**DISEÑO INFOGRAFICO SOBRE PROCESO DE ATENCIÓN CLIENTE ASISTENCIAL EN
COLOMBIA**

**Iveth Clamedvy Martin Rusinque
Médico Cirujano General**

**Facultad de Economía
Especialización en Auditoría de Salud
Bogotá
2018**

**DISEÑO INFOGRAFICO SOBRE PROCESO DE ATENCIÓN CLIENTE ASISTENCIAL EN
COLOMBIA**

**Iveth Clamedvy Martin Rusinque
Médico Cirujano General
Monografía – Proyecto de Grado**

**Asesor:
Dra. Alejandra Valenzuela Cazés
Fisioterapeuta
Especialista en Docencia Universitaria
Magister en Salud Pública**

**Facultad de Economía
Universidad Santo Tomás
Especialización en Auditoría de Salud
Bogotá
2018**

TABLA DE CONTENIDO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
2. OBJETIVOS	5
2.1. Objetivo general	5
2.2. Objetivos específicos	5
3. JUSTIFICACIÓN	6
4. ELEMENTOS CONCEPTUALES	7
4.1. CONCEPTO DE PACAS.....	7
4.2. ESTANDARES DE PACAS.....	7
4.2.1. ESTANDIZACION DE CALIDAD ENFOCADO A LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES.....	7
4.2.2. UNA CALIDAD ASISTENCIAL DESDE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	8
4.2.3. UNA ACCESIBILIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD	8
4.2.4. COMO GARANTIZAR LA CALIDAD DESDE EL MOMENTO DEL REGISTRO E INGRESO.....	9
4.2.5. EVALUACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS AL INGRESO	9
4.2.6. PLANEACION DE LA ATENCIÓN CLIENTE ASISTENCIAL	9
4.2.7. EJECUCION DEL TRATAMIENTO	10
4.2.8. EVALUACION DE LA ATENCION CLIENTE ASISTENCIAL	11
4.2.9. SALIDA Y SEGUIMIENTO	11
4.2.10. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	11
4.2.11. SEDES INTEGRADAS EN RED	12
5. METODOLOGÍA	13
6. RESULTADOS.....	14
7. DISCUSIÓN	15
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20
BIBLIOGRAFÍA	21

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La implementación de la ley 100 de 1993 que remplazo el Sistema Nacional de Salud por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, dio lugar a diferentes cambios en la forma como las personas se relacionan con las instituciones de salud, tanto en el ámbito administrativo como asistencial. Esta ley contempló la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud que se le brinda a los usuarios. Calidad que en el país es implementada y medida a través de los estándares de habilitación de la Resolución 2003 de 2014.

Diversos medios de comunicación e instancias gubernamentales han presentado opiniones controversiales con respecto a la aplicabilidad de la Ley 100 de 1993, dado que, en comparación con otros países, a día de hoy se ha logrado una cobertura del sistema del 98%; pero se han presentado inconvenientes en la oportunidad, calidad y el acceso a los servicios. Adicionalmente, entendiendo la calidad como un concepto amplio, que puede interpretarse y analizarse desde diferentes perspectivas y bajo los pilares de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, y satisfacción del usuario, se hace aún más difícil lograr una medición confiable de la realidad actual de la calidad de la atención en salud.

Sin embargo, y con el ánimo de mejorar aún más la calidad de la prestación de los servicios de Salud, en Colombia se cuenta con el sistema único de acreditación. Este, es un Componente del Sistema de Garantía de la Calidad, que se pone a disposición de las Instituciones Prestadoras de servicios de salud (IPS), Entidades promotoras de salud (EPS), Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y empresas de medicina pre pagada que “voluntariamente” quieran demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación.

“La importancia de este sistema radica, por una parte, en que constituye una oportunidad para que las instituciones sean competitivas en el plano internacional, con el fin de que puedan exportar servicios de salud, y, por otra, genera competencia entre las entidades por ofrecer mejores servicios, lo cual redundará directamente en beneficio de los usuarios”. (1)

Los estándares de acreditación han sido diseñados de modo tal, que constituyan una herramienta de cambio en las instituciones, entendiendo que la razón de ser, es la optimización de la prestación de los servicios de salud, cumpliendo con factores fundamentales como la relación costo beneficio, accesibilidad, seguridad, soporte técnico, relación humana con los usuarios, sus familias, el equipo de salud y el compromiso de los directivos. Dentro de los estándares de acreditación hay un grupo llamado PACAS (Proceso de atención cliente asistencial) que precisamente conecta la calidad con los usuarios a partir de las relaciones humanas.

Actualmente, en Colombia se encuentran acreditadas 38 instituciones a nivel nacional que cumplen con las condiciones legales de calidad en sus servicios, exigidas por las entidades acreditadoras, nacionales e internacionales. Se espera que, en los próximos años, más instituciones de salud, decidan voluntariamente participar en el proceso de acreditación y que las instituciones que lo están, mantengan su título de acreditadas, para que los colombianos usuarios de los servicios de salud, así como su familia, reciban una atención en salud de alta calidad, segura y pertinente.

