

Propuesta de un Sistema de Gestión de Calidad para la IPS KIBA SAS según requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2015 y los estándares de acreditación para las instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad.

Ana Carolina Díaz Orozco

Trabajo para Optar el Título de Especialista en Dirección y Gestión de la Calidad

Director

Lusvin Javier Amado Forero

Magister en Ingeniería Electrónica

Coodirectora

Tatiana Alexandra Castañeda Sánchez

Magister en Calidad y Gestión Integral

Universidad Santo Tomas, Bucaramanga

División de Ingenierías y Arquitectura

Especialidad en Dirección y Gestión de la Calidad

2024

Contenido

Introducción	11
1.1 Planteamiento del problema.....	13
1.2 Formulación del problema	14
1.3 Sistematización del problema	15
2. Justificación	15
3. Objetivos.....	17
3.1 Objetivo general.....	17
4. Marco referencial	18
4.2 Antecedentes	19
5 Marco teórico	21
6 Marco legal	31
7 Diseño metodológico	34
7.1 Metodología	34
8 Resultados.....	36
9 Comparación del cronograma.....	75
10 Presupuesto	76
Conclusiones.....	77
Referencias.....	79

Lista de tablas

Tabla 1. Metodología de Investigación.....	35
Tabla 2. Relación entre los principios de la NTC ISO 9001:2015 y los ejes trazadores del SUA	43
Tabla 3. Matriz DOFA.....	54
Tabla 4. Cronograma del proyecto.....	75
Tabla 5. Presupuesto para el desarrollo del proyecto.....	76

Lista de figuras

Figura 1. Ciclo de mejora continua Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA).....	29
Figura 2. Tabla conceptual de relaciones existentes entre los principios SGC ISO 9001:2015 y ejes trazadores del SUA	45
Figura 3. Análisis de cumplimiento de la matriz de armonización en IPS KIBA SAS.....	50
Figura 4. Nivel de cumplimiento de estándares armonizables entre la NTC ISO 9001:2015 y SUA aplicables en IPS KIBA SAS.....	51
Figura 5. Formato de consolidación de la autoevaluación.....	58
Figura 6. Instructivo Hoja Radar Calificación cuantitativa de estándares.....	58
Figura 7. Criterios de Priorización.....	59
Figura 8. Ruta Crítica para desarrollo del PAMEC	60
Figura 9. Calificación del grupo de estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial, IPS KIBA SAS	62
Figura 10. Priorización del Proceso de Atención al Cliente Asistencial, IPS KIBA SAS	63
Figura 11. <i>Calificación de estándares del proceso de atención al cliente asistencial en IPS KIBA SAS</i>	64
Figura 12. Calificación de la sección de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de direccionamiento, IPS KIBA SAS.....	65
Figura 13. Priorización del grupo de estándares de direccionamiento. IPS KIBA SAS.	66
Figura 14. Calificación de la sección de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia. IPS KIBA SAS.....	66
Figura 15. Priorización del grupo de estándares de Gerencia, IPS KIBA SAS.....	67
Figura 16. Calificación de la sección de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de	

estándares de Gerencia del talento humano. IPS KIBA SAS 67

Figura 17. Priorización del grupo de estándar de gerencia del Talento Humano. IPS KIBA SAS.
..... 68

Figura 18. Calificación de la sección de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia del ambiente físico en IPS KIBA SAS..... 68

Figura 19. Priorización del grupo de estándares de gerencia del Ambiente Físico en IPS KIBA SAS. 69

Figura 20. Calificación de la sección de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gestión de la tecnología en IPS KIBA SAS 69

Figura 21. Priorización del grupo de estándares de gestión de la tecnología. En IPS KIBA SAS.
..... 70

Figura 22. Calificación de la sección de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia de la información en IPS KIBA SAS. 70

Figura 23. Priorización del grupo de estándares de gerencia de la Información en IPS KIBA SAS.
..... 71

Figura 24. Calificación del grupo de estándares de Mejoramiento de la Calidad en IPS KIBA SAS.
..... 71

Figura 25. Priorización del grupo de estándares de mejoramiento de la calidad en IPS KIBA SAS.
..... 71

Figura 26. Calificación general de estándares de Apoyo en IPS KIBA SAS..... 72

Figura 27. Figura 28. Mapa de procesos IPS KIBA SAS..... 74

Lista de apéndices

Apéndice A. *Organigrama IPS KIBA SAS*

Apéndice B. *Matriz de armonización*

Apéndice C. *Política de Calidad IPS KIBA SAS*

Apéndice D. *Autoevaluación de estándares de acreditación*

Apéndice E. *PAMEC*

Nota: ver apéndices en archivos externos.

Resumen

El proyecto "Propuesta de un sistema de gestión de calidad para la IPS KIBA SAS según requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2015 y los estándares de acreditación para las instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad" tiene como objetivo principal Establecer una propuesta de un sistema de gestión de calidad para la IPS KIBA SAS. Este sistema se basa en los requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2015, así como en los estándares de acreditación específicos para instituciones que ofrecen servicios de salud de baja complejidad. La propuesta de este sistema de gestión de calidad se fundamenta en la autoevaluación detallada de los estándares de acreditación, a partir de la cual se ha elaborado un plan de mejora enfocado en áreas clave en la institución. Mediante este enfoque, se busca garantizar y mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud ofrecidos por la IPS, definiendo oportunidades de mejora y acciones específicas para alcanzar los principios establecidos en la NTC-ISO 9001:2015 y cumplir con los requisitos de acreditación para servicios de salud de baja complejidad.

Palabras clave: calidad, acreditación, PAMEC

Abstract

The project "Proposal of a quality management system for IPS KIBA SAS according to the requirements of the NTC-ISO 9001:2015 standard and accreditation standards for health service providers with an emphasis on low complexity services" aims to establish a proposal for a quality management system for IPS KIBA SAS. This system is based on the requirements established in the NTC-ISO 9001:2015 standard, as well as specific accreditation standards for institutions offering low complexity health services. The proposal for this quality management system is based on a detailed self-assessment of accreditation standards, from which an improvement plan focused on key areas in the institution has been developed. Through this approach, the aim is to ensure and enhance the quality of health services provided by the IPS, defining improvement opportunities and specific actions to achieve the principles established in NTC-ISO 9001:2015 and comply with accreditation requirements for low complexity health services.

Keywords: quality, accreditation, PAMEC

Glosario

PAMEC: es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben nuestros usuarios, operativizada con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (Secretaría de salud, 2023).

Calidad: es la adecuación para el uso satisfaciendo las necesidades del cliente (M Juran, 1993)

Sistema Único de Acreditación en Salud (SUA): conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades a las que se refiere el artículo 2 del presente decreto, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud (Minsalud, 2024).

Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS): es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país (Minsalud, 2024).

IPS: son las Instituciones encargadas de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley (Minsalud, 2024).

Baja complejidad: son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica

básicos en lo que se denomina primer nivel de atención (Unisalud, 2022)

PHVA: es una estrategia interactiva de resolución de problemas para mejorar procesos e implementar cambios (Martins, 2024).

Introducción

La calidad ha tomado fuerza en muchos campos, uno de ellos el de la salud, logrando grandes beneficios tanto para los usuarios como para las organizaciones, generando un alto impacto en la prestación de los servicios (Zuluaga, 2010, p. 14). Cuando una institución implementa tácticas para mejorar la calidad de la atención a sus usuarios, puede abordar diversos aspectos que impactan de manera integral en la organización, lo que la hace más competitiva tanto a nivel regional como nacional en el mercado.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) establece las pautas que todos los participantes deben seguir para asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad en el ámbito de la salud, con el objetivo de garantizar el derecho fundamental a la salud (Minsalud, 2023). Dicho sistema consta de cuatro componentes como son: Sistema Único de Habilitación (SUH), Sistema Único de Acreditación (SUA), Sistema de Información en Salud (SUI) y Programa de Auditoría de Mejora de la Calidad (PAMEC); estos componentes están interconectados para brindar un servicio de salud de calidad y tienen como finalidad que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), opten por el proceso de acreditarse, después de que han cumplido las exigencias mínimas obligatorias para prestar servicios de salud con calidad.

El propósito de este trabajo de grado fue establecer una propuesta de un sistema de gestión de calidad para la IPS KIBA SAS según la norma NTC-ISO 9001:2015 y los requisitos de estándares de acreditación para las instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad. Para esto se implementó una matriz de armonización que resaltara las fortalezas y las debilidades tanto de las 10 secciones que conforman la norma NTC ISO 9001:2015 como los estándares aplicables en los diferentes procesos establecidos en la IPS KIBA

SAS. El objetivo fue identificar, evaluar y analizar el grado de cumplimiento de estos estándares para asegurar la competencia de la IPS en la prestación de servicios de calidad.

Se buscó proponer procesos correctivos para crear oportunidades de mejora priorizadas que aporten a la calidad de la atención brindada a los usuarios y promover un entorno seguro en la institución. Todo esto con el fin de aumentar la competitividad y el prestigio de esta en un mercado globalizado y en constante cambio.

1. Propuesta de un Sistema de Gestión de Calidad para la IPS KIBA SAS según requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2015 y los estándares de acreditación para las instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad

1.1 Planteamiento del problema

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) disponen de documentos que establecen directivas para la mejora del desempeño para las organizaciones sanitarias, con la finalidad de contribuir a la satisfacción de todas las partes interesadas, también en el concepto de calidad eficiente de los recursos y mínimo de riesgos para el paciente el sistema nacional de la atención integral de la salud que se le brinda a toda la población teniendo en cuenta los principios fundamentales basado en la equidad, universalidad, protección integral y libre escogencias de sus usuarios” (Mosquera, 2021, p. 11).

Partiendo de esta cita, particularmente en el Distrito Especial de Barrancabermeja, Santander, la necesidad de tener servicios de salud que respondan a los requerimientos cada vez más exigentes de los usuarios, con un entorno cada vez más competitivo, con un mercado que exige que los servicios estén mejor preparados para responder a los nuevos retos en salud, ha llevado al gobierno a establecer la ruta para que las instituciones prestadoras de servicios de salud alcancen altos estándares de calidad (Escudero, 2016, p. 12). Por tal motivo, IPS KIBA S.A.S. tiene la necesidad de analizar alcances superiores de la acreditación como el impulso al cumplimiento de los requisitos básicos legales, el uso de herramientas de mejoramiento continuo, la comparación entre instituciones, la transformación cultural y la contribución a la sostenibilidad de la institución, entre otros aportes, que trascienden el ámbito de la libre escogencia basada en

decisiones informadas al alcance de un sistema de gestión de calidad en salud eficiente (ICONTEC, 2014; Escudero, 2016, p. 14).

Actualmente la IPS sólo cuenta con la habilitación para poder prestar sus servicios y en Colombia hay un total de 10.359 IPS registradas en la base de datos del ministerio de salud, de las cuales únicamente están acreditadas 37 instituciones que no alcanzan el 1% del total global de prestadores habilitados en el país. Se evidencia que la mayoría de los prestadores optan por cumplir el mínimo obligatorio y que no alcanza a cubrir todas las expectativas de los usuarios (MinSalud, 2017). Aun así, IPS KIBA SAS, tiene la iniciativa estratégica de evaluar la suficiencia de los incentivos dispuestos actualmente por el gobierno nacional para IPS acreditadas, razón por la cual el presente proyecto de investigación busca formular una ruta de gestión como herramienta fundamental para el desarrollo de sus procesos administrativos y asistenciales con los cuales la IPS pueda enfrentar los retos de productividad, competitividad y calidad.

En este proyecto se llevará a cabo un diagnóstico organizacional para verificar el estado actual de la empresa y así proponer un sistema de gestión de calidad que abarque los requisitos de estándares de acreditación para las instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad, basándonos en la norma NTC-ISO 9001:2015, de tal manera que IPS KIBA S.A.S pueda cumplir con los estándares de calidad que exigen sus servicios.

1.2 Formulación del problema

¿Cómo establecer una propuesta de un sistema de gestión de calidad para la IPS KIBA SAS según la norma NTC-ISO 9001:2015 y los estándares de acreditación para las instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad?

1.3 Sistematización del problema

- ¿Cómo crear la matriz de correspondencia de los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2015 y requisitos aplicables para las instituciones prestadoras de servicio de salud con énfasis en servicios de baja complejidad?
- ¿Cuál es el resultado de la valoración organizacional de la IPS KIBA SAS para determinar el grado de cumplimiento de los requisitos de la matriz de correspondencia e integración de requisitos?
- ¿Cómo establecer el modelo ideal del sistema de gestión de calidad para la IPS KIBA SAS que cumpla con la norma NTC-ISO 9001:2015 y los requisitos aplicables para las instituciones prestadoras de servicio de salud con énfasis en servicios de baja complejidad?

2. Justificación

El presente proyecto de investigación está justificado en la necesidad de implementar un sistema de gestión de calidad basado en los estándares de acreditación del sector de la salud, establecidos en la Resolución Manual de acreditación del ministerio de salud y protección social de Colombia énfasis en servicios de baja complejidad, y de la normativa NTC-ISO 9001:2015. Este sistema ayudará a la organización IPS KIBA SAS a una mejora de la calidad en los servicios ofrecidos, así como se mantendrá bajo los preceptos establecidos por el gobierno nacional.

Entre los principales beneficios que ofrece este proyecto está la agilización de los procesos de evaluación y auditorías tanto internas como externas, así como permitirá una mejora en la toma de decisiones y creación de estrategias empresariales eficaces con respecto a los objetivos planteados por IPS KIBA SAS. Finalmente, se prevé que este sistema de gestión permita que la IPS se mantenga dentro de los lineamientos y requisitos legales decretados por el gobierno.

A su vez, dentro de los efectos positivos que se desprenderán de la implementación del nuevo sistema de gestión de calidad en IPS KIBA SAS se encuentra la unificación de la metodología de comunicación, control y formación del personal interno y los usuarios, así como la integración de las diversas áreas de calidad, seguridad del trabajo, cuidado del medio ambiente, y la optimización de recursos de la entidad.

Dentro de los problemas que IPS KIBA SAS enfrenta en la actualidad se encuentran la carencia de un sistema de gestión único y eficiente que cumpla con los establecido en la resolución Manual de acreditación del ministerio de salud y protección social de Colombia, la poca participación del personal institucional, usuarios y proveedores en el cumplimiento de la socialización de los diversos formatos de gestión de calidad, lo que al final deriva en problemas de comunicación interna y aumento de costos. Por lo que dentro de las oportunidades de mejora y resolución de problemas que este proyecto plantea están el seguimiento, medición, análisis y evaluación como nueva metodología de trabajo dentro de IPS KIBA SAS.

Cabe recalcar que la implementación de este proyecto está sustentado en realizar recomendaciones en cuanto a la metodología a seguir, dirigiendo sus iniciativas hacia la mejora de sus servicios de salud dentro del marco los ejes trazadores del SUA; buscando impactar de manera positiva sobre estas, al reducir el conflicto entre los sistemas de gestión de calidad existentes, orientando la planificación, implementación, operación y monitoreo bajo un marco de gestión integrada, que no genere desgaste en el sistema de gestión y partes involucradas, mala percepción de la Figura corporativa o incremento de los costos asociados a la no calidad. Adicionalmente, se busca potenciar lo desarrollado hacia la acreditación y organizar favorablemente a su equipo de trabajo al asegurar que en todos los niveles organizacionales se están considerando los pasos necesarios para garantizar la sostenibilidad del sistema de gestión, para alcanzar niveles de calidad

superiores, por medio de la generación de cultura de calidad y aprendizaje organizacional, trabajo en equipo, liderazgo, participación, eficiencia y eficacia de sus procesos en pro de la satisfacción de los usuarios como pilares del mejoramiento continuo en el sector salud.

