido incorporar de nuevo en su nómina a todo el personal misional, con el fin de garantizar mayor adherencia a los procesos, sentido de pertenencia y mayor estabilidad para sus colaboradores.

Para finalizar, es claro que el desarrollo de todos los criterios de evaluación previstos en la concepción de ejes del sistema de acreditación: seguridad, humanización, gestión de la tecnología y gestión del riesgo, requiere un cierre gradual de brechas que garantice mejoramientos reales y avances importantes. El más resonante de estos avances es el que tiene que ver con el eje de seguridad de paciente. Los avances en la definición de listas de chequeo, mecanismos de control redundante, aplicación correcta de medicamentos, cirugía segura y demás medidas, en favor de la seguridad, requieren constante seguimiento para evitar su rutinización y garantizar que tengan el impacto esperado. En otros ejes el desarrollo es más lento y posiblemente más difícil de evaluar.

Las oportunidades de mejora y las visitas de seguimiento son un enorme valor agregado de la acreditación que garantiza la continuidad y el mejoramiento. Los cambios introducidos en la versión tres del sistema hacen más preciso el modelo en los objetivos del seguimiento y sobre todo en la articulación de diferentes alternativas de mejora. Cabe esperar que el proceso de mejoramiento hacia la excelencia se consolide en los próximos años. El cambio cultural palpable en las instituciones acreditadas es la mejor evidencia de la utilidad práctica de estas herramientas.