(2)

(3)

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Describir el Proceso de Atención Cliente Asistencial PACAS en Colombia mediante un esquema infográfico como mecanismo didáctico para la comprensión de dicho proceso.

2.2. Objetivos específicos

- Conceptuar los estándares de acreditación en salud en Colombia, desde un enfoque sistémico relacionado con la atención cliente asistencial denominado PACAS en el sistema de salud actual del país.
- Registrar la calidad enfocado en derechos, seguridad del paciente, accesibilidad, monitoreo de registro e ingreso, evaluación de las necesidades educativas al ingreso, planeación de la atención cliente asistencial, ejecución del tratamiento, salida y seguimiento, referencia y contrarreferencia y sedes integradas en red mediante un diseño infográfico que permita facilitar su comprensión de manera didáctica, para así aportar tanto a la academia como el ámbito laboral la aplicabilidad del mismo.

3. JUSTIFICACIÓN

Es muy importante contar con un mecanismo regulador de la atención en salud, que tenga como fin establecer pautas explícitas y criterios de cumplimiento que garanticen la calidad en la prestación de los servicios. En Colombia, se fortalece la regulación, mediante el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y sus cuatro componentes: sistema único de habilitación, sistema único de acreditación, sistema de información y auditoría para el mejoramiento de la calidad.

Para facilitar la aplicación al sistema, se cuenta con estándares mínimos de calidad para la habilitación de las instituciones de salud, descritos en la resolución 2003 de 2014 y con estándares máximos de calidad o de acreditación, descritos en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario en Colombia.

De este modo, los estándares de habilitación son de obligatorio cumplimiento, mientras que los de acreditación ayudan a las instituciones que voluntariamente desean ingresar al proceso, a mejorar la prestación de los servicios, siempre con un enfoque centrado en el paciente. Además, las instituciones de salud toman como punto de partida los estándares de calidad para realizar procesos de autoevaluación, y a su vez generar sistemas de mejoramiento continuo que permiten cerrar las brechas entre la realidad actual y la realidad esperada de manera permanente y sostenible en el tiempo.

Dentro de los estándares de acreditación hay un grupo especial denominado PACAS (Proceso de Atención Cliente Asistencial) que tienen que ver directamente con la atención que se brinda a los pacientes en el ámbito asistencial.

La intencionalidad de este grupo es lograr que durante la atención a los pacientes se les respete sus derechos; conozcan cuáles son sus deberes; reciban la atención que la institución ofrece sin discriminación, en un tiempo razonable sin interrupciones y de acuerdo con su condición o enfermedad. Donde la atención del paciente y su familia se realice de manera congruente con las características socioculturales individuales y que consulte sus necesidades y expectativas sobre la atención; que el plan de cuidado y tratamiento sea recibido por el paciente bajo condiciones de seguridad, de manera informada, con acciones de educación sobre su enfermedad o condición de salud y con el propósito de obtener los resultados esperados de la atención; que a su vez se evalúe la implementación del plan de cuidado y tratamiento para que el paciente obtenga los resultados esperados de la atención; además que el paciente reciba una adecuada finalización del tratamiento y un plan de cuidados posterior al egreso y que al paciente que requiere ser referido se le garanticen las condiciones para la continuidad de la atención en el lugar de referencia y, si es necesario, el regreso a la institución.

En la medida en que los grupos de trabajo de acreditación de las instituciones, entienden la intencionalidad de los estándares de acreditación, y más de la manera tan explícita como se encuentran descritos los de PACAS, se facilita la organización del trabajo, se tienen claras las metas y se cierran más rápidamente las brechas entre la situación de las instituciones y lo requerido en el estándar.

- (2)
- (3)
- (4)

4. ELEMENTOS CONCEPTUALES

4.1. CONCEPTO DE PACAS

Con respecto al Proceso de Atención Cliente Asistencial (PACAS) es un grupo de estándares de la acreditación en Salud en Colombia que busca a través de un enfoque sistémico, que la atención en las Instituciones Prestadoras de Salud (EPS) sea centrada en el usuario y su familia, en el mejoramiento continuo de la calidad y en el enfoque de riesgo.

Específicamente, los estándares de PACAS se cumplen durante la atención que se presta directamente al usuario y su familia por parte del personal asistencial e involucra una serie de acciones pequeñas, permanentes y consistentes en el tiempo, basadas en la humanización de los servicios.

Para establecer estratégicamente lo anterior, se desarrolla el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia y además el grupo de estándares PACAS que se divide en 11 subgrupos, a saber: Derechos de los pacientes, Seguridad del paciente, Acceso, Registro e ingreso, Evaluación de necesidades al ingreso, Planeación de la atención, Ejecución del tratamiento, Evaluación de la atención, Salida y seguimiento, Referencia y contrarreferencia y Sedes integradas en red.