Finalmente, se propone que la implementación de este proyecto se realice de manera gradual, desarrollando inicialmente una evaluación interna de los procesos actuales para así definir las áreas de trabajo que requieren prioridad en su ejecución y así realizar nuevo sistema de gestión de calidad.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Establecer una propuesta de un sistema de gestión de calidad para la IPS KIBA SAS según la norma NTC-ISO 9001:2015 y los requisitos de estándares de acreditación para las instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad.

3.2 Objetivos específicos.

- ✓ Crear la matriz de armonización de los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2015 y exigencias aplicables para la institución IPS KIBA SAS con énfasis en servicios de baja complejidad.
- ✓ Evaluar el grado de cumplimiento de la organización IPS KIBA SAS frente a los requisitos de acreditación en salud y la NTC ISO 9001:2015 mediante la guía que ofrece el manual de

acreditación en salud.

- ✓ Diseñar una propuesta de un sistema de gestión de calidad para la IPS KIBA SAS que cumpla con la norma NTC-ISO 9001:2015 y los requisitos de acreditación de servicio de salud con énfasis en servicios de baja complejidad.

4. Marco referencial

4.1 Reseña histórica y caracterización de la empresa

“IPS KIBA SAS, es una IPS riesgo nivel II que busca el bienestar del usuario y su entorno en la familia y la comunidad, basados en principios y valores institucionales de eficiencia, seguridad del paciente, trabajo en equipo, actitud de servicio, humanización, trabajo honesto y transparente” (IPS KIBA S.A.S, 2021).

Comprometidos siempre en brindar servicios diseñados para promover la salud y prevenir la enfermedad, con base en criterios de alta calidad técnico–científica, una concepción de atención humanizada y una alta sensibilidad social.

IPS KIBA S.A.S. actualmente cuenta con una capacidad instalada de 5 consultorios y una sala de procedimientos donde se ofertan servicios de medicina especializada y procedimientos ambulatorios, tales como: consulta de medicina general, consulta especializada en medicina interna, consulta especializada en dermatología, consulta especializada en ginecología y obstetricia, consulta especializada en medicina estética, terapia respiratoria, enfermería, sala de pequeños procedimientos ambulatorios, aplicación de sueros polivitamínicos y biorreguladores cutáneos, pediatría, entre otros.

“Tiene como misión, promover el bienestar social ofertando servicios en salud con alta calidad y calidez a todos sus pacientes, enfatizando sobre la promoción de políticas de autocuidado, la prevención de los riesgos de la enfermedad, minimizando los impactos negativos de estas patologías sobre la calidad de vida de los ciudadanos, apoyados en personal idóneo, altamente calificado y comprometidos con la protección integral de la salud de sus afiliados.

Su visión es posicionarse como la mejor IPS de prestación de servicios de salud a nivel regional y Departamental, al garantizar el cuidado integral de la salud de sus asociados mediante capacitaciones permanentes de colaboradores, mejora continua de los procesos administrativos y un óptimo soporte humano/tecnológico para la prestación de servicios de alta calidad a todos sus usuarios” (IPS KIBA S.A.S, 2021).

La estructura jerárquica de la IPS KIBA SAS se encuentra constituida por la alta dirección, conformada por el representante legal y la gerente, el departamento administrativo y el departamento asistencial (Ver Apéndice A).

4.2 Antecedentes

Uno de los problemas en el desarrollo de nuestro país son las falencias de nuestro sistema de salud, el cual por años se ha centrado en la falta de infraestructura para la prestación de servicios, falta de estándares diagnósticos para la atención de los pacientes, y alta demanda de profesionales; haciendo todo esto, sea parte de las deficiencias del sector salud (CASADIEGO, 2015, p. 7).

Por tal motivo, la evaluación de la calidad de los servicios en salud se ha venido convirtiendo en una preocupación reciente en las últimas décadas (Delgado, Vázquez, & Morales, 2010, p. 2). Evalúan la satisfacción desde una perspectiva general, sin considerar aspectos muy relevantes pero complejos, como los aspectos técnicos y resultados en salud. Aun así, “En el año

2003 llega el SUA (Sistema Único de Acreditación en Salud) a Colombia, mediante la resolución 3557 del 19 de noviembre, es el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC) el encargado de implantar, desplegar, guiar, renovar y mejorar lo que a la fecha ha sido un gran esfuerzo y reconocimiento para quienes aplican este Sistema” (Morales, 2019, p. 3) y desde que se creó el sistema de seguridad social en salud el cual se implementó mediante la ley 100 de 1993 se ha desarrollado un esquema de trabajo basado en la necesidad de trabajar en la calidad de la prestación de los servicios en salud (Mosquera, 2021, p. 11), la cual no solo conduce al cumplimiento de la normativa de la legislación colombiana, sino que también haya participación de entidades de inspección, vigilancia y control, las cuales velan para que estas se cumplan y se brinde una excelente prestación de los servicios enfocado a la atención de los usuarios y su familia, los mismos requisitos reglamentarios exigen que sean instituciones prestadoras de servicios de salud con alta calidad en su atención y que estas mismas contribuyan significativamente a la competitividad (N & Gómez FA, 2018, p. 12).

IPS KIBA S.A.S., es una IPS ubicada en el distrito especial de Barrancabermeja, Santander, creada con el fin de mejorar y favorecer la calidad de la prestación de servicios en salud en la ciudad, promoviendo el bienestar y la seguridad del paciente; la empresa inició sus labores en el año 2021, cumpliendo con los estándares de habilitación de la Resolución 2003 del 2014 y un sistema de gestión de calidad acorde a su razón social. Sin embargo, a finales del mismo año IPS KIBA S.A.S fue auditado bajo los estándares de la Resolución 3100 del 2019, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de estos (Normativa, 2019, p. 11) hallando no conformidades y dejando en evidencia la ineficiencia del sistema de gestión desarrollado.

Basado en lo anterior, la ineficiencia del Sistema de gestión actual sumado al entorno

competitivo y cambiante en el que se mueven dichas organizaciones en el área de la salud exige altos niveles de gestión que permitan analizar el desempeño de los procesos y si se cuentan con herramientas que posibiliten evaluar la efectividad del sistema organizacional. Ahora bien, actualmente las organizaciones de salud se hallan en un entorno de constante cambio en todos los ámbitos, tanto a nivel tecnológico como en lo referente a Sistemas de Gestión; por lo que es necesario realizar un esfuerzo de adaptación rápida a las nuevas situaciones con el fin de continuar siendo competitivas y eficientes en los segmentos de mercado donde desarrollan sus actividades, inmersos inevitablemente al proceso de globalización. Estos factores conducen a cambios significativos en la cultura corporativa. Es así como han surgido los enfoques de gestión en los que se enfocan estas nuevas tendencias empresariales tales como la mejora continua, el cuadro de mando integral, la gestión del conocimiento, gestión de la calidad, ambiente y seguridad (Moreno, Mancheno, & Monica, 2013, p. 22).

5 Marco teórico

5.2 Sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud (SOGCS) y sus componentes.

Según del Decreto 780 del 2016, se define como “El conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”. Este sistema tiene como fin salvaguardar la vida y garantizar la salud de la población, y en este los temas de competitividad en el mercado, se incorporan como incentivos para el mejoramiento de la calidad

de la prestación del servicio. (OCAS, 2016) Así bien, las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) como actores esenciales en la cadena de atención en salud, deben tender a brindar y garantizar a sus usuarios servicios con la más alta calidad y los mínimos riesgos posibles, todo esto siendo viable con la implementación de cada uno de los componentes del SOGCS, mismos que proponen cumplir con aquellos requisitos mínimos exigidos de estándares de calidad. (Sandra Alarcon, 2008, p. 4)

El SOGCS, define la calidad de la atención en salud como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios, a través del cumplimiento de cinco atributos de calidad: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad”. (MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2006) Además de esto, se encuentra integrado por los siguientes componentes: El Sistema Único de Habilitación (SUH), la Auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), el Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de información para la Calidad en Salud (SIC).

Todos los componentes son obligatorios para los prestadores de servicios de salud, a excepción del Sistema Único de Acreditación, que no puede limitarse a cumplir únicamente con los estándares del Sistema Único de Habilitación, siendo estos los requisitos mínimos operativos que permiten brindar estructura al servicio y la seguridad del paciente; sino que a su vez, debe implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, componente esencial y obligatorio de la escalera de la calidad, que permite a las instituciones avanzar en un proceso de mejora continua y desarrollo organizacional. (Sandra Alarcon, 2008)

5.3 Sistema único de habilitación (SUH)

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones esenciales de capacidad técnica y científica, patrimonial y financiera, y de capacidad técnico administrativa, que tienen por objeto brindar a los usuarios seguridad y protección frente a los riesgos potenciales asociados a la prestación de los servicios y son de obligatorio cumplimiento para los prestadores de servicios de Salud. (Ministerio de la Protección Social, Decreto 1011, 2006)

Es decir, con dicho sistema podremos realizar la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación de acuerdo con la resolución 3100 del 2015, de tal manera que se pueda determinar un plan de acción encaminado al cumplimiento de cada uno de los requisitos de estos.

5.4 Sistema único de acreditación (SUA)

Según el decreto 1011 del 2006, es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento 39 de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada éstas que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. (Ministerio de la Protección Social, Decreto 1011, 2006)

La acreditación en salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna, revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de atención del usuario, establecida y reconocida en Norteamérica desde hace casi 50 años, diseñada específicamente para el sector salud, realizada generalmente por una organización no

gubernamental, para garantizar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad.

Es orientado a resultados, en base a los requerimientos del proceso asistencial, desarrollado por profesionales de salud que son pares o contrapartes del personal de las entidades que desean acreditarse y de reconocimiento público en el ámbito nacional e internacional, con efectos de mejoramiento de calidad demostrados. (Lady Hernández & Naley Acevedo, 2013, p. 32)

“En Colombia, el Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el SUA para desarrollar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema”. (INCONTEC, 2003)

5.5 Direccionamiento desde la perspectiva del SUA.

La propuesta de Lady Hernández Anaya y Naley Acevedo Marín en el año 2013 sobre la implementación de los estándares relacionados con direccionamiento y gerencia del sistema único de acreditación en salud para IPS plantea que, el resultado que se espera cuando una institución logra el cumplimiento de los estándares de calidad son: que la entidad esté alineada con el direccionamiento estratégico, para el logro de los resultados esperados, enfocando la gestión en el cliente y en la mejora continua de la calidad.

Así mismo la entidad debe contar con procesos como: la lectura del entorno, la formulación e inspección y la elaboración de un plan de direccionamiento estratégico, la orientación del personal y la evaluación de la gestión en salud.

Incluyendo; el mejoramiento continuo, la seguridad del paciente, la responsabilidad social, entre otros que mencionan en la propuesta. (Lady Hernández & Naley Acevedo, 2013, p. 32, 33)

Con respecto a la Gerencia desde la perspectiva del SUA, los resultados esperados al

obtener el cumplimiento de los estándares radican en: la identificación de los usuarios y sus necesidades, Asignación de recursos financieros, físicos y de talento humano para labores de mejora continua, además de la protección de los mismos recursos, estrategias y acciones por parte de la alta gerencia en los procesos y el cumplimiento de estos y finalmente, que la entidad logre cada vez mejores resultados.

5.6 Sistema de gestión de calidad norma técnica NTC ISO 9001:2015 y sus principios para el sector salud.

La calidad al interior de los servicios de salud a nivel de Colombia tuvo sus inicios debido al nacimiento de una preocupación por parte de las organizaciones de prestar servicios de alta calidad. Por lo tanto, el sector salud no puede negar el enfoque de calidad que debe tener hacia sus usuarios; proporcionando así el bienestar de la comunidad. (Cruz Erika & Romero María Clara, 2011) (Muñoz Ricardo, 2019, p. 5)

Dada la Resolución 0256:2016, la cual propone indicadores para monitorear la calidad del sector salud. Con la finalidad de promover un adecuado uso y aprovechamiento de la información para mejorar la calidad de los servicios de salud, facilitando la toma de decisiones con la medición del desempeño y promover acciones de mejora. Entre las entidades que deben aplicar esta resolución, se encuentran las IPS, a las cuales se le presenta indicadores al interior de la resolución, en busca de medir aspectos como: tiempo promedio de espera para asignación de citas, porcentaje de usuarios que recomendarían la IPS, el porcentaje de usuarios de IPS satisfechos a nivel global, etc. (Muñoz Ricardo, 2019, p. 6)

Por otra parte, entre las certificaciones utilizadas por los organismos de salud nacionales,

según la ISO 9001: 2015 proporciona en estas entidades, la confianza en que los servicios de salud satisfagan las necesidades y expectativas de los pacientes y las partes interesadas. Así mismo, asegura a la dirección que la entidad se encuentra cumpliendo con la calidad esperada y de esta forma, se convierte en una herramienta para la gestión del riesgo y la mejora del desempeño institucional, lo que permite obtener reconocimiento externo de que cumple con los requisitos establecidos. (Matilde Rodríguez - Eddita Fernandez - Amaia Romero y Ana Poza, 2012) A partir de esto, ha sido innegable que las instituciones de salud apunten a mejorar sus calidad y competitividad, enfocando su proceso de mejoramiento de calidad por medio de la implementación de sistemas de gestión de calidad.

5.7 Calidad del servicio

Actualmente se escucha que muchas empresas intentan diferenciarse de otras a través de un adecuado servicio al cliente, algunos lo llaman excelencia del servicio o simplemente gran servicio. Sin embargo, el servicio no puede estandarizar las expectativas del cliente, pues cada cliente es diferente y su necesidad también, es por esa razón que no se puede dictar procedimientos inflexibles para mantenerlos satisfechos.

El objetivo de medir la perspectiva del usuario es poder responder a las expectativas del usuario, la cual nos llevará a determinar la calidad del servicio prestado. (Nera Ayerbe, 2015)

La calidad en la atención médica al usuario consiste en otorgar con equidad, oportunidad, humanismo, con el uso de la tecnología apropiada con resultados congruentes con el objetivo de la atención y satisfacción de las necesidades de salud y expectativas del usuario, prestador de servicios e institución donde se otorga dicha atención.

Ahora bien, en las instituciones que prestan servicios de salud es necesario que desarrollen programas de garantía de calidad. Se hace entonces indispensable desarrollar mecanismos permanentes para medir y evaluar tanto cuantitativamente como cualitativamente y desde el punto de vista financieros, observadores, prestadores y usuarios del sistema. Para esto se deben establecer estándares que permitan comparar permanentemente el sistema y la percepción que de él tienen los usuarios, todo esto con el fin de establecer procesos de mejoramiento continuo que eleven la calidad dentro del sistema y hacia los usuarios.

Para poder evaluar la calidad de la atención se deben definir los criterios, indicadores y estándares, ya que estos deben adaptarse y formularse de acuerdo con la situación particular que se va a evaluar y los objetivos que se persiguen, porque el gran reto de los sistemas de salud para establecer una metodología de evaluación apropiada y adaptada a las necesidades y oportunidades de diversas áreas radica en establecer criterios unificados acerca de lo que consiste la atención en salud.

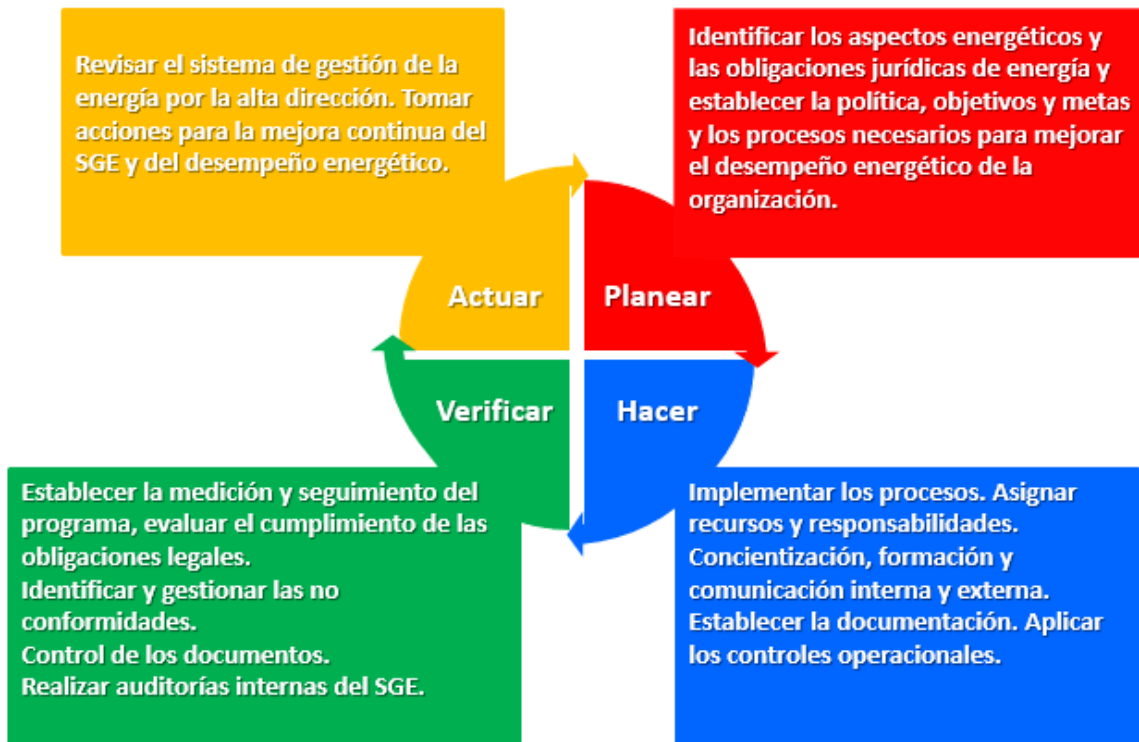
Al realizar la evaluación de la calidad de la salud a nivel de la estructura se tiene como objeto el análisis sobre las características de las instalaciones, equipos, tecnología, recurso humano técnico y auxiliar, recursos financieros y sistema de información interna y externa.

El resultado se evalúa mediante indicadores que miden la conservación o mejoría en el estado de salud del paciente, la presencia o ausencia de complicaciones. Se evalúa igualmente la satisfacción obtenida por el proveedor y el usuario de los servicios. (Milanyela Avila y Yennifer Malambo, 2014, p. 30).

5.8 Sistema de información para la calidad

Facilita el estímulo de la competencia por calidad entre los agentes del sector y brinda orientación a los usuarios respecto a las características del sistema, así como en el ejercicio de sus derechos y responsabilidades. También permite evaluar los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada. Todo ello con el fin de que los usuarios puedan tomar decisiones informadas al ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (VALDERRAMA ESE HOSPITAL FRANCISCO, 2023, p. 30).

En el contexto de la auditoría destinada a mejorar la calidad en el ámbito de la salud, se emplea un ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) según lo establecido en las Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría. Este ciclo se utiliza para evaluar y mejorar la calidad de la atención sanitaria, y se representa en el siguiente cuadro (VALDERRAMA ESE HOSPITAL FRANCISCO, 2023, p. 31):

Figura 1. Ciclo de mejora continua Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA)

Nota: Diagrama representativo del ciclo de mejora continua o ciclo PHVA. Tomado de Reinaldo Jesús Méndez. [2018]. https://www.researchgate.net/publication/351618005_Implementacion_de_Sistema_de_Gestion_de_Energia_en_la_Empresa_Constructora_de_Obras_Industriales_6

5.9 Metodologías de armonización

De acuerdo con Siviya et al (Siviya, 2008), la armonización busca definir y configurar la estrategia más adecuada para relacionar modelos, con el fin de apoyar a los objetivos de calidad y mejorar los procesos organizacionales. Sin embargo, para ello es necesario establecer ciertos criterios y el diseño metodológico, en este caso se recurre a la armonización entre la NTC ISO 9001:2015 y las disposiciones que están reglamentadas en la Resolución 1474.

Dicha metodología implica identificar las diferencias existentes entre las prácticas, normas o regulaciones que se deseen armonizar. Esto puede incluir la revisión de las

regulaciones locales, estándares internacionales o prácticas comunes en diferentes regiones o sectores.

Una vez identificado las diferencias, es necesario definir claramente los objetivos de la armonización. Estos objetivos pueden incluir la mejora de la comparabilidad de datos y la simplificación de los procesos.

Una vez que se ha implementado la armonización, es importante realizar un seguimiento continuo y evaluar su efectividad, aplicando ajustes y mejoras si se considera necesario.

6 Marco legal

El Sistema de salud existente en Colombia hasta 1993, como los demás Sistemas Nacionales de Salud promovidos por la OPS, se caracterizó por su manejo centralizado, solamente en lo relacionado con las funciones de planeación, rectoría y manejo, sino también en todo lo concerniente con las funciones administrativas y operativas del servicio de salud, con gran subordinación de los niveles municipales de la administración pública y del sector privado.

Con la ley 100 de 1993, la cual era para todos los servicios de salud existentes, se inscribieron ante la superintendencia de salud como prestadores de servicios de salud, cumpliendo con todos los requisitos exigidos, cada día realizan una autoevaluación y mejora continua para mantener la calidad del servicio.

Esta propuesta, retoma la normativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definido para Colombia, que incluye los componentes del Sistema Único de Habilitación, el cual es llevado a cabo por entidades departamentales de salud a través de un proceso de verificación de los estándares de calidad de los servicios de salud, regidos por la resolución 3100 de 2019.

Entre otras regulaciones se encuentran:

- *Decreto 1011 de 2006*: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social y sus resoluciones reglamentarias.
- *Resolución 1043 de 2006*: por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad y se dictan otras disposiciones.
- *Resolución 1446 de 2006*: por la cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan indicadores de monitoreo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud.

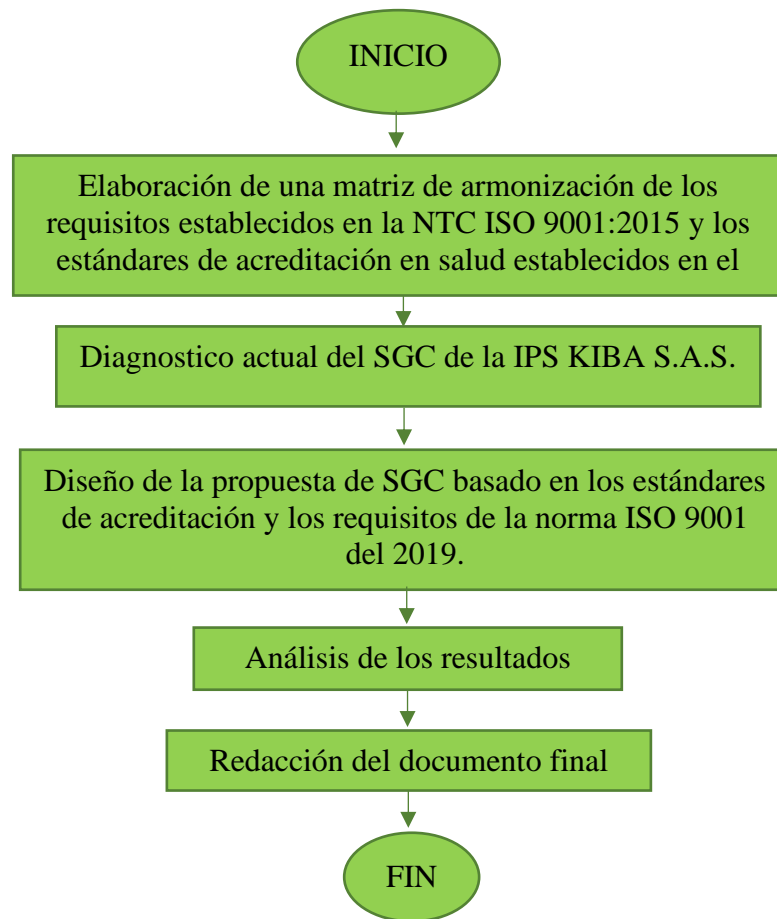
- *Resolución 1445 de 2006*: por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones y sus Apéndices Técnicos 1 y 2, por los cuales se expiden los manuales de estándares del SUA y los lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud.
- *Decreto 4747 de 2007*: por el cual se regulan algunos aspectos de la relación entre los prestadores de los servicios de salud y otras entidades responsables del pago de estos, de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones de organización.
- *Resolución 1998 de 2010*: por medio de la cual se definen los lineamientos para la renovación de la habilitación de los prestadores de servicios de salud.
- *Resolución 1441 de 2013*: por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.
- *Resolución 2003 de 2014*: por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud.
- *Resolución 0256 de 2016*: por la cual se obliga a hacer un sistema de información para la calidad que hace parte del SOGCS, establecer indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
- *Resolución 5095 de 2018*: por la cual se adopta el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1”
- *Resolución 1474 de 2022*: por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.
- Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud
- Guías básicas para la implementación de pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad

de la atención en salud.

Cabe recalcar que el objetivo principal de este trabajo no es abordar en leyes y marcos regulatorios, ni cuestionar si se cumple con los múltiples requisitos de las instituciones prestadoras de servicios de salud, sino proponer un sistema de gestión de calidad para promover mejoras en los procesos y brindar alternativas que ayudan a cumplir con los requisitos legales exigidos para la acreditación en salud en una IPS de baja complejidad en Colombia.

7 Diseño metodológico

7.1 Metodología



El tipo de investigación será descriptivo con enfoque mixto, ya que implica un conjunto de procesos de recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos para responder al planteamiento del problema.

La metodología aplicada para este proyecto fue desglosada como se muestra en la siguiente tabla (Tabla 1):

Tabla 1. Metodología de investigación

Momentos de investigación (objetivos específicos)	Actividades	Entregables o fin de investigación
✓ Armonización de los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2015 y exigencias aplicables para la institución IPS KIBA SAS con énfasis en servicios de baja complejidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Crear una matriz de armonización de los requisitos establecidos en la NTC ISO 9001:2015 y los estándares de acreditación en salud establecidos en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. - Análisis de requisitos armonizables y no armonizables 	Matriz de Armonización
✓ Evaluación del grado de cumplimiento de la organización IPS KIBA SAS frente a los requisitos de acreditación en salud y la NTC ISO 9001:2015 mediante la guía que ofrece el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario.	- Análisis de cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001:2015 y los criterios del manual de acreditación en salud establecidos en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario.	Análisis de cumplimiento
✓ Propuesta de un sistema de gestión de calidad para la IPS KIBA SAS que cumpla con la norma NTC-ISO 9001:2015 y los requisitos de acreditación de servicio de salud con énfasis en servicios de baja complejidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de contexto y planificación de objetivos del SGC. - Según la metodología PAMEC de la IPS se priorizarán las acciones y los tiempos de ejecución teniendo en cuenta el ciclo de mejora continua de la organización. 	Matriz de priorización

Nota: Esta tabla contiene la descripción detallada de la metodología implementada para el desarrollo del proyecto.

8 Resultados

8.1 Armonización de los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2015 y exigencias aplicables para la institución IPS KIBA SAS con énfasis en servicios de baja complejidad.

Para la armonización de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 se recogió la información acerca del estado actual del sistema de gestión de calidad de la institución, sus procesos, seguimiento y evaluación; se analizaron los indicadores correspondientes para a dar a conocer un valor determinado de cumplimiento e incumplimiento y ajustar e implementar los requisitos de la norma faltantes en la IPS.

Para lograr el desarrollo de la matriz, fue necesario contar con fuentes de información primarias tales como la documentación implementada en la IPS y también, fuentes secundarias tales como: tesis, proyectos, guías, de los cuales obtenemos información acerca de la gestión de calidad en el área de la salud.

Una vez realizada la matriz de armonización, que permitió la identificación de los requisitos armonizables y los no armonizables se introdujo la estructura del ciclo DEMING (PHVA) como una estrategia de mejora continua.

8.1.1 Análisis estructural del manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario

La armonización se desarrolló en tres etapas; inicialmente, se plantea la comparación en la primera etapa de investigación y/o diagnóstico, donde se realizó una matriz que permitió bajo la

estructura del ciclo PHVA comparar cada uno de los requisitos de la resolución Manual de acreditación y la NTC ISO 9001 del 2015. Esta metodología de comparación permite analizar más detalladamente cada requisito identificado tanto cuantitativo como cualitativamente, semejanzas y diferencias de estos, una vez desarrollado el ejercicio de comparación se elabora la matriz de armonización de la norma ISO 9001:2015 y la resolución Manual de acreditación aplicable en IPS KIBA SAS.

La segunda etapa determina como se realizaría la evaluación de los criterios armonizables y finalmente se mide la gestión del riesgo donde se analizaron los riesgos de cada proceso de la IPS y se definieron las acciones recomendadas.

8.1.2 Análisis estructural del manual de acreditación de servicio de salud con énfasis en servicios de baja complejidad.

El manual de acreditación, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, es una normativa de gran relevancia en el contexto de la atención médica y la prestación de servicios de salud en el país. Esta resolución establece los estándares de acreditación para las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y define las pautas que deben seguir estas instituciones para garantizar la calidad y la seguridad de la atención médica que brindan a los pacientes. A continuación, se presenta un análisis de la estructura y los aspectos clave de la Resolución Manual de acreditación:

1. **Título y Antecedentes:** la resolución comienza con un título descriptivo y una breve introducción que contextualiza la importancia de establecer estándares de acreditación en salud en Colombia.

2. **Considerandos:** en esta sección se presentan los argumentos y consideraciones que

fundamentan la necesidad de emitir esta resolución. Se mencionan aspectos como la garantía de la calidad en la atención médica y la mejora de los servicios de salud en el país.

3. Objeto y Ámbito de Aplicación: se define el objeto de la resolución, que es establecer los estándares de acreditación para las IPS en Colombia. Además, se especifica el ámbito de aplicación, que incluye a todas las IPS del país, tanto públicas como privadas.

4. Definiciones: la resolución proporciona definiciones claras de los términos y conceptos clave utilizados en el documento. Esto es importante para evitar confusiones y garantizar una interpretación uniforme de los estándares de acreditación.

5. Estándares de Acreditación: esta sección constituye el núcleo de la resolución y enumera los estándares que deben cumplir las IPS para obtener la acreditación en salud. Los estándares se dividen en varias categorías como:

- a) Derechos de los pacientes
- b) Seguridad del paciente
- c) Acceso
- d) Registro e ingreso
- e) Evaluación de necesidades al ingreso
- f) Planeación de atención
- g) Ejecución del tratamiento
- h) Evaluación de la atención
- i) Salida y seguimiento
- j) Referencia y contrarreferencia
- k) Sedes integradas en red

6. Procedimientos de Acreditación: se describen los procedimientos y requisitos que las

IPS deben seguir para solicitar y obtener la acreditación en salud. Esto incluye la presentación de documentación, evaluaciones, auditorías y otras actividades relacionadas con el proceso de acreditación.

7. Vigilancia y Seguimiento: la resolución establece un sistema de vigilancia y seguimiento para garantizar que las IPS acreditadas continúen cumpliendo con los estándares de calidad y seguridad. Se describen las responsabilidades de las entidades encargadas de la vigilancia.

8. Sanciones y Recursos: se detallan las sanciones que pueden aplicarse en caso de incumplimiento de los estándares de acreditación, así como los recursos y procesos de apelación disponibles para las IPS que sean objeto de sanciones.

9. Transitorios: esta sección incluye disposiciones transitorias que establecen plazos y procedimientos para la implementación gradual de los estándares de acreditación.

Dentro de los aspectos clave a resaltar se encuentra:

- Enfoque en la Calidad y Seguridad: la resolución pone un fuerte énfasis en la calidad y la seguridad de la atención médica. Los estándares abordan temas como la gestión de riesgos, la seguridad del paciente y la mejora continua.

- Aplicación Universal: la Resolución 1328 se aplica a todas las IPS en Colombia, independientemente de su naturaleza pública o privada. Esto demuestra el compromiso del gobierno colombiano con la mejora de la calidad de la atención en todo el sistema de salud.