De los 158 estándares de acreditación, PACAS tiene los primeros 74 y su cumplimiento tiene una gran carga porcentual en la calificación total de los estándares. A pesar de la ejecución de estos estándares desde el compromiso asistencial, la aplicación de los mismos en las instituciones debe ser en el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), es decir, en su totalidad deben estar Documentados en manuales, protocolos, procedimientos, instructivos, guías entre otros; Desplegados logrando el conocimiento de por lo menos el 90% de la población objeto; Implementados al interior de la organización; Medidos a través de indicadores y Mejorados precisamente a través de planes de mejoramiento.

(4)

4.2. ESTANDARES DE PACAS

De los 158 estándares de acreditación, PACAS tiene los primeros 74 y su cumplimiento tiene una gran carga porcentual en la calificación total de los estándares. A pesar de la ejecución de estos estándares desde el compromiso asistencial, la aplicación de los mismos en las instituciones debe ser en el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), es decir, en su totalidad deben estar Documentados en manuales, protocolos, procedimientos, instructivos, guías entre otros; Desplegados logrando el conocimiento de por lo menos el 90% de la población objeto; Implementados al interior de la organización; Medidos a través de indicadores y Mejorados precisamente a través de planes de mejoramiento.

La calificación cuantitativa de los estándares de acreditación es hasta 500 puntos de los cuales PACAS puede lograr 250.

En total, una calificación menor de 200 puntos, no logra acreditación; Entre 200 y 279 puntos se logra una acreditación condicionada con una nueva evaluación en menos de 10 meses, una calificación entre 280 y 399 logra la acreditación y con más de 400 puntos se logra una acreditación con excelencia.

(4) (5)

4.2.1. ESTANDIZACION DE CALIDAD ENFOCADO A LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

Estos estándares tienen como fin que durante la atención a los pacientes se les respete sus derechos y conozcan sus deberes.

De igual modo, los derechos y deberes de los pacientes deben ser conocidos y respetados por los colaboradores y a su vez deben ser informados, a través de mecanismos que permitan el entendimiento por parte de los pacientes o sus cuidadores no solo en contextos normales, sino considerando circunstancias especiales como condiciones de discapacidad, infantes, extranjeros, dialectos indígenas según las zonas de influencia, entre otros. Así mismo, los derechos de los pacientes deben ser respetados sin tener exclusiones o preferencias por sexo, edad, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.

(6)

4.2.2. UNA CALIDAD ASISTENCIAL DESDE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La intención de este grupo de estándares es tener una estructura funcional para la seguridad del paciente, que contenga no solo la descripción de estrategias que implementen y midan la cultura de seguridad, sino la cultura justa que incentive el reporte de eventos de riesgo y la investigación, análisis, gestión y la toma de decisiones en los eventos adversos, mitigando sus consecuencias. Así mismo, se deben implementar las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros y prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.

(4)

4.2.3. UNA ACCESIBILIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD

Es el grupo de estándares que vela por la seguridad de los pacientes durante el acceso a las instituciones, tiene como estrategia realizar la respectiva identificación de riesgos de los pacientes, evaluando las barreras de acceso y gestionando las mismas.

Tienen como fin permitir que los pacientes logren la atención segura y oportuna tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio y de urgencias, recibiendo la información adecuada sobre sus citas, interconsultas y momentos de atención, con el profesional de su preferencia según la oferta de servicios.

Con la estandarización y conocimiento del ciclo de atención de los pacientes, se evitan confusiones, pérdida de tiempo y reprocesos de los pacientes que puedan afectar su salud o permitir progresión de las enfermedades. Es más, vigilan que, los problemas de los pacientes tanto administrativos como asistenciales sean gestionados tales como la demanda insatisfecha o las causas de desatención.

(4)

4.2.4. COMO GARANTIZAR LA CALIDAD DESDE EL MOMENTO DEL REGISTRO E INGRESO

Con respecto a este punto a tratar, tienen como fin lograr que el paciente conozca todo lo concerniente a su registro, estancia, atención y cuidado dentro de las instituciones, enterándose de los aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso y egreso.

Hace énfasis en la identificación de los pacientes desde su ingreso, no solo usando mecanismos redundantes para evitar equivocaciones en los procedimientos por homónimos o paciente equivocado, sino que tiene en cuenta la necesidad de identificación de pacientes prioritarios y de urgencias. Además, se debe prever desde el ingreso de los pacientes la información general que estos deben conocer para mejorar su seguridad física y mental.

Es así como define que es importante informar al paciente en el ingreso sobre el personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos, rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación, medidas de seguridad, incluidos uso de alarmas, timbres de llamado y conducta ante una posible evacuación y puntos de encuentro. Por lo tanto, se incentiva a las instituciones para que realicen y participen en simulacros de evacuación frente a amenazas internas y externas de diferentes tipos.

(4)

4.2.5. EVALUACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS AL INGRESO

Con respecto a la evaluación de las necesidades que se establecen en el sistema de salud colombiano, implica la caracterización de procesos a desarrollar para optimizar la calidad en los servicios asistenciales que son: identificar, evaluar y dar respuesta a las necesidades educativas de los usuarios desde el punto de vista de la salud.