- Proceso de Acreditación Riguroso: el proceso de acreditación descrito en la resolución es riguroso y detallado. Requiere que las IPS cumplan con una serie de estándares y procedimientos de evaluación para obtener y mantener la acreditación.

- Vigilancia y Sanciones: la resolución establece un sistema de vigilancia efectivo para garantizar el cumplimiento continuo de los estándares. Además, establece sanciones significativas

en caso de incumplimiento, lo que refuerza la importancia de la acreditación en salud.

En resumen, la Resolución Manual de acreditación es una medida significativa para mejorar la calidad y la seguridad de la atención médica en Colombia. Su estructura clara y sus estándares detallados proporcionan un marco sólido para la acreditación en salud de las IPS y contribuyen a elevar los estándares de atención médica en el país.

8.1.3 *Análisis estructural de la NTC ISO 9001 de 2015*

La norma ISO 9001:2015 se divide en diez cláusulas principales, que se pueden resumir de la siguiente manera:

1. Alcance: esta cláusula establece el ámbito de aplicación del sistema de gestión de calidad (SGC).
2. Referencias Normativas: aquí se mencionan las referencias a otras normas o documentos que se utilizan en el SGC.
3. Términos y Definiciones: se proporcionan definiciones clave para asegurar una interpretación uniforme de los términos utilizados en la norma.
4. Contexto de la Organización: la organización debe comprender su contexto, incluyendo las necesidades y expectativas de las partes interesadas relevantes.
5. Liderazgo: se aborda la importancia del liderazgo y el compromiso de la alta dirección en la implementación del SGC.
6. Planificación: se detallan los requisitos para la planificación del SGC, incluyendo el establecimiento de objetivos de calidad y procesos para alcanzarlos.
7. Apoyo: esta cláusula trata sobre el apoyo necesario para el funcionamiento del SGC,

incluyendo recursos, competencia y comunicación.

8. Operación: aquí se describen los requisitos operativos, desde la planificación y control de los procesos hasta la gestión de cambios y la determinación de necesidades de proveedores y subcontratistas.
9. Evaluación del Desempeño: se establecen requisitos para evaluar el desempeño del SGC, incluyendo auditorías internas y revisión por la dirección.
10. Mejora: la última cláusula se enfoca en la mejora continua del SGC, incluyendo la corrección de no conformidades y la implementación de acciones preventivas.

Enfoque en el Contexto y el Liderazgo: dos aspectos fundamentales de la norma ISO 9001:2015 son el enfoque en el contexto de la organización y el liderazgo. La norma reconoce que las organizaciones operan en contextos únicos y deben considerarlos al desarrollar su sistema de gestión de calidad. Además, se enfatiza la importancia del liderazgo de la alta dirección para establecer una cultura de calidad en toda la organización.

Mejora Continua: la norma ISO 9001:2015 subraya la importancia de la mejora continua en todos los aspectos del sistema de gestión de calidad. Esto significa que las organizaciones deben estar comprometidas con la identificación constante de áreas de mejora y la implementación de acciones para abordarlas.

Flexibilidad y Adaptabilidad: la estructura de la norma ISO 9001:2015 es flexible y adaptable para adaptarse a organizaciones de diferentes tamaños y sectores. Esto permite que las organizaciones implementen un SGC que sea adecuado a sus necesidades y recursos específicos.

En resumen, la estructura de la norma ISO 9001:2015 se basa en la Estructura de Alto Nivel (HLS) y se enfoca en la gestión de calidad en el contexto de la organización y el liderazgo de la alta dirección. Proporciona un marco sólido para la mejora continua y la adaptación a las

necesidades específicas de las organizaciones, lo que la convierte en una herramienta valiosa para mejorar la calidad y la eficiencia en una amplia gama de industrias y sectores.

8.1.4 *Elaboración de la matriz de comparación*

Inicialmente se realizó la búsqueda bibliográfica en bases de datos tales como ScienceDirect, Scopus y el repositorio universitario de la USTA dentro de los últimos 5 años, donde se identificaron estudios relacionados de manera previa sobre la integración de sistemas único de acreditación (SUA) y el sistema de gestión de calidad según la NTC ISO 9001:2015, se encuentra que ya han sido abordados por otras investigaciones en donde se puede referenciar la más reciente en el 2020, realizada por una estudiante de maestría en calidad y gestión integral de la Universidad Santo Tomas, basándose en un proceso de correlación SUA - NIC ISO 9001:2015, generando una matriz que es evaluada con un método de consistencia interna basado en el Alfa de Crobach, el cual permitió estimar la fiabilidad del instrumento a través de un conjunto de ítems. Cuanto más cerca se encuentre el valor de alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. El resultado que obtuvieron fue de 0.98, lo que indica que la herramienta diagnóstica del sistema de gestión de calidad en salud, estadísticamente es un excelente instrumento, significativo y confiable (Patricia Espitia, 2020, p. 35).

Aun así, para este caso específico, en el cual la institución no dispone de todos los servicios contemplados en la matriz elaborada por la estudiante de la USTA, se sugiere eliminar aquellos criterios que no son aplicables dentro de los procesos de la IPS.

A partir de la anterior revisión, se facilita determinar las relaciones encontradas y concluir con base a los criterios determinados y su relación.

La comparación entre las dos normativas analizadas se realizó con una herramienta que proporciona una vista general de cómo se podrían relacionar los capítulos de la NTC ISO 9001:2015 con los estándares de acreditación en salud la resolución 5095:2018, partiendo de las relaciones existentes entre los principios de la norma y los ejes trazadores del SUA, tal como se muestra a continuación.

Tabla 2. *Relación entre los principios de la NTC ISO 9001:2015 y los ejes trazadores del SUA*

PRINCIPIOS ISO 9001:2015	EJES TRAZADORES SUA
1. Contexto de la organización	1. Responsabilidad Social.
2. Liderazgo.	
3. Compromiso de las personas.	2. Proceso de transformación cultural permanente.
4. Enfoque a procesos.	3. Enfoque y Gestión del riesgo
5. Mejora.	4. Mejora continua
6. Toma de decisiones basada en la	5. Gestión de la tecnología
7. Gestión de las relaciones.	6. Humanización de la atención

Nota: esta tabla relaciona los ejes trazadores entre las secciones que conforma la NTC ISO 9001:2015 y los estándares principales mencionados en el manual de acreditación en salud de baja complejidad. Tomado de: Andrea Carolina Betancourt. [2017]. <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/27962/2020patriciaespitia.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Una vez identificadas las relaciones existentes entre los principios de la ISO 9001:2015 y los ejes del SUA, se determina que puede incluirse o establecerse sus relaciones con el fin de abordar ambos sistemas y mejorar la eficiencia de este. Se procede a realizar el esquema donde se tienen en cuenta las casillas que se van a manejar en la herramienta, en las cuales se mantiene la estructura del sistema de gestión correlacionados con los criterios estandarizados del sistema único de acreditación con énfasis en IPS de baja complejidad basado en el ciclo de DERMING (PHVA),

seguido de los requisitos aplicables para los criterios establecidos en el manual previamente armonizados con la norma. En consecuencia, la matriz se desglosa de la siguiente manera:

En la correlación, se establece que en el eje Y se colocarán, en la columna A, las fases del ciclo PHVA como base para mejorar la gestión y aplicar acciones correctivas y/o preventivas. A continuación, en la columna B, se presentan los numerales correspondientes a las secciones que conforman la NTC ISO 9001:2015. La columna C detalla los requisitos de los estándares que configuran el manual de acreditación, conforme a la resolución 5095:2018. En la fila E, se despliegan los criterios del manual de acreditación, los cuales fueron verificados de manera individual. Una vez ingresada la información referente al Sistema Único de Acreditación, el fin, es realizar la correspondencia o relación de estos estándares de forma horizontal, es decir, identificando las relaciones que cada estándar tiene con alguno de los capítulos, subcapítulos específicos de la NTC ISO 9001:2015.

Cabe recalcar que, a diferencia de la ISO 9001, la integralidad que ofrece la acreditación en salud solo puede obtenerse cuando se demuestra conformidad en todos los procesos de la entidad interesada en alcanzar altos estándares de calidad, con lo cual se ratifica que el Sistema Único de Acreditación en Salud (SUA) se valora de forma determinante y única los estándares de los procesos que abarca el sistema de salud colombiano logrando un mayor reconocimiento y mejora de la competitividad de las instituciones prestadoras de servicios de salud, por tener una orientación específica para el sector. De tal manera, se reconoce el beneficio que ambos modelos de gestión aportan al mejoramiento de la calidad en la institución donde se aplique.

El diseño se ajusta según la herramienta diagnóstica planteada por Patricia Espitia Camacho, de la siguiente forma (Patricia Espitia, 2020):

Figura 2. Tabla conceptual de relaciones existentes entre los principios SGC ISO 9001:2015 y ejes trazadores del SUA

PRINCIPIOS SGC ISO 9001:2015	EJES TRAZADORES SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN
2. Liderazgo.	3. Responsabilidad Social.
La co-creación de valor, el direccionamiento y el compromiso que se construye a través del empoderamiento y el liderazgo efectivo, posibilita que se genere una cultura a través de la cual las obligaciones se transforman en co-responsabilidades que generan un impacto positivo, permitiendo la ejecución de acciones concretas orientadas hacia la disminución de las inequidades y al mejoramiento integral de las condiciones de vida de las comunidades en particular, de la sociedad y en general a todas las partes interesadas.	
PRINCIPIOS SGC ISO 9001:2015	EJES TRAZADORES SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN
3. Compromiso de las personas.	4. Proceso de transformación cultural permanente.
Dentro de cualquier organización el compromiso de las personas se ve reflejado en un proceso contundente de transformación cultural puesto que específicamente en las organizaciones del sector salud los equipos de trabajo se conforman desde la transdisciplinariedad, lo cual está mediado por un conjunto de herramientas que integran el empoderamiento en todos los niveles, la participación activa y el aporte de ideas innovadoras que propenden por la corrección de los aspectos vulnerables, siempre orientándose hacia la mejora sistemática, lo cual redundará en un beneficio para la organización lo que posibilita la satisfacción de todas las partes interesadas.	
PRINCIPIOS SGC ISO 9001:2015	EJES TRAZADORES SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN
4. Enfoque a procesos.	5. Enfoque y Gestión del Riesgo
El abordaje de los diferentes procesos en los servicios de salud puede interrelacionarse y gestionarse a través de una adecuada determinación de los riesgos y las oportunidades, puesto que el resultado deseado puede alcanzarse más eficientemente cuando las actividades y los recursos son abordados como un proceso que permita encontrar el balance entre beneficios, riesgos y costos, lo cual genera actividades más organizadas y bien definidas que se traducen en el cumplimiento de las necesidades y expectativas de todas las partes interesadas.	
PRINCIPIOS SGC ISO 9001:2015	EJES TRAZADORES SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN
5. Mejora.	6. Mejora Continua.
Como en todo sistema de gestión el desarrollo de procesos de mejora continua facilitan la optimización de actividades y potencian el desempeño global de una organización, puesto que se genera un trabajo a conciencia que facilita el autocontrol, lo que redundará en una cultura de cambio y evolución permanente desde el interior de las organizaciones hacia los impactos externos en su contexto.	
PRINCIPIOS SGC ISO 9001:2015	EJES TRAZADORES SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN
6. Toma de Decisiones Basada en la Evidencia.	7. Gestión de la tecnología.
Un enfoque basado en hechos para la toma de decisiones se articula con los procesos que las organizaciones del sector salud deben diseñar para apoyar sus procesos de atención desde la gestión de la tecnología, teniendo en cuenta que ésta abarca la práctica clínica y el modo en que esta se realiza y se direcciona tomando decisiones desde la evidencia, lo que permite un análisis objetivo de los datos y la información de todos los procesos de las organizaciones, logrando la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones.	
PRINCIPIOS SGC ISO 9001:2015	EJES TRAZADORES SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN
7. Gestión de las Relaciones.	8. Humanización de la atención.
El éxito sostenido de una organización puede garantizarse a través de la gestión efectiva de las relaciones, es por ello que en el sector salud se diseñan políticas, programas y actividades que permitan atender y garantizar unas adecuadas relaciones con la dignidad de todo ser humano. Esto es posible a través de un proceso de atención humanizado que provea formación, entrenamiento y práctica de valores y principios humanísticos, orientados desde una adecuada gestión del talento humano.	

Nota: esta tabla describe conceptualmente las relaciones de los ejes trazadores mencionados en la Tabla 2. Tomado de: Andrea Carolina Betancourt. [2017]. <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/27962/2020patriciaespitia.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

La herramienta se estructura de la manera siguiente (ver Apéndice B):

1. Contexto de la organización: se encuentra el capítulo 4 de la norma ISO 9001:2015 y se relaciona con la fase del “PLANEAR”, aquí se encuentra la correlación que hay entre la norma ISO 9001:215 y SUA se estable que en el eje vertical o eje Y, se ubican en la primera

fila el numeral del capítulo 4 de la norma ISO 9001 y se despliega desde 4.1 hasta 4.4, seguido de los requisitos del estándar del SUA correspondiente a cada numeral, en su respectivo orden encontramos 93, 7, 9, 20, 52, 89, 101, 14, en la columna E los criterios de cada requisito del SUA y en la columna F, verifique uno a uno, son preguntas o puntos específicos correspondientes al requisito del SUA o de la norma ISO 9001, según corresponda, en la columna G, H e I se encuentran los ítems de evaluación cumple, cumple parcialmente, no cumple. (identificados con las iniciales, C, CP, NC).

2. Liderazgo: capítulo 5 de la norma ISO 9001 relacionada con la fase del “PLANEAR”, aquí se encuentra la correlación que hay entre la norma ISO 9001:2015 y SUA se establece que en el eje vertical o eje Y, se ubican en la columna B el numeral del capítulo 5 de la norma ISO 9001 y se despliega desde 5.1 hasta 5.3, en la columna C los requisitos seguidos del numeral del estándar del SUA en su respectivo orden encontramos 76, 77, 78, 82, 83, 96, 99, 1, 2, 3, 79, 90, 6, 5, 81, 97, 80, 84 y 86 en la columna E los criterios de cada requisito del SUA y en la columna F, verifique uno a uno, son preguntas o puntos específicos correspondientes al requisito del SUA o de la norma ISO 9001, según corresponda, en la columna G, H e I se encuentran los ítems de evaluación cumple, cumple parcialmente, no cumple. (identificados con las iniciales, C, CP, NC).
3. Planificación: capítulo 6 de la norma ISO 9001:2015 relacionada con la fase del “PLANEAR”, aquí se encuentra la correlación que hay entre la norma ISO 9001:2015 y SUA se establece que en el eje vertical o eje Y, se ubican en la columna B el numeral del capítulo 6 de la norma ISO 9001 y se despliega desde 6.1 hasta 6.3, en la columna C los requisitos del estándar seguido de los numerales del SUA en su respectivo orden encontramos 32, 33, 21, 40, 92, 98, 100, 24, 28, en la columna E los criterios de cada

requisito del SUA y en la columna F, verifique uno a uno, son preguntas o puntos específicos correspondientes al requisito del SUA o de la norma ISO 9001, según corresponda, en la columna G, H e I se encuentran los ítems de evaluación cumple, cumple parcialmente, no cumple. (identificados con las iniciales, C, CP, NC).