Adicionalmente, solicita que se realicen de manera permanente actividades de Prevención de las enfermedades y Promoción de la salud, en especial si es la primera vez que el usuario entra en contacto con el sistema de salud. Por último, indica que se identifiquen las necesidades de aislamiento de los pacientes en los diferentes ámbitos, con el fin de evitar la propagación de enfermedades infecto-contagiosas que impactan negativamente la salud de los colombianos. Tal es el caso de enfermedades como Tuberculosis, VIH, hepatitis y otras no tan graves como varicela zoster.

(4)

4.2.6. PLANEACION DE LA ATENCIÓN CLIENTE ASISTENCIAL

En este grupo de estándares se pretende que las instituciones identifiquen puntualmente el grupo poblacional específico que tienen bajo su responsabilidad con el fin de caracterizar su población y enfocar la planeación de los cuidados.

Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento deben estar planeados teniendo en cuenta las guías de práctica clínica basadas en la evidencia que la organización ha desarrollado, adoptado o adaptado. Así mismo los protocolos y los procedimientos definidos por el laboratorio clínico, los servicios de imagenología y demás servicios de apoyo, deben estar articulados con los procesos de cuidado y tratamiento de la atención en salud, cumpliendo con estándares de calidad.

En otras palabras, la atención de los pacientes no debe basarse en el azar y los procedimientos deben estar tan explícitamente claros para las instituciones que no permitan improvisaciones innecesarias. Adicionalmente, indica que los tratamientos odontológicos deben estar articulados con el historial clínico del paciente.

Este grupo de estándares tiene un capítulo especial de humanización, que busca que el usuario sea atendido en condiciones de respeto, privacidad, dignidad y consideración. El cual, se enfatiza en que la organización debe tener estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, es decir, se debe tener claridad sobre el lugar en que se atienden partos, partos de emergencia, recién nacidos en condiciones críticas y pacientes de alto riesgo.

Así mismo, se debe tener planeado con anticipación como se realiza consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pre término, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacido, apoyo emocional al usuario y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), valoración nutricional al paciente hospitalizado y registro de la dieta ordenada, analizando gustos y preferencias del usuario respecto de la dieta, abordaje interdisciplinario de casos complejos, actividades lúdicas para infantes y adolescentes y actividades especiales para usuarios de tercera edad.

Además de la consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluidas la muerte y la donación de órganos, cuando aplique y el apoyo espiritual o religioso.

(4)

4.2.7. EJECUCION DEL TRATAMIENTO

Este grupo pretende que el tratamiento de los pacientes sea realizado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función en un equipo de trabajo. Definitivamente las actividades que se realicen sean de forma oportuna, adecuada, de manera profesional y responsable y brindando información y educación clara al paciente verificando su entendimiento. Dado que es un riesgo importante para la seguridad de los pacientes, se debe dedicar especial atención en la información al paciente sobre su esquema terapéutico y los medicamentos que se prescriben, horarios e interacciones, así como efectos colaterales o secundarios de los medicamentos peligrosos, y la identificación de signos y síntomas tempranos de reacciones adversas medicamentosas.

En este grupo se encuentra la necesidad de identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar y el abordaje, manejo inicial, notificación a los entes de control o autoridades pertinentes, seguimiento y consejería psicológica y espiritual. Importante mencionar el derecho que tienen los pacientes de solicitar una segunda opinión dentro o fuera de la institución.

(4)

4.2.8. EVALUACION DE LA ATENCION CLIENTE ASISTENCIAL

Este grupo busca que las instituciones analicen de manera retrospectiva y con el fin de mejorar su actuación, como fue la ejecución del tratamiento de los pacientes en los diferentes puntos de atención.

En principio indica como herramienta fundamental al interior de las organizaciones, la medición de adherencia a guías y la auditoria de historias clínicas de manera sistemática y periódica, lo cual permite calificar la efectividad, la seguridad, la oportunidad y la validez de la atención a través de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos.

Adicionalmente, menciona que se debe monitorizar sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos generando un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva y retroalimentando al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento.

(4)

4.2.9. SALIDA Y SEGUIMIENTO

Se tiene como fin buscar la continuidad y seguridad de las intervenciones en los pacientes una vez egresan de las instituciones. No solo se trata de informar adecuadamente lo que sucedió durante su estancia en las Instituciones, sino que asegura los requerimientos futuros necesarios para el paciente, la información adecuada al paciente sobre su plan de cuidados en casa y la coordinación con otras organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población a la que presta sus servicios.

(4)

4.2.10. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Pretende que las instituciones tengan claros los criterios de atención y remisión de pacientes según su nivel de atención, con el fin de evitar pérdidas de tiempo y lograr la referencia de pacientes entre servicios o instituciones de manera explícita, con información clara y completa al usuario y a la institución o servicio al que es referido el paciente, con traslados en condiciones de seguridad adecuados, y con realimentación de los resultados del paciente al profesional tratante. Quizá dentro de una misma institución, la información se maneja de manera asertiva, pero se debe lograr esta misma característica entre las instituciones sin importar su ubicación geográfica o nivel de atención.