4. Apoyo: se encuentra el capítulo 7 de la norma ISO 9001:2015 relacionada con la fase del “HACER”, aquí se encuentra la correlación que hay entre la norma ISO 9001:2015 y SUA se establece que en el eje vertical o eje Y, se ubican en la columna B el numeral del capítulo 7 de la norma ISO 9001 y se despliega desde 7.1 hasta 7.5, en la columna D el numeral del estándar del SUA en su respectivo orden encontramos 77, 81, 82, 94, 99, 106, 130, 136, 137, 138, 139, 140, 145, 151, 115, 116, 121, 122, 123, 124, 125, 128, 129, 132, 134, 136, 156, 153, 133, 111, 119, 114, 113, 142, 154, 143, 149, 152, 148, 144, 146, 147, 150, en la columna E los criterios de cada requisito del SUA y en la columna F, verifique uno a uno, son preguntas o puntos específicos correspondientes al requisito del SUA o de la norma ISO 9001, según corresponda, en la columna G, H e I se encuentran los ítems de evaluación cumple, cumple parcialmente, no cumple. (identificados con las iniciales, C, CP, NC).
5. Operación: se encuentra el capítulo 8 de la norma ISO 9001:2015 relacionada con la fase del “HACER”, aquí se encuentra la correlación que hay entre la norma ISO 9001:2015 y SUA se establece que en el eje vertical o eje Y, se ubican en la columna B el numeral del capítulo 8 de la norma ISO 9001 y se despliega desde 8.1 hasta 8.7, en la columna C el numeral del estándar del SUA en su respectivo orden encontramos 13, 18, 42, 43, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 17, 44, 59, 60, 65, 71, 12, 15, 41, 45, 46, 53, 54, 30, 11, 16, 19, 48, 51, en la columna E los criterios de cada requisito del SUA y en la columna F, verifique uno a uno, son preguntas o puntos específicos correspondientes al requisito del SUA o de la

norma ISO 9001, según corresponda, en la columna G, H e I se encuentran los ítems de evaluación cumple, cumple parcialmente, no cumple. (identificados con las iniciales, C, CP, NC).

6. Evaluación del desempeño: se encuentra el capítulo 9 de la norma ISO 9001:2015 relacionada con la fase del “VERIFICAR”, aquí se encuentra la correlación que hay entre la norma ISO 9001:2015 y SUA se establece que en el eje vertical o eje Y, se ubican en la columna B el numeral del capítulo 8 de la norma ISO 9001 y se despliega desde 9.1 hasta 9.3, en la columna C el numeral del estándar del SUA en su respectivo orden encontramos 47, 49, 48, 83, en la columna E los criterios de cada requisito del SUA y en la columna F, verifique uno a uno, son preguntas o puntos específicos correspondientes al requisito del SUA o de la norma ISO 9001, según corresponda, en la columna G, H e I se encuentran los ítems de evaluación cumple, cumple parcialmente, no cumple. (identificados con las iniciales, C, CP, NC).
7. Mejora: se encuentra el capítulo 10 de la norma ISO 9001:2015 relacionada con la fase 0020 del “ACTUAR”, aquí se encuentra la correlación que hay entre la norma ISO 9001:2015 y SUA se establece que en el eje vertical o eje Y, se ubican en la columna B el numeral del capítulo 8 de la norma ISO 9001 y se despliega desde 10.1 hasta 10.3, en la columna C el numeral del estándar del SUA en su respectivo orden encontramos 8.1 hasta 8.7, en la columna D el numeral del estándar del SUA en su respectivo orden encontramos 75, 88, 103, 131, 141, 120, 156, 157, 158, 159, en la columna E los criterios de cada requisito del SUA y en la columna F, verifique uno a uno, son preguntas o puntos específicos correspondientes al requisito del SUA o de la norma ISO 9001, según corresponda, en la columna G, H e I se encuentran los ítems de evaluación cumple, cumple

parcialmente, no cumple. (identificados con las iniciales, C, CP, NC).

Cabe recalcar, que para la evaluación del grado de cumplimiento de la organización IPS KIBA SAS frente a los requisitos de la NTC ISO 9001:2015 y la guía que ofrece el manual de acreditación en salud se descartaron aquellos estándares que no aplican dentro de los servicios de la institución.

8.2 Análisis de cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001:2015 y el manual de acreditación en salud reglamentado por la resolución 5095 de 2018.

Inicialmente se realizó la revisión de la norma ISO 9001:2015, contemplando el análisis directo de los requisitos que establece la misma, este análisis se centra en la identificación de los lineamientos de cada numeral y los alcances que los mismos implantan.

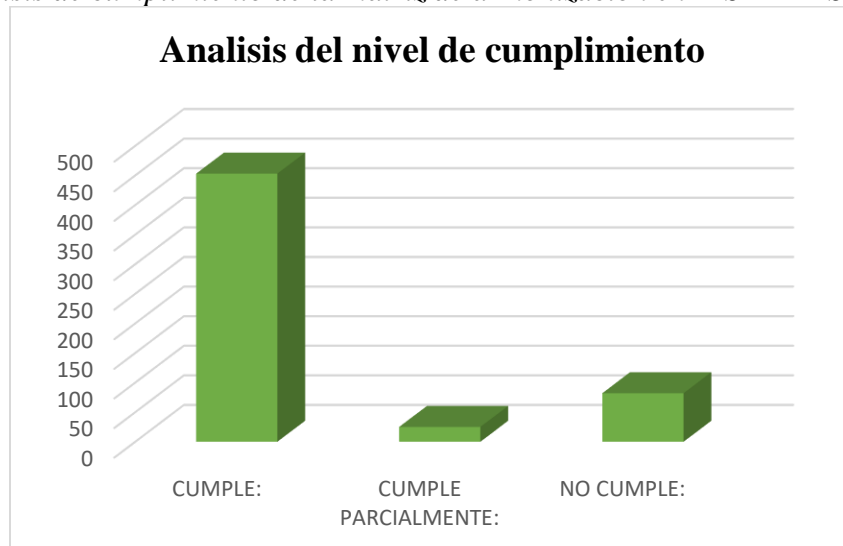
Después de realizar la revisión de cada criterio de la norma, se procedió a ejecutar el diagnóstico de IPS KIBA SAS mediante la matriz elaborada anteriormente. Esta herramienta consiste en la calificación de cada requisito de la norma frente al estado actual de la empresa, con el fin de determinar el grado de cumplimiento. Esta fue aplicada mediante diálogos y observación directa con cada trabajador de la institución en las diferentes áreas junto con una auditoría externa relacionada con la temática a ser evaluada, y que previamente se le dieron a conocer los procesos internos de la institución, además del desarrollo de los estándares de calidad en salud.

Se realizó la calificación de 110 estándares de 160 que conforman el manual de estándares ambulatorio y hospitalario y las 10 secciones que reúnen los requisitos para el sistema de gestión de calidad según la NTC ISO 9001:2015, partiendo de una evaluación cualitativa en la cual se identificaron fortalezas para cada estándar aplicable en IPS KIBA SAS; posteriormente se realizó

una evaluación cuantitativa, la cual fue descartada inmediatamente debido a que actualmente la institución no se encuentra en aras de ser acreditada. Aun así, la evaluación de los estándares de acreditación en la IPS KIBA SAS fue esencial para determinar variables claves para el proceso del planteamiento de un plan de mejora continua.

Se adjuntan los resultados de este instrumento (Ver Apéndice B). Después de aplicar la matriz de armonización y realizar una verificación en los diferentes procesos de la institución obtiene como resultado que el cumplimiento de la ruta crítica de acreditación en general es de un 81% de cumplimiento en los requisitos armonizables de la NTC ISO 9001:2015 y el manual el manual de acreditación en salud reglamentado por la resolución 5095 de 2018 aplicables en los servicios de baja complejidad habilitados en IPS KIBA SAS que corresponden a un total de 596 criterios. (MINSALUD, 2018).

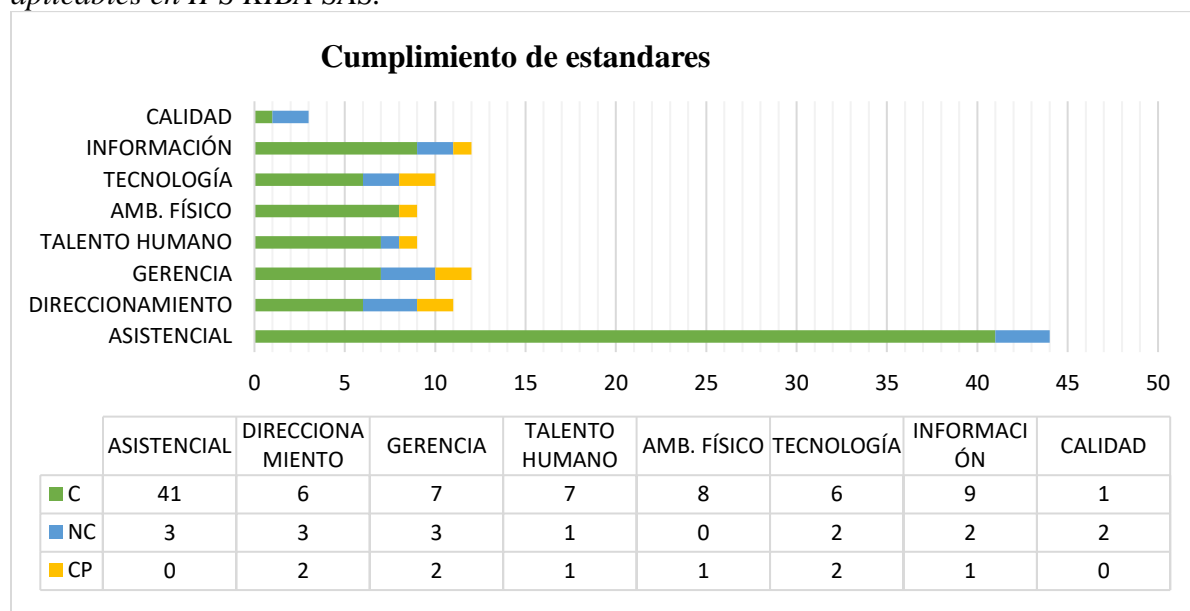
Figura 3. *Análisis de cumplimiento de la matriz de armonización en IPS KIBA SAS*



Nota: esta figura describe el nivel de cumplimiento de la IPS KIBA SAS al ser evaluado por la matriz de armonización.

Al evaluar los resultados generales, se determinó que en la institución existen procesos que garantizan las competencias acordes para el correcto funcionamiento de las actividades que se desarrollan en esta, la Figura evidencia el nivel de cumplimiento de la ruta crítica de acreditación y calidad en salud, aun así, existe un 13% de incumplimiento y un 4% de imparcialidad.

Figura 4. Nivel de cumplimiento de estándares armonizables entre la NTC ISO 9001:2015 y SUA aplicables en IPS KIBA SAS.



Nota: esta figura describe detalladamente el nivel de cumplimiento y parcialidad de los estándares armonizables entre la NTC ISO 9001:2015 y SUA.

En la figura 4 se deduce que desde diversos criterios no se alcanza a cubrir importantes necesidades de los usuarios en procesos referentes a calidad, esto se debe a la falta de ejecución de actividades y control de estas, tales como la falta de recursos tanto humano como financiero y a falta de iniciativa para emprender acciones de mejora. En el proceso de evaluación, se observó la práctica de abstenerse de realizar auditorías internas y evaluaciones sistemáticas que incluyan

todos los estándares desarrollados en la institución, además de no contar con el mínimo seguimiento a indicadores organizacionales.

La evaluación también evidencia que la documentación, estandarización y socialización de políticas, directrices, métodos y procesos, en la mayoría de los estándares se ha implementado en alguna área de la organización, pero aún refleja debilidad y aún no se ha desplegado hacia el cliente.

Se revela que el resultado de los estándares del Proceso de atención al Cliente asistencial no responden a los productos claves del estándar, solo existen ejemplos anecdóticos y poco relevantes que no muestran ser el resultado de la implementación, no existen aún en la organización indicadores que muestren tendencias en la calidad y en el desempeño de los procesos, por lo tanto no se garantizan tendencias confiables y aun la organización no cuenta con prácticas de comparación con instituciones que muestren mejores resultados. No obstante, IPS KIBA SAS exhibe un rendimiento más destacado en los procesos relacionados con la prestación de servicios, evidenciando eficiencia y eficacia en la atención a los usuarios. Sin embargo, se observa la necesidad de mejorar y optimizar las operaciones administrativas para alcanzar un equilibrio integral en su funcionamiento institucional.

Según la evaluación cualitativa realizada a los estándares del grupo de Apoyo Administrativo Gerencial, no se percibe un enfoque desarrollado. Por lo tanto, las oportunidades de mejora se centrarán en la creación e implementación de políticas, procesos y estrategias para lograr que el enfoque sea sistemático y los objetivos del estándar sean alcanzables en las áreas clave de la institución.

8.3 Propuesta de un sistema de gestión de calidad para la IPS KIBA SAS que cumpla con la norma NTC-ISO 9001:2015 y los requisitos de acreditación de servicio de salud con énfasis en servicios de baja complejidad.

8.3.1. Análisis de contexto y planificación de objetivos del SGC.

Al caracterizar, identificar y analizar a través de la matriz de armonización implementada en todas las áreas de la institución, se evidencia que el nivel de cumplimiento es muy básico, teniendo en cuenta que es una IPS con poca trayectoria y reconocimiento, es viable convertir en cultura organizacional el mejoramiento de los procesos y así fortalecer la estrategia de acreditación. Para esto se realizó el diseño del sistema de gestión en las siguientes etapas:

- ✓ Análisis de contexto
- ✓ Alcance
- ✓ Política y Objetivos
- ✓ Acciones PAMEC

Inicialmente se implementó el diseño de la propuesta del sistema de gestión de calidad con base en la matriz de armonización entre la NTC ISO 9001:2015 y el manual de acreditación en salud. Siguiendo un enfoque sistemático, dentro de las herramientas utilizadas para realizar el análisis de la IPS se tuvo en cuenta la matriz DOFA para identificar las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, como se indica en la siguiente tabla:

Tabla 3. Matriz DOFA.

DOFA	FORTALEZAS (F)	DEBILIDADES (D)
		*Personal calificado y especializado *Alianza estrategica con otras instituciones que mejora la oportunidad y cobertura *Cada una de las áreas cuenta con los insumos y los equipos biomédicos necesarios para la realización de los procedimientos del servicio *Trabajo articulado con las dependencias *Se tiene apoyo de la alta dirección. *Cultura de mejoramiento continuo
OPORTUNIDADES (O)	ESTRATEGIAS (FO)	ESTRATEGIAS (DO)
*Sensibilización sobre las políticas del Sistema de Gestión *Crear e implementar indicadores de calidad y analisis * Diseño de estrategias para a aprovechamiento de los canales internos establecidos. *Adopción de estrategias que propendan por la mejora continua de los diferentes procesos	*Realizar campañas de socialización y apropiación de los planes y programas institucionales *Crear estrategias que permitan la participación activa de los grupos de valor e interés en la formulación de la gestión Institucional. *Realizar estrategias con el fin de apropiar la importancia de la aplicación y seguimiento al cumplimiento de las políticas.	*Incluir una política de operación en el procedimiento en donde se solicite evidencia a los líderes de procesos, la socialización de los planes a todos los funcionarios. *Implementación y socialización de la herramienta o instrumento para el reporte de indicadores *Concertar con la alta dirección mesa de trabajo con el fin de lograr el apoyo para el cumplimiento de los objetivo de calidad *Proponer ajustes al proceso Planes de Mejoramiento con el fin de mejorar los controles establecidos

Dicha herramienta se empleó para llevar a cabo un análisis interno de los aspectos más relevantes de la IPS. Este análisis señaló la necesidad de una intervención inmediata para desarrollar e implementar políticas efectivas, establecer indicadores de desempeño significativos y fomentar una cultura de mejora continua en los procesos. Estas medidas permitirán mejorar la satisfacción y seguridad del paciente, fortalecer la gestión de recursos humanos, optimizar los procesos administrativos y garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención médica.

Por otro lado, se actualizó el direccionamiento estratégico de la empresa, en el cual se incluye la revisión y actualización de la política de calidad y su alcance. Estos elementos fueron reestructurados para alinearlos con los objetivos estratégicos de la organización y para reflejar los cambios y mejoras implementados en los procesos internos. La política de calidad ahora refleja de manera más precisa los compromisos de la empresa con la excelencia en la prestación de servicios, la satisfacción del cliente, la seguridad del paciente y el cumplimiento de los requisitos reglamentarios y normativos pertinentes (Ver apéndice C).

Así mismo, Se fijaron los objetivos y criterios de evaluación que permitirán medir el rendimiento de la práctica prioritaria de manera adecuada. Se dio preferencia al uso de indicadores previamente establecidos por la organización en lugar de crear nuevos indicadores de gestión, siempre y cuando los indicadores seleccionados efectivamente evalúen el propósito de la práctica. Una vez concertado y socializado el plan de mejora se debe entregar a los responsables estableciendo el compromiso para su implementación, con un seguimiento semestral.

Finalmente, se diseñó el plan de acción utilizando el formato (SIG-GDC-PG-01) de evaluación y monitorización. Este plan de mejoramiento garantiza la implementación efectiva de prácticas y estándares de calidad en todos los aspectos operativos de la IPS. El plan se centra en la capacitación continua del personal, la actualización de protocolos y procedimientos conforme a las normativas vigentes y el incremento de la participación gerencial. Así mismo, se promueve una comunicación transparente y efectiva, fomentando la participación de todos los colaboradores en el proceso de mejora continua.

8.3.2. *Plan de mejoramiento institucional según la metodología PAMEC de la IPS donde se priorizarán las acciones y los tiempos de ejecución teniendo en cuenta el ciclo de mejora continua de la organización.*

Como programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud (PAMEC), se elaboró un plan de acción detallada, capaz de bloquear las causas y de solucionar el efecto no deseado o el problema, creando además unos indicadores para evaluar posteriormente los resultados de su aplicación (Ministerio de la Protección Social, www.minsalud.gov.co, 2007, pág. 65). Estos planes de mejoramiento se diseñarán con base a las fortalezas identificadas en los diferentes procesos autoevaluado, además de los señalados como incumplimiento en la aplicación de la matriz de armonización de la NTC ISO 9001:2015 y el manual de acreditación.

De acuerdo con los estándares de Acreditación de Mejoramiento de la Calidad, se deben formular planes de mejora para cada grupo de estándares, esto es, la IPS debe tener planes de mejoramiento ajustados a los criterios aplicables en la IPS:

- ✓ Estándares del proceso de atención al cliente asistencial.
- ✓ Estándares de direccionamiento
- ✓ Estándares de gerencia
- ✓ Estándares de gerencia del talento humano
- ✓ Estándares de gerencia del ambiente físico
- ✓ Estándares de gestión de tecnología
- ✓ Estándares de gerencia de la información
- ✓ Estándares de mejoramiento de la calidad


El PAMEC, indudablemente, podría constituir la base para el plan de mejora continua de los servicios de salud proporcionados por la IPS. Por esta razón, es crucial comprender los

conceptos y principios que lo definen, asignar los recursos necesarios para su funcionamiento, llevar a cabo sus procesos de manera efectiva, alcanzar su máximo desarrollo y evaluar constantemente su alcance. De esta manera, se obtendrá un plan de mejora que aborde los procesos identificados mediante la aplicación de la matriz de evaluación, identificando oportunidades de mejora. Esto permitirá fortalecer tanto el aspecto administrativo como operativo, mejorando tanto la gestión interna como la calidad en la prestación de servicios a los usuarios, alineándose con la visión de la institución (Maira Cossio, 2018, p. 9).

Para ello, se utilizó la herramienta proporcionada por el Ministerio de Salud y Protección Social, destinada a evaluar y valorar el PAMEC con énfasis en la acreditación de las Instituciones prestadoras de servicios de salud, la cual se encuentra detallada en el "Manual para la elaboración de planes de mejoramiento en acreditación". (Ministerio de la Protección Social, 2005) en conjunto a lo establecido en el programa de la IPS (SIG-GDC-PG-01) relacionadas a continuación:

- Autoevaluación cuantitativa y hoja radar regida por la Resolución 1234 del 2012 (Ver Figura 6).
- Ruta crítica establecida por el Ministerio de Protección Social.
- Formato de Priorización de planes de mejoramiento con énfasis en acreditación y priorización de las oportunidades de mejora en acreditación (SIG-GAS-FR-14):

Figura 5. Formato de consolidación de la autoevaluación.

	FORMATO DE CONSOLIDACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN										Código:	Versión:	
											SIG-GAS-FR-14	V1	
											Fecha De Emisión:		
10/08/2020													
AUTOEVALUACION PAMEC- ESTANDARES DE Acreditacion													
Grupo de Estándares:						Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial.							
Fecha:						ene-24							
DERECHOS DE LOS PACIENTES													
ESTÁNDAR 1. Código: (AsDP1)													
		ENFOQUE		IMPLEMENTACIO		RESULTADO		TOTAL		RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
		S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM				
		2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
FORTALEZA													
La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que los pacientes y el personal comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.													
OPORTUNIDADES DE MEJORA													
1. Realizar la socialización de los derechos y deberes de los pacientes a													
EVIDENCIAS													
1. Declaración de los derechos y deberes de los usuarios. 2. folletos de la declaración de los deberes y derechos de los usuarios.													
Criterios:													

Nota: esta figura es tomado del SGI IPS KIBA SAS (SIG-GAS-FR-14) implementada para la autoevaluación.

Figura 6. Instructivo hoja radar calificación cuantitativa de estándares.

VARIABLE	CALIFICACIÓN				
	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar, en áreas clave	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
PRODUCTIVIDAD	Los enfoques son mayoritariamente reactivos	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento
IMPLEMENTACIÓN					
DESPLIEGUE A LA INSTITUCIÓN	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte	La implementación del enfoque se ampla continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
DESPLIEGUE AL CLIENTE INTERNO Y/O EXTERNO	El enfoque no se despliega hacia los clientes	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente
RESULTADO					
PERTINENCIA	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
CONSISTENCIA	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
AVANCE DE LA MEDICIÓN	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran y tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos
TENDENCIA	El estado de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
COMPARACIÓN	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores	Se encuentran algunas prácticas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistemáticas	Se encuentra en etapa temprana de comparación con las mejores prácticas de algunos procesos, productos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.

Nota: esta figura describe los criterios de evaluación de la hoja radar utilizada para la cuantificación de los estándares. Tomada de Maira Alejandra Cossio Mosquera, Laura Michelle Peñaloza Mejía, Dayanni Esneda Quiñones García, Juan Gabriel Santamaria. [2018].

Figura 7. Criterios de priorización

Criterios de Priorización		
Riesgo	Costo	Volumen
• Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento	• Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución.	• Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
• Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento	• Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.	• Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.
• Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento	• Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.	• Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.

Nota: esta figura describe los criterios de priorización implementados en la autoevaluación, fue tomado del Ministerio de la Protección Social. [2023].

La máxima calificación que se puede obtener en la matriz de priorización es de 125, aquellas prácticas que obtengan esta calificación se consideran como críticos para el inicio del ciclo de mejoramiento, en caso de que el total de estándares con calificación máxima sea muy pocos, se pueden intervenir los estándares que obtengan una calificación mayor de 80, los encargados decidirían si se intervendrán en su totalidad todos los estándares que tengan esta calificación o un porcentaje de los mismos (VALDERRAMA ESE HOSPITAL FRANCISCO, 2023, p. 49), en este caso se tuvieron en cuenta aquellos con priorización mayor a 75.

Figura 8. Ruta crítica para desarrollo del PAMEC

Nota: esta figura detalla la ruta a implementar basándose en el ciclo PHVA, fue tomada del Ministerio de la Protección Social. [2023].

Estas herramientas facilitan la determinación de alternativas y la toma de decisiones al aclarar problemas, identificar oportunidades de mejora y definir acciones a seguir.

Constituyen instrumentos de evaluación y seguimiento que recopilan datos para generar hallazgos, los cuales sirven de base para desarrollar un plan de mejora. Este plan, resultado de procedimientos y metas diseñados desde diversas áreas de la IPS, busca abordar los hallazgos identificados y mejorar el desempeño general de la institución.

El aplicativo incluye una exhaustiva evaluación de los estándares de calidad definidos en la matriz de armonización, los cuales se detallan en el formato de autoevaluación. El objetivo es identificar deficiencias en la implementación de estos estándares dentro de la institución. Posteriormente, se lleva a cabo un análisis para abordar la pregunta problema y se ofrecen

recomendaciones de mejora con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos de alta calidad establecidos por el Ministerio de Salud mediante la implementación del PAMEC en la IPS.

8.3.3. *Resultados de la autoevaluación de IPS KIBA SAS*

Se efectuó el planteamiento del programa de mejoramiento de la atención en salud (PAMEC) en la IPS KIBA SAS de Barrancabermeja, en el primer trimestre del 2024, encontrando en él barreras que deben corregirse del mismo año, destinando equipos de trabajo para llevar a cabo acciones de mejoramiento.

El plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la IPS fue diseñado según lineamientos mencionados anteriormente del sistema de acreditación en salud y aquellos descritos en el manual de acreditación en salud.

Al hacer la verificación se encontró que la plataforma estratégica de la Institución cumple con un enfoque hacia la calidad en la definición de la misión y visión, principios corporativos, objetivos estratégicos ya que ésta se compromete a brindar atención con altos estándares de calidad orientados a la satisfacción del usuario. Tras realizar el análisis cualitativo mediante la matriz de armonización, se realizó la calificación de cada estándar aplicable del grupo de proceso de atención al cliente asistencia aplicable, tal como se resume a continuación.

Figura 9. Calificación del grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial, IPS KIBA SAS

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN		1. Autoevaluación										media
		Calificación Cuantitativa										
		ENFOQUE			IMPLEMENTAC		RESULTADOS					
GRUPOS DE ESTÁNDARES	CÓDIGO	Enfoque sistemico	Enfoque proactivo	Enfoque evaluado y mejorado	Despliegue en la institución	Apropiación cliente interno y externo	Perinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
		Derecho de	Estándar 1. Código: (AsDP1)	2	2	2	1	1	1	1	1	1
Derecho de	Estándar 3. Código: (AsDP3)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Seguridad	Estándar 5. Código: (AsSP1)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9
Seguridad	Estándar 6. Código: (AsSP2)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
Seguridad	Estándar 7. Código: (AsSP3)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Seguridad	Estándar 8. Código: (AsSP4)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Acceso	Estándar 9. Código: (AsAC1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Acceso	Estándar 11. Código: (AsAC3)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Acceso	Estándar 12. Código: (AsAC4)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
Acceso	Estándar 13. Código: (AsAC5)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Acceso	Estándar 14. Código: (AsAC6)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Acceso	Estándar 15. Código: (AsAC7)	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1,8
Acceso	Estándar 16. Código: (AsAC8)	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1,7
Registro e	Estándar 17. Código: (AsREG1)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
Registro e	Estándar 18. Código: (AsREG2)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
Registro e	Estándar 19. Código: (AsREG3)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Evaluación	Estándar 20. Código: (AsEV1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Evaluación	Estándar 21. Código: (AsEV2)	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1
Planeación	Estándar 24. Código: (AsPL2)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
Planeación	Estándar 28. Código: (AsPL6)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
Planeación	Estándar 30. Código: (AsPL8)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
Planeación	Estándar 32. Código: (AsPL10)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Planeación	Estándar 40. Código: (AsPL18)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ejecución	Estándar 41. Código: (AsEJ1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ejecución	Estándar 42. Código: (AsEJ2)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
Ejecución	Estándar 43. Código: (AsEJ3)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
Ejecución	Estándar 44. Código: (AsEJ4)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ejecución	Estándar 45. Código: (AsEJ5)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
Ejecución	Estándar 46. Código: (AsEJ6)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
Evaluación	Estándar 47. Código: (AsEVA1)	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,7
Evaluación	Estándar 48. Código: (AsEVA2)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
Salida y	Estándar 51. Código: (AsSAL1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Salida y	Estándar 52. Código: (AsSAL2)	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1,5
Sedes	Estándar 59. Código: (AsSIR1)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,4
Sedes	Estándar 60. Código: (AsSIR2)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
Sedes	Estándar 65. Código: (AsSIR7)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
Sedes	Estándar 66. Código: (AsSIR8)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
Sedes	Estándar 67. Código: (AsSIR9)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
Sedes	Estándar 68. Código: (AsSIR10)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
Sedes	Estándar 69. Código: (AsSIR11)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
Sedes	Estándar 70. Código: (AsSIR12)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
Sedes	Estándar 71. Código: (AsSIR13)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
Sedes	Estándar 75. Código: (AsMCCI)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
TOTAL												1,3

La calificación global de estándares obtenida para el Proceso de atención al cliente asistencial fue de 1,3. Para que una institución se acredite debe tener una calificación por encima de 2, algunos de los estándares se encuentran con enfoque en una calificación de 3, evidenciando que la institución tiene un enfoque sistemático para los propósitos básicos de los estándares de este

grupo, aun así, existe en la organización unas etapas iniciales de proactividad.

Posteriormente, se realizó la priorización de las oportunidades de mejora, teniendo en cuenta el riesgo, costo y volumen, respecto a los usuarios y colaboradores posiblemente afectados al no llevarse a cabo.

La figura 10, muestra el número de oportunidades de mejora priorizadas para los estándares del grupo Proceso de Atención al Cliente Asistencial, de acuerdo con los resultados de su criticidad.

Figura 10. *Priorización del proceso de atención al cliente asistencial, IPS KIBA SAS*

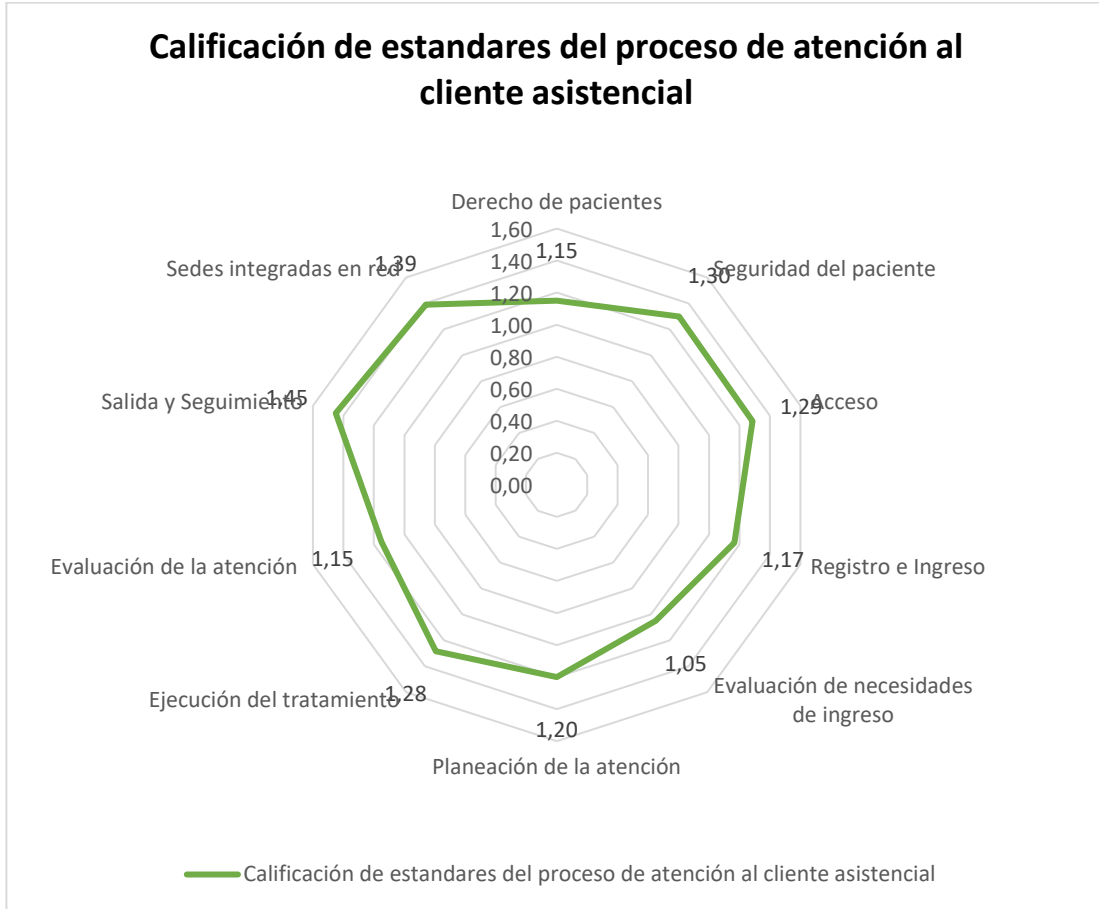
PRIORIDAD	OM	%
ALTA	15	34
MEDIA	19	43
BAJA	10	23
TOTAL	44	100

Nota: OM significa “oportunidad de mejora”

Las oportunidades de mejora fueron priorizadas de acuerdo con el riesgo que representa para usuarios y/o colaboradores el no implementar la oportunidad de mejora, el costo para la institución y el número de usuarios y/o colaboradores afectados. 15 oportunidades de mejora son de prioridad alta, es decir acciones por realizar en el corto plazo para mejorar la calidad y para que los estándares lleguen a una calificación de 2 al menos en el enfoque.