(4)

4.2.11. SEDES INTEGRADAS EN RED

Indica que las instituciones que trabajan en red tienen tan claro el direccionamiento estratégico, los procesos y procedimientos que se deben realizar y el conocimiento de las tareas administrativas y asistenciales, que el paciente logra acceder a los servicios dentro de la red de prestadores de manera oportuna, fácil y con resultados eficientes. Finalmente, el círculo de la atención en red se cierra mediante la evaluación de la ejecución de actividades y la generación de planes de mejoramiento

(4)

5. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de la monografía se realizará una investigación tipo descriptivo que consiste en un método científico que implica observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él de ninguna manera. Para este caso se observará el Proceso de Atención al Cliente Asistencial (PACAS) desde la experiencia profesional.

Así que, este método se usa para obtener una visión general del sujeto, tema o contexto sociopolítico. Además, es útil cuando no es posible comprobar y medir el gran número de muestras que son necesarias para investigaciones de tipo cuantitativo. Por lo tanto, los resultados de una investigación descriptiva no pueden ser utilizados como una respuesta definitiva o para refutar una hipótesis, pero, si las limitaciones son comprendidas, pueden constituir una herramienta útil en muchas áreas de la investigación científica.

De igual forma, tiene como ventaja que representa el panorama general destinado a dar algunos valiosos consejos acerca de cuáles son las variables que valen la pena probar cuantitativamente.

Y Finalmente, se obtiene como desventaja que ya que no hay variables manipuladas no hay manera de analizar estadísticamente los resultados.

(7)

Como mecanismo de búsqueda de información se tiene en cuenta dos tipos de fuentes de información:

Fuente de información secundaria: Son aquellas que contienen un material ya conocido pero organizado según un esquema determinado. La información contiene referencia a documentos primarios. Son el resultado de aplicar las técnicas de análisis documental, sobre las fuentes primarias, y de la extracción, condensación, u otro tipo de reorganización de la información que aquellas contienen a fin de hacerla accesible a los usuarios. Son ejemplos: Revistas de resúmenes, índices bibliográficos, índices de contenidos, Boletines de sumarios, índices de citas, bases de datos.

(7)

Fuente de información terciaria: Tipifica fuentes de reportes primarios y secundarios y cuyo ejemplo más evidente son las "Biografías de las Biografías". Son aquellas fuentes que contienen información de las secundarias que no están muy tratadas aún en su conceptualización y naturaleza. Nacen para hacer frente a la proliferación de documentos secundarios. Contienen información original estructurada, que el usuario puede utilizarla como un nuevo documento. No referencian la fuente de información, es como si fuesen documentos primarios en sí. Por ejemplo: Diccionarios, tesauros.

(7)

6. RESULTADOS

7. DISCUSIÓN

Con respecto a la prestación de servicios de salud en nuestro país, es indispensable cumplir con los requisitos mínimos de calidad descritos en la resolución 2003 de 2014 de habilitación de los Prestadores de servicios de salud.

De igual forma, existen requisitos máximos de calidad, definidos en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario en Colombia. En contraste con la norma de habilitación, los requerimientos de acreditación los cumplen las instituciones de salud de manera voluntaria, siempre con un enfoque centrado en el paciente.

En efecto, los estándares de acreditación están distribuidos en tres grupos: La primera sección son los estándares PACAS (Proceso de Atención Cliente Asistencial), la segunda son los estándares de apoyo que son Direccionamiento, Gerencia, Gerencia del Talento Humano, Gerencia de la información, ambiente físico, y gestión de la tecnología y finalmente, la tercera sección son estándares de mejoramiento de la calidad.

En la misma línea, los estándares de PACAS están distribuidos en 11 subgrupos, los cuales se analizarán a continuación desde una perspectiva global:

1. Derechos de los pacientes: Se espera que las instituciones tengan una declaración de derechos de los pacientes, un código de ética y buen gobierno incluidos en la plataforma estratégica; que sean socializados tanto a los colaboradores como a los pacientes, y que se cuente con mecanismos de evaluación de entendimiento de los mismos.

Si bien es cierto que la resolución 4343 de 2012 unifica la regulación de los lineamientos de los derechos y deberes de los afiliados y de los pacientes en el Sistema general de Seguridad Social en Salud, cada institución puede adicionar los que considere necesarios, en el marco de la coherencia. En realidad, para la socialización de los derechos y deberes, se deben tener en cuenta todas las características de la población que se atiende y eliminar las barreras que impidan su entendimiento. Es así como las instituciones deben buscar mecanismos para cubrir o alcanzar a pacientes y cuidadores de usuarios extranjeros, infantes, personas en condiciones de discapacidad y entre otros, desde un enfoque diferencial. Además, el cumplimiento de los derechos y deberes de los pacientes se debe hacer sin excepción o distinción por sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica. Se hace énfasis en que se garantice el respeto, la información de análisis y comportamiento ético frente a los proyectos de investigación a los usuarios, respetando además la voluntad y autonomía de los pacientes.

2. Seguridad del paciente: Con respecto a este ítem, es importante que las instituciones formulen, implementen y evalúen una política de seguridad que determine una estructura funcional para la seguridad de los pacientes; además promover programas que fortalezcan una cultura organizacional en torno a la justicia no punitiva, que incentive el reporte voluntario de eventos de riesgo y adversos, y que logre identificar los riesgos que se puedan presentar fortaleciendo las estrategias para mitigarlos. Así, las instituciones deben realizar medición periódica de clima de seguridad, implementar programas y contar con un comité del mismo.

Durante la atención de los pacientes, se debe identificar si la consulta actual es consecuencia de un evento adverso independientemente del ámbito donde se realice la atención. Por último se deben implementar la totalidad de las recomendaciones aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud.

Para el cumplimiento de estos estándares, el Ministerio de Salud y Protección social (MSYPS) cuenta con los paquetes instruccionales y guías técnicas de buenas prácticas para la seguridad del paciente.

Estos, le dan herramientas a las instituciones que facilitan la implementación de prácticas exitosas comunes como el lavado de manos, el uso de correctos en la administración de medicamentos, los cambios de posición frecuentes en los pacientes encamados, la marcación del sitio operatorio, el uso de listas de doble chequeo, entre otros, que sin duda han mejorado la seguridad de los pacientes.

(8)

3. Acceso: Para lograr el adecuado acceso a las instituciones de salud, se debe iniciar con un análisis de barreras de acceso a la organización (autorizaciones administrativas, barreras geográficas, entre otras) y también dentro de la organización hacia los diferentes servicios, implementando acciones de mejoramiento.

Es importante durante el acceso, ofrecer la disponibilidad del talento humano que les permita a los pacientes escoger el profesional o especialista de su preferencia. Y para evitar inconvenientes, las instituciones deben organizar los tiempos para que cada paciente sea atendido adecuadamente y dentro del marco de la calidad, y sea informado sobre los requisitos administrativos para la atención y la ubicación geográfica, horarios de atención y mecanismos para cancelación de citas. Como resultado de lo anterior, se espera un acceso sin errores o que ocurran malos entendidos sobre horarios, rutas de atención, localización geográfica, procesos administrativos, y todo lo que los pacientes requieran para lograr sin obstáculos acceder a los servicios de salud de manera oportuna, evitando pérdidas de tiempo y progresión de la enfermedad. Para monitorizar la operación se debe contar con indicadores de oportunidad de atención ambulatoria y hospitalaria que no superen los umbrales definidos por el Sistema de Información para la Calidad. Por último, se deben generar acciones de mejora que disminuyan la demanda insatisfecha, la inasistencia y las demoras en la atención.

4. Registro e ingreso: Durante el registro e ingreso de los pacientes a las instituciones se debe asegurar que los datos de los mismos no sean erróneos y que se brinde la orientación adecuada sobre su atención. Es así como se deben buscar mecanismos redundantes para la identificación de los pacientes que eviten confusiones no solo sobre sus datos personales, sino sobre su condición de enfermedad, que permita a su vez una priorización o clasificación de la atención. En este punto, el paciente debe conocer la información relacionada con tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso y egreso, personal clave para contactar en caso de necesidades, rutinas referentes a horarios o restricciones de visita, horarios de alimentación, medidas de seguridad incluidos uso de alarmas, timbres de llamado y conducta ante una posible evacuación, secuencia de eventos y sitios donde se realizaran sus tratamientos, servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud (POS), planes complementarios y medicamentos, ubicación en la habitación y en el entorno, causas de retraso y el tiempo máximo que debe seguir esperando.

Por último, debe ser muy clara la información sobre la preparación que debe realizarse antes de cualquier procedimiento, ya que las consecuencias de atrasos en la realización de los estudios diagnósticos y terapéuticos pueden ser fatales. Además, La actitud de las instituciones frente a los inconvenientes presentados para el acceso no debe ser evasiva sino proactiva, buscando los correctivos de las desviaciones encontradas.

5. Evaluación de necesidades al ingreso: Desde el punto de vista preventivo, es uno de los requisitos mas importantes de cumplir. Definitivamente, las instituciones de salud, desde el mismo momento del ingreso deben realizar al paciente una evaluación de conocimiento sobre su enfermedad, tratamiento, posibles complicaciones y riesgos, buscando las expectativas de tratamiento y necesidades de información. Así mismo y sin importar el ámbito se debe identificar las necesidades de aislamiento de los pacientes para evitar la propagación de enfermedades infecciosas y contagiosas como tuberculosis, varicela, infecciones respiratorias, diarreicas, entre otras.

Es este, justamente el momento para aprovechar y brindar a los pacientes programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, especialmente captando los pacientes que ingresan por primera vez a solicitar los servicios de salud. No obstante, la atención en salud debe ofrecerse sin importar las condiciones sociales y culturales de las poblaciones caracterizadas en los diferentes sitios de atención.

Teniendo en cuenta lo anterior, se espera que un paciente conozca a profundidad su patología, y a su vez manifieste las expectativas que tiene en lo referente al tratamiento y pronóstico, además contar con su participación activa en su recuperación con fines de generar conciencia y cultura del autocuidado en los mismos. Como es de esperarse, todas estas actividades deben medidas a través de indicadores y mejoradas a través de planes de mejoramiento.