La figura 11, evidencia la calificación general de los subgrupos que conforman el grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial.

Figura 11. Calificación de estándares del proceso de atención al cliente asistencial en IPS KIBA SAS



La figura 11, muestra la calificación por subgrupos de estándares, donde se evidencia menos calidad en los estándares de derechos de los pacientes con una calificación de 1.15, evaluación de necesidades al ingreso con una calificación de 1.17, sedes integradas en red con una calificación de 1.39 y la ejecución del tratamiento con 1.28. Ninguno de los subgrupos cuenta con una calificación para acreditación, por lo tanto, aunque es necesario trabajar en todos los subgrupos de estándares es necesario reforzar el trabajo en los derechos de los pacientes, la evaluación de las necesidades del paciente al ingreso a la institución y los criterios de calidad en los estándares de ejecución del tratamiento.

De acuerdo con el análisis Cualitativo realizado a cada uno de los estándares, la mayoría del grupo Apoyo administrativo Gerencial, no evidencian un enfoque desarrollado por lo que las oportunidades de mejora se orientan al diseño e implementación de políticas, procesos, estrategias, para que el enfoque empiece a ser sistemático y sean alcanzables los propósitos del estándar en las áreas clave de la institución. la calificación del grupo de direccionamiento se resume a continuación:

Figura 12. Calificación de la sección de estándares de apoyo administrativo-gerencial, grupo de estándares de direccionamiento, IPS KIBA SAS

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN		1. Autoevaluación										
		Calificación Cuantitativa										
		ENFOQUE			IMPLEMENTAC			RESULTADOS				media
Enfoque sistémico	Enfoque proactivo	Enfoque evaluado y mejorado	Despliegue en la institución	Apropiación cliente interno y externo	Perfistencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación			
DIRECCIONAMIEN	Estándar 76. Código: (DIR1)	3	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1,5
DIRECCIONAMIEN	Estándar 77. Código: (DIR 2)	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1,2
DIRECCIONAMIEN	Estándar 78. Código: (DIR 3)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
DIRECCIONAMIEN	Estándar 79. Código: (DIR 4)	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2
DIRECCIONAMIEN	Estándar 80. Código: (DIR.5)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
DIRECCIONAMIEN	Estándar 81. Código: (DIR.6)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
DIRECCIONAMIEN	Estándar 82. Código: (DIR7)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
DIRECCIONAMIEN	Estándar 83. Código: (DIR8)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
DIRECCIONAMIEN	Estándar 84. Código: (DIR9)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
DIRECCIONAMIEN	Estándar 85. Código: (DIR10)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
DIRECCIONAMIEN	Estándar 86. Código: (DIR11)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
DIRECCIONAMIEN	Estándar 88. Código: (DIRMCC1)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
TOTAL											1,2	

Debido a la media en 1,2 es necesario iniciar la etapa de medición de los procesos implementados y los que se lleguen a implementar, ya que el resultado no evidencia indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de dichos procesos.

Aun así, de los 12 estándares evaluados sólo 2 revelaron un estado crítico que abarca el 17% del grupo, a los cuales se le plantearon las acciones de mejora:

Figura 13. Priorización del grupo de estándares de direccionamiento. IPS KIBA SAS.

PRIORIDAD	OM	%
ALTA	2	17
MEDIA	5	42
BAJA	5	42
TOTAL	12	100

Nota: OM significa “oportunidad de mejora”

Figura 14. Calificación de la sección de estándares de apoyo administrativo-gerencial, grupo de estándares de gerencia. IPS KIBA SAS.

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN		1. Autoevaluación										
		Calificación Cuantitativa										
		ENFOQUE			IMPLEMENTAC		RESULTADOS					media
GRUPOS DE ESTÁNDARES	CÓDIGO	Enfoque sistémico	Enfoque proactivo	Enfoque evaluado y mejorado	Despliegue en la institución	Apropiación cliente interno y externo	Perfinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
		GERENCIA	Estándar 89. Código: (GER.1)	2	2	2	1	1	1	1	1	1
GERENCIA	Estándar 90. Código: (GER.2)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
GERENCIA	Estándar 91. Código: (GER.3)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
GERENCIA	Estándar 92. Código: (GER.4)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
GERENCIA	Estándar 93. Código: (GER.5)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
GERENCIA	Estándar 94. Código: (GER.6)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
GERENCIA	Estándar 96. Código: (GER.8)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
GERENCIA	Estándar 97. Código: (GER.9)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
GERENCIA	Estándar 98. Código: (GER.10)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
GERENCIA	Estándar 99. Código: (GER.11)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
GERENCIA	Estándar 100. Código: (GER.12)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
GERENCIA	Estándar 101. Código: (GER.13)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
TOTAL											1,3	

Respecto al grupo de estándares de gerencia en aquellos con enfoque más documentado, el despliegue hacia la organización y hacia el cliente interno y externo se lleva a cabo en áreas principales y se orienta hacia un número limitado de clientes. Sin embargo, no se disponen de datos que evidencien el inicio de logros ni los efectos de la aplicación del enfoque, dando como resultado una media de 1,3.

Figura 15. Priorización del grupo de estándares de gerencia, IPS KIBA SAS

PRIORIDAD	OM	%
ALTA	1	8
MEDIA	11	92
BAJA	0	0
TOTAL	12	100

Nota: OM significa “oportunidad de mejora”

En los 12 estándares de gerencia aplicables en IPS KIBA SAS, solo uno es de alta prioridad. Las oportunidades de mejora se ejecutarán de en el segundo periodo del 2024, y 11 oportunidades de mejora son de prioridad media para realizar en el mediano plazo.

Figura 16. Calificación de la sección de estándares de apoyo administrativo-gerencial, grupo de estándares de gerencia del talento humano. IPS KIBA SAS

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN		1. Autoevaluación										
GRUPOS DE ESTÁNDARES	CÓDIGO	Calificación Cuantitativa										
		ENFOQUE		IMPLEMENTAC			RESULTADOS					media
		Enfoque sistémico	Enfoque proactivo	Enfoque evaluado y mejorado	Despliegue en la institución	Apropiación cliente interno y externo	Perfinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
GERENCIA DEL TALENTO	Estándar 103. Código: (GERMCC1)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
GERENCIA DEL TALENTO	Estándar 106. Código: (TH3)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
GERENCIA DEL TALENTO	Estándar 111. Código: (TH8)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
GERENCIA DEL TALENTO	Estándar 113. Código: (TH10)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
GERENCIA DEL TALENTO	Estándar 114. Código: (TH11)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
GERENCIA DEL TALENTO	Estándar 115. Código: (TH12)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
GERENCIA DEL TALENTO	Estándar 116. Código: (TH13)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
GERENCIA DEL TALENTO	Estándar 119. Código: (TH16)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
GERENCIA DEL TALENTO	Estándar 120. Código: (THMCC1)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8
TOTAL												1,4

En la evaluación, no se evidenció una implementación del enfoque de estos estándares hacia las áreas de la organización y hacia el cliente interno, que es el más relevante en estos procesos. Todavía no se han registrado en la institución logros ni efectos en el talento humano derivados de la aplicación de estos estándares. Sin embargo, el grupo de estándares de gerencia

del talento humano solo cuenta oportunidades de mejora de prioridad media, que deben llevarse a cabo mediano plazo para empezar a alcanzar un enfoque sistemático con despliegue hacia áreas importantes de la institución y a un mínimo número de clientes internos.

Figura 17. Priorización del grupo de estándar de gerencia del talento humano. IPS KIBA SAS.

PRIORIDAD	OM	%
ALTA	0	0
MEDIA	8	89
BAJA	1	11
TOTAL	9	100

Nota: OM significa “oportunidad de mejora”

Figura 18. Calificación de la sección de estándares de apoyo administrativo-gerencial, grupo de estándares de gerencia del ambiente físico en IPS KIBA SAS

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN		1. Autoevaluación										
GRUPOS DE ESTÁNDARES	CÓDIGO	Calificación Cuantitativa										
		ENFOQUE			IMPLEMENTAC			RESULTADOS				media
		Enfoque sistémico	Enfoque proactivo	Enfoque evaluado y mejorado	Despliegue en la institución	Apropiación cliente interno y externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
GERENCIA DEL AMBIENTE	Estándar 121. Código: (GAF1)	4	4	2	2	2	1	1	1	1	1	
GERENCIA DEL AMBIENTE	Estándar 122. Código: (GAF2)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
GERENCIA DEL AMBIENTE	Estándar 123. Código: (GAF3)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9
GERENCIA DEL AMBIENTE	Estándar 124. Código: (GAF4)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
GERENCIA DEL AMBIENTE	Estándar 125. Código: (GAF5)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
GERENCIA DEL AMBIENTE	Estándar 128. Código: (GAF8)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
GERENCIA DEL AMBIENTE	Estándar 129. Código: (GAF9)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8
GERENCIA DEL AMBIENTE	Estándar 130. Código: (GAF109)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
GERENCIA DEL AMBIENTE	Estándar 131. Código: (GAFMCC1)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
TOTAL											1,6	

En los estándares de gestión del ambiente físico, se evidencia un comienzo de sistematización en ciertas áreas de la organización de allí el resultado de la media 1,6. Se halla la documentación del enfoque y se observa una transición inicial de la reactividad a la proactividad, cuenta con varias fortalezas que dan cumplimiento al estándar. No obstante, hay un proceso de

evaluación limitado del mejoramiento del enfoque.

Figura 19. Priorización del grupo de estándares de gerencia del Ambiente Físico en IPS KIBA SAS.

PRIORIDAD	OM	%
ALTA	1	11
MEDIA	5	56
BAJA	3	33
TOTAL	9	100

Nota: OM significa “oportunidad de mejora”

Los estándares del grupo de gerencia del ambiente físico solo cuentan con 1 oportunidad de mejora de alta prioridad, aunque no cuentan con una baja calificación, deberían tener un mayor número de priorización son las más difíciles de alcanzar puesto que es necesario para su logro una disponibilidad grande de presupuesto, por lo que para el PAMEC. del segundo semestre del año 2024 solo ingresaron 1 oportunidades de mejora, el resto (5) se plantan para ser alcanzadas en el mediano plazo.

Figura 20. Calificación de la sección de estándares de apoyo administrativo-gerencial, grupo de estándares de gestión de la tecnología en IPS KIBA SAS

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN		1. Autoevaluación										
		Calificación Cuantitativa										
		ENFOQUE			IMPLEMENTAC		RESULTADOS					media
Enfoque sistémico	Enfoque proactivo	Enfoque evaluado y mejorado	Despliegue en la institución	Apropiación cliente interno y externo	Perfistencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación			
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	Estándar 132. Código: (GT1)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	Estándar 133. Código: (GT2)	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	Estándar 134. Código: (GT3)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	Estándar 136. Código: (GT5)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	Estándar 137. Código: (GT6)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	Estándar 138. Código: (GT7)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	Estándar 139. Código: (GT8)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	Estándar 141. Código: (GT MCC1)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
TOTAL											1,3	

Como resultado del grupo de estándar de gerencia tecnológica no se encontraron indicadores que demuestren la tendencia del enfoque del estándar. Es uno de los grupos con más criticidad con 3 estándares que requieren oportunidad de mejora de alta prioridad y 5 que requieren oportunidades de mejora a mediano plazo.

Figura 21. Priorización del grupo de estándares de gestión de la tecnología. En IPS KIBA SAS.

PRIORIDAD	OM	%
ALTA	3	38
MEDIA	5	63
BAJA	0	0
TOTAL	8	100

Nota: OM significa “oportunidad de mejora”

Figura 22. Calificación de la sección de estándares de apoyo administrativo-gerencial, grupo de estándares de gerencia de la información en IPS KIBA SAS.

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN		1. Autoevaluación										
		Calificación Cuantitativa										
GRUPOS DE ESTÁNDARES	CÓDIGO	ENFOQUE			IMPLEMENTAC			RESULTADOS				media
		Enfoque sistémico	Enfoque proactivo	Enfoque evaluado y mejorado	Despliegue en la institución	Apropiación cliente interno y externo	Perfistencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
GERENCIA DE LA	Estándar 142. Código: (GI1)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
GERENCIA DE LA	Estándar 143. Código: (GI2)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8
GERENCIA DE LA	Estándar 144. Código: (GI3)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
GERENCIA DE LA	Estándar 145. Código: (GI4)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8
GERENCIA DE LA	Estándar 146. Código: (GI5)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,5
GERENCIA DE LA	Estándar 147. Código: (GI6)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
GERENCIA DE LA	Estándar 148. Código: (GI7)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8
GERENCIA DE LA	Estándar 150. Código: (GI9)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
GERENCIA DE LA	Estándar 151. Código: (GI10)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8
GERENCIA DE LA	Estándar 152. Código: (GI11)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
GERENCIA DE LA	Estándar 153. Código: (GI12)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
GERENCIA DE LA	Estándar 154. Código: (GI13)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8
TOTAL											1,6	

El grupo de estándares de gestión de la información evidencia enfoques que tiene una

estandarización y socialización de procesos, políticas, lineamientos y métodos más documentada, es más preventivo y comienza a evaluar mejoras metodológicas. Éste estándar es uno de los mejores calificados de la institución y actualmente no cuenta con estándares que requieran alta prioridad, aun así, hay algunos donde se plantean oportunidades de mejora a mediano plazo.

Figura 23. Priorización del grupo de estándares de gerencia de la información en IPS KIBA SAS.

PRIORIDAD	OM	%
ALTA	0	0
MEDIA	5	42
BAJA	7	58
TOTAL	12	100

Nota: OM significa “oportunidad de mejora”

Figura 24. Calificación del grupo de estándares de mejoramiento de la calidad en IPS KIBA SAS.

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN		1. Autoevaluación												
GRUPOS DE ESTÁNDARES	CÓDIGO	Calificación Cuantitativa												
		ENFOQUE			IMPLEMENTAC		RESULTADOS					media		
		Enfoque sistémico	Enfoque proactivo	Enfoque evaluado y mejorado	Despliegue en la institución	Apropiación cliente interno y externo	Perfistencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación			
MEJORAMIENTO	Estándar 156. Código: (MCC1)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,8
MEJORAMIENTO	Estándar 157. Código: (MCC2)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,5
MEJORAMIENTO	Estándar 158. Código: (MCC3)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,3
MEJORAMIENTO	Estándar 159. Código: (MCC4)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,5
TOTAL												1,5		

Figura 25. Priorización del grupo de estándares de mejoramiento de la calidad en IPS KIBA SAS.