6. Planeación de la atención: Este ítem, comienza con la caracterización de la población que permite identificar cuáles son las necesidades específicas de los pacientes que se van a atender. Este primer paso, induce a identificar los riesgos, priorizarlos, gestionarlos y en consecuencia disminuirlos o eliminarlos. Del mismo modo y desde el punto de vista científico, la planeación de la atención debe estar basada en guías de Práctica Clínica (GPC) que tengan la mejor evidencia posible.

En nuestro país existen guías que las instituciones de salud deben adoptar y las que no se encuentran disponibles pueden ser usadas de otros países. Estas guías, deben de pasar por un proceso especial de consenso y análisis para que posteriormente puedan ser socializadas a los profesionales, y así ser aplicadas de manera eficaz, eficiente y oportunas.

Además de lo anterior, existen guías de reacción inmediata, que como su nombre lo indica son la referencia para reaccionar inmediatamente, cuando ocurre un evento adverso.

Dentro de la planeación, también es muy importante tener garantizada la infraestructura adecuada para la atención de partos de emergencia o complicados, la atención de recién nacidos delicados y pacientes en estado crítico.

Desde el punto de vista de la humanización en los servicios, es muy importante el apoyo psicológico y espiritual que requieren los pacientes o sus familiares frente al impacto de la experiencia de las cirugías, decisiones de no reanimación, pacientes con muerte cerebral, donación de órganos, pérdidas, entre otros. No se debe olvidar además, la comodidad de los

pacientes durante la estancia hospitalaria, donde se respeten sus gustos y necesidades alimentarias, físicas, ocupacionales, religiosas, de comunicación y de recreación en pacientes infantes, adolescentes y de la tercera edad.

La atención debe pensarse para que se realice en condiciones de privacidad auditiva y visual, respetando el cuerpo con y sin vida y comunicando de manera asertiva y considerada las malas noticias.

En el registro de la planeación de la atención, las actividades deben estar tan claras y con criterios tan explícitos, que minimicen los riesgos durante la atención de los pacientes, el traslado, ingreso a unidades de cuidado intensivo y por supuesto el egreso.

Es importante, y mas ahora cuando el planeta se encuentra en una lucha constante contra las bacterias, que se diseñen estrategias para el uso racional de antibióticos, la reconciliación medicamentosa y el conocimiento de los pacientes de su plan farmacológico que promueva el autocuidado y disminuya la autoformulación.

7. Ejecución del tratamiento: Lo primero que deben hacer las instituciones para realizar acciones directas en los pacientes, es garantizar que el tratamiento sea ejecutado por un equipo interdisciplinario entrenado y con capacidad técnica y científica y basados en la mejor evidencia disponible. Para esto las instituciones deben realizar la verificación de los títulos de los profesionales de la salud, entrenarlos científica y técnicamente en funciones como el trabajo en equipo y evaluarlos de manera constante a través de la auditoria de historias clínicas.

Permanentemente, se debe mantener informados a los pacientes y familiares sobre los resultados, procedimientos diagnósticos, tratamientos, interacciones medicamentosas, derecho a segunda opinión y demás aspectos que favorezcan la tranquilidad y autocuidado de los pacientes.

La información, como siempre debe ser asertiva especialmente cuando se va a informar sobre enfermedades catastróficas como VIH o Cáncer. También, durante la ejecución del tratamiento, es muy importante entrenar a los pacientes sobre sus cuidados en casa y la identificación de signos de alarma, que les permita acudir sin retrasos a los servicios de urgencias y consulta externa.

Por último, los profesionales y en general todos los colaboradores deben estar entrenados en la identificación e intervención oportuna y adecuada de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar, que permitan mejorar las intervenciones y disminuir su incidencia.

8. Evaluación de la atención: La evaluación de la atención y sus resultados se realiza teniendo como base la historia clínica y los registros asistenciales. Esta evaluación debe ser periódica, incluyendo profesionales pares en los casos de eventos adversos, socializando los resultados adecuadamente y generando planes de mejoramiento en bienestar tanto para la institución como para los usuarios.

Las instituciones deben prestar atención y gestionar los resultados de la evaluación de pacientes consultadores crónicos y de pacientes a los que se realiza intervenciones odontológicas.

Otra actividad trascendental para la evaluación de la atención es la gestión de quejas, reclamos, sugerencias, y felicitaciones (QRSF) que llegan a través de diferentes medios y que, al ser intervenidas, suponen una mejora al interior de las instituciones

9. Salida y seguimiento: La importancia de la salida y seguimiento de los pacientes radica en la continuidad de los cuidados de los usuarios, que permita el avance de los logros en salud obtenidos. De ahí, que los pacientes deben ser informados sobre su enfermedad, tratamiento, pronóstico y actividades pendientes. El egreso, debe tener un resumen con el reporte final de su estadía, un plan de egreso completo, las fórmulas claras de medicamentos que deben tomar, las solicitudes de exámenes y controles y deben ser aclarados los trámites administrativos que se deben ejecutar para evitar interrupciones diagnósticas y terapéuticas.

Si es necesario, las aseguradoras deben tener información sobre los pacientes que facilite la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento. De igual forma, su egreso debe contener lo necesario para continuar con las actividades de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad, independientemente de la red de servicios contratados por las aseguradoras.

10. Referencia y contrarreferencia: Se trata de tener claros, cuáles son los criterios para referir a los pacientes intra e interinstitucionalmente. Para esto es necesario que se cuente con guías y criterios explícitos de referencia, que las remisiones cuenten con la información clínica relevante de los pacientes, que se mantenga informados a los usuarios, que los profesionales que remiten sean retroalimentados y que se evalúe la pertinencia de las remisiones. Los pacientes deben ser trasladados en condiciones de seguridad que les permita llegar con éxito a su sitio de referencia. Además, las remisiones de muestras de laboratorio o patologías y las solicitudes especiales deben tener garantizado el mantenimiento y conservación durante el traslado, durante los tiempos establecidos y con estrategias que permitan la solución de inconvenientes en caso de problemas analíticos.

11. Sedes integradas en red: Este grupo de estándares aplica a las instituciones que conforman una red. Cada institución de la red, debe tener claro cuales son los servicios que presta y su alcance, con mecanismos de referencia con otras instituciones, con procesos que monitoricen la calidad de las historias clínicas y los eventos adversos, que compartan un direccionamiento estratégico para la consecución de logros comunes. Además, que posean una base de datos unificada, y en la medida de lo posible un solo software de historia clínica, y que tanto la operación como la garantía adecuada de la prestación desde el punto de vista asistencial y de apoyo sea monitorizado por la gerencia de la red.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La importancia de involucrarse en los procesos de acreditación en Salud en acreditación más que económica y de prestigio radica en mejorar la atención a los pacientes.
- El cumplimiento de estándares PACAS impacta de manera positiva directamente al paciente y su familia salvando vidas en favor del derecho a la salud.
- PACAS (Proceso de Atención Cliente asistencial) involucra de manera especial al talento humano, de ahí que la humanización es vital. PACAS somos todos.
- Base fundamental es la seguridad del paciente y su familia.
- Uno de los estándares de calidad más difíciles de cumplir es la evaluación de las necesidades educativas sobre todo al ingreso de los pacientes a las instituciones, en la cual deben tenerse en cuenta los tiempos de consulta y afán con que se ejecutan las acciones. En ocasiones la consulta externa oscila entre 15 y 20 y en urgencias hasta 13 minutos, lo anterior perjudica la implementación de las estrategias de calidad, de acuerdo al contexto social del sistema de salud del país.
- Con respecto al estándar que hace referencia a la planeación de la atención, debe priorizarse y preverse actividades de humanización, caracterizadas de acuerdo a los servicios que se presten en los diferentes servicios de la red hospitalaria.
- En la ejecución del tratamiento es importante realizar de manera proactiva la identificación y abordaje de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar ya que son una población vulnerable y silenciosa ante la sociedad.
- Finalmente, es un reto en lo concerniente a la referencia y contra referencia lograr de manera oportuna el traslado de pacientes de una sede a otra, teniendo en cuenta descrito en la discusión, ya que se debe tener en cuenta las instituciones dentro y fuera de la red

BIBLIOGRAFÍA

1. Revista Semana. [Online]. [cited 2018 Noviembre 2. Available from: <https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/la-calidad-en-el-sistema-de-salud-de-colombia/548402>.
2. Mora VH. Gobierno de Colombia Minsalud. [Online].; 2014 [cited 2018 Noviembre 2. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Lists/FAQ/DispForm.aspx?ID=948>.
3. Jeduca S.A.S. Icontec - Minsalud. [Online].; 2016 [cited 2018 Noviembre 02. Available from: <http://www.acreditacionensalud.org.co/rc/Paginas/Pasprocicacre.aspx>.
4. Ministerio de Protección Social. Manual de Acreditacion en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia. [Online].; 2011 [cited 2018 Noviembre 02. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio-hospitalario.pdf>.
5. Bioética HCERMMMe. Acreditaciónm en salud - Icontec Internacional. [Online]. Bogotá; 2016 [cited 2018 Noviembre 14. Available from: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Acreditaci%C3%B3n%20en%20Salud.pdf>.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 00004343 de 2012. [Online].; 2012 [cited 2018 Noviembre 02. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-4343-de-2012.PDF>.
7. Universidad La salle. Fuentes de Información. [Online].; No registra [cited 2018 Noviembre 02. Available from: http://evirtual.lasalle.edu.co/info_basica/nuevos/guia/fuentesDeInformacion.pdf.
8. paquetes instruccionales - Guía técnica - Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Seguridad del paciente y la atencion segura. [Online].; 2012 [cited 2018 Noviembre 08. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>.
9. Arana MIP. Instituto de investigación y debate sobre la gobernanza. [Online].