PRIORIDAD	OM	%
ALTA	0	0
MEDIA	4	100
BAJA	0	0
TOTAL	4	100

Nota: OM significa “oportunidad de mejora”

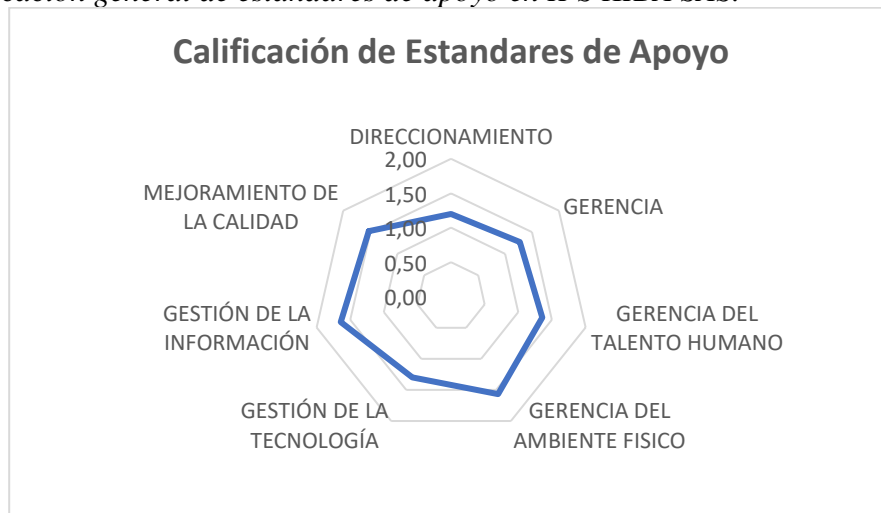
Todos los estándares, según la calificación obtenida de 1,5 en la media, muestran un inicio

de enfoque sistemático para lograr los objetivos fundamentales establecidos por cada estándar. Sin embargo, el grupo de estándares destaca por su mayor proactividad, aunque se observa un proceso limitado de evaluación y mejora en dicho enfoque.

Este conjunto de estándares presenta una distribución de la documentación y divulgación de políticas, directrices y procesos, limitada a ciertas áreas de la institución y dirigida a un número reducido de clientes. Sin embargo, esta evidencia no es uniforme en cuanto a los logros y efectos derivados de la aplicación del enfoque. Se disponen de datos parciales de algunos indicadores, pero no hay pruebas sólidas de que los logros sean consecuencia directa de la implementación del enfoque. Además, no se observan tendencias claras en cuanto a la calidad y el rendimiento de los procesos de mejora continua. Debido a esto, se presentaron 4 oportunidades de mejora a mediano plazo.

Para observar cómo se encuentra la institución en los grupos de estándares de apoyo administrativo gerencial el grafico 3, muestra la calificación general.

Figura 26. Calificación general de estándares de apoyo en IPS KIBA SAS.



De acuerdo a la figura 26, es necesario reforzar las acciones en la gerencia del talento

humano, en los estándares de gerencia y en los de direccionamiento si la institución quiere optar por certificarse como acreditada, ninguno de los grupos alcanza una calificación mínima para la acreditación, se observa que la organización tiende a fortalecerse en su trabajo de la gerencia de la información y ambiente físico, pero es necesario que esto vaya de acuerdo a la misión, visión de la institución para que no se aleje del plan estratégico.

Ahora bien, los resultados de la calificación cualitativa, donde se identifican las fortalezas relacionadas con cada estándar y criterio analizado y las oportunidades de mejora (ver Apéndice D), arrojó que este estudio de verificación en la IPS KIBA SAS es de una IPS de primer nivel de complejidad, donde la asistencia que se brinda para que la institución se acredite es mínima, aunque actualmente no realizan análisis de esta información y aunque existe un proceso documentado. En cuanto al Proceso de atención al cliente asistencial, se ha venido trabajando en los derechos y deberes de los pacientes y la planeación del proceso de atención, pero ha descuidado la seguridad del paciente, la necesidad del recurso tanto humano como tecnológico y la ejecución del tratamiento, estos procesos son los más importantes puesto que son los que se relacionan con la misión de la institución.

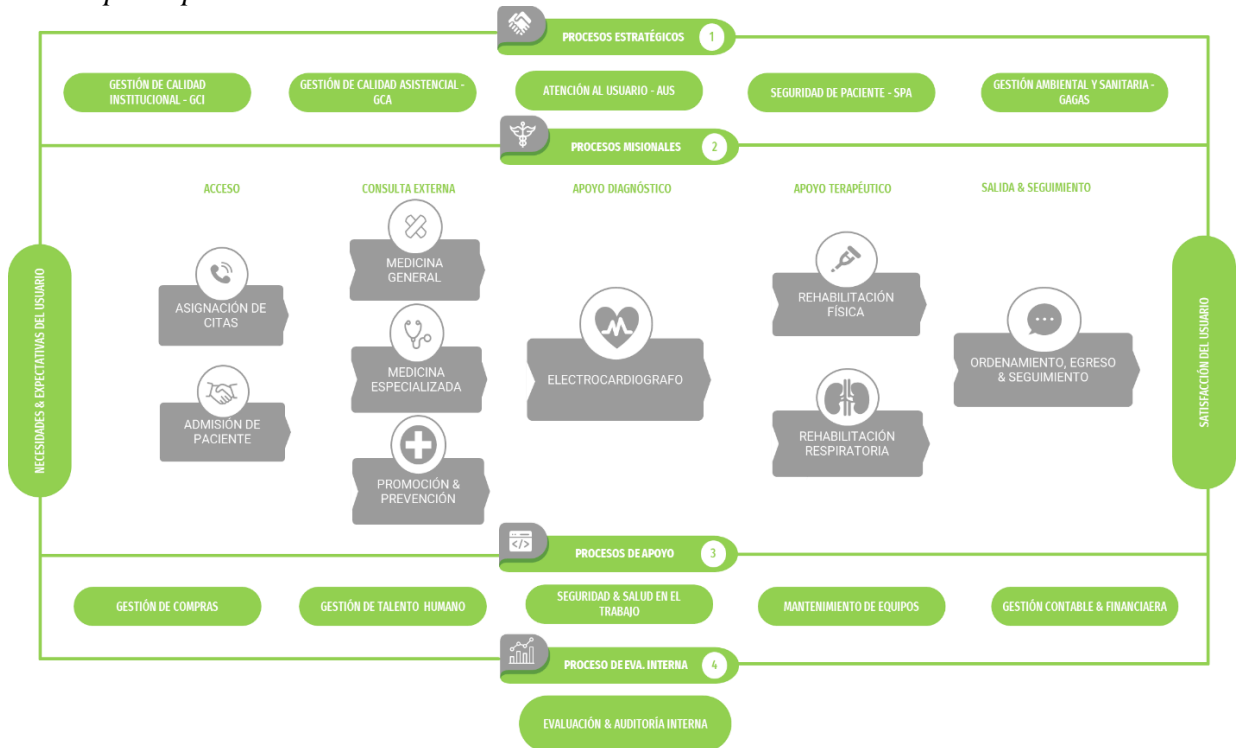
Respecto a los estándares de apoyo administrativo gerencial, requieren de más desarrollo en la IPS puesto que se desliga la administración de la misión de la institución, las instituciones que prestan servicios de primer nivel de atención reciben menos apoyo para la gestión de la tecnología puesto que la baja complejidad no requiere equipos muy desarrollados, pero si requiere que estos equipos se renueven o reciban mantenimiento para evitar riesgos a los clientes internos y externos y se hace necesario evaluar la disponibilidad de presupuesto para estas acciones (MOSQUERA, 2015).

Las oportunidades de mejora de cada grupo de estándares, que obtuvieron como resultado

una alta prioridad, fueron incorporadas en la elaboración del plan de mejora de la calidad (PAMEC), programado para desarrollarse en el segundo semestre del año 2024. Dado que incluye oportunidades de mejora críticas que requieren acciones a corto plazo. El documento PAMEC se encuentra completo en el apéndice E

Para finalizar, se concluyó que, para establecer la calidad en la IPS, debe definirse el nivel de calidad deseado para los procesos institucionales. Esto requiere un proceso de análisis y toma de decisiones por parte del equipo directivo, asesores y representantes de los procesos centrales, estratégicos y de apoyo. Es necesario establecer cómo se desea que se realicen los procesos y cuáles son los resultados que se quieren lograr. Para esto, se diseñó un mapa de procesos detallado que destaca los diferentes procesos de la institución, los cuales contribuyen al logro de los objetivos de calidad, tal como se muestra a continuación:

Figura 27. Mapa de procesos IPS KIBA SAS.



Como se puede observar en la figura 27, este se conformó por procesos estratégicos misionales y de apoyo. En los procesos estratégicos podemos encontrar los estándares principales para el proceso de acreditación, tales como la gestión de la calidad tanto institucional como asistencial, la atención al usuario, la seguridad del paciente y la gestión ambiental, ésta última con el fin de ampliar la visión a otras posibles certificaciones que actualmente retoman importancia. En los procesos misionales se encontrará la función principal de la empresa respecto a los servicios actualmente habilitados y en los procesos de apoyo están los que brindan soporte para el cumplimiento del objetivo de la empresa entre ellos se encuentran: compras, talento humano, mantenimiento y facturación y cartera.

9. Comparación del cronograma

Tabla 4. *Cronograma del proyecto.*

Momentos	Semanas proyectadas	Semanas ejecutadas
Armonización de los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2015 y exigencias aplicables para la institución IPS KIBA SAS con énfasis en servicios de baja complejidad.	8 semanas	16 semanas
Evaluación del grado de cumplimiento de la organización IPS KIBA SAS frente a los requisitos de acreditación en salud y la NTC ISO 9001:2015 mediante la guía que ofrece el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario.	6 semanas	6 semanas

Propuesta de un sistema de gestión de calidad para la IPS KIBA SAS que cumpla con la norma NTC-ISO 9001:2015 y los requisitos de acreditación de servicio de salud con énfasis en servicios de baja complejidad.

12 semanas

8 semanas

Nota: esta tabla compara el cronograma planteado inicialmente en el anteproyecto con el cronograma ejecutado durante el desarrollo del proyecto.

10. Presupuesto

Tabla 5. *Presupuesto para el desarrollo del proyecto*

Presupuesto para la ejecución del proyecto			
Cantidad	Concepto	Valor Unitario	Valor Total
1	Resma tamaño carta	\$ 11.000	\$ 11.000
7 meses	Internet	\$ 60.000	\$ 420.000
1	Memoria USB	\$ 30.000	\$ 30.000
3	Lapiceros negros	\$ 2.000	\$ 6.000
150	Impresiones/Fotocopias	\$ 300	\$ 45.000
	Gastos varios (Asesorías)	\$ 200.000	\$ 200.000
TOTAL			\$ 712.000

Conclusiones

- ✓ La elaboración de la matriz de armonización entre la NTC ISO 9001:2015 con los estándares de acreditación en salud la resolución 5095:2018, permitió integrar los dos sistemas por medio del diagnóstico para verificar el grado de implementación de un sistema integrado bajo dos modelos en la IPS KIBA SAS, lo que generó aportes relevantes para la institución que orientan el desempeño de los procesos de atención y servicios en salud de manera eficaz y eficiente, con altos estándares de calidad.
- ✓ Luego de caracterizar, identificar y analizar los estándares aplicados en la IPS KIBA SAS de la matriz de armonización entre la NTC ISO 9001:2015 con los estándares de acreditación en salud la resolución 5095:2018, se evidencia que el cumplimiento promedio de estándares es de 83%. El estándar con mayor puntuación es el Asistencial, mismo que va estrechamente relacionado con la sección 8 de la NTC ISO 9001:2015 de acuerdo con la matriz de armonización. Los resultados revelan que se deben trabajar todo lo referente a la calidad y MCC además del Direccionamiento.
- ✓ La IPS KIBA cuenta con una calificación global de 1.4, lo que muestra que aún no está preparada para entrar a una ruta crítica de acreditación y postularse para ser certificada, se encontró que la mayoría de los estándares del proceso de apoyo administrativo gerencial y los estándares de mejoramiento de la calidad, se encuentran por debajo del promedio, las acciones encaminadas a prevenir los potenciales riesgos en que incurre el recurso humano, los usuarios y sus familias son fundamentales para el fortalecimiento de los estándares y así garantizar la calidad de los procesos; por ende, es necesario desarrollar las acciones que se plantean en el PAMEC, fortalecer los procesos misionales, ya que estos son la razón de ser de la institución, es necesario que los procesos de apoyo administrativo gerencial se integren más a la estrategia

de acreditación ya que en comparación son los que tienen la calificación más baja, el MCC debe ser un proceso planeado y no acciones esporádicas de reporte de indicadores.

- ✓ La implementación del sistema de gestión de calidad diseñado permitirá a la IPS crear una estructura organizacional ajustada, estructurada y centrada en garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales. Esta iniciativa no solo mejorará el direccionamiento estratégico, sino también los procesos internos, con el fin de lograr resultados positivos en cuanto a la cultura organizacional y los servicios brindados por la IPS.
- ✓ Se diseñó en conjunto a la gerencia, la misión, visión, políticas y procesos del sistema de gestión de la calidad, basado en directrices para la correcta ejecución y operación de las estrategias implementadas en el proyecto para beneficio de la IPS KIBA SAS, orientada a la satisfacción del cliente, la seguridad del paciente y a la mejora continua.

Referencias

- Betancourt, A., & Ivonne Caviedes. (2017). *PROPUESTA METODOLÓGICA DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL SECTOR SALUD ARTICULANDO EL SUA CON LA NTC ISO 9001:2015* ANDREA CAROLINA BETANCOURT VELÁSQUEZ IVONNE LILIANA CAVIEDES NIÑO Informe final elaborado como requisito para optar al título d. UNIVERSIDAD SANTO TOMAS -CONVENIO ICONTEC CONVENIO DE COOPERACIÓN ACADÉMICA USTA –ICONTEC .
- CASADIEGO, J. J. (2015). *FORMULACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN IPS PÚBLICAS*. Bogotá. Obtenido de <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/7620/NarvaezCasadiegoJohnJairo2015.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Cruz Erika & Romero María Clara. (2011). Determinación del impacto de la certificación ISO 9001 en clínicas de Cali. Cali, Colombia. Obtenido de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/9134/1/CB-0449579.pdf> - Español
- Delgado, Vázquez, M. L., & Morales, L. d. (2010). Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *REVISTA DE SALUD PÚBLICA*, 13. Obtenido de <https://www.scielo.org/article/rsap/2010.v12n4/533-545/>
- Escudero, M. M. (2016). *Conocimientos, percepciones y barreras del personal de salud con la acreditación institucional en seis Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención del Valle de Aburra en el departamento de Antioquia en el año 2015*. Medellín. Obtenido de

https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/716/Conocimientos_Percepciones_Personal.pdf?sequence=2&isAllowed=y

ICONTEC, D. a. (5 de Noviembre de 2014). *acreditación en salud*. Obtenido de www.acreditacionensalud.org.co

INCONTEC, I. C. (2003). *Acreditación en Salud*. Obtenido de <http://acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=117&IdCat=29>

IPS KIBA S.A.S. (2021). <https://ipskibasas.com>. Obtenido de <https://ipskibasas.com/quienes-somos/>

IPS KIBA S.A.S. (2021). <https://ipskibasas.com>. Obtenido de <https://ipskibasas.com/mision-y-vision/>

Lady Hernández & Naley Acevedo. (2013). PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES RELACIONADOS CON DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD PARA IPS. 170. BUCARAMANGA. Obtenido de <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2013/150582.pdf>

M Juran. (1993). *ESG Innova Group*. Obtenido de <https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2016/09/desarrollo-concepto-calidad/#:~:text=La%20calidad%20es%20%E2%80%9C%20adecuaci%C3%B3n,NC%2F%20ISO%209000%202005.>

Maira Cossio, L. P. (28 de agosto de 2018). *digitk.areandina.edu.co*. Obtenido de <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/2152/Propuesta%20de%20plan%20de%20mejoramiento%20con%20%C3%A9nfasis%20en%20acreditaci%C3%B3n%20en%20una%20IPS%20de%20primer%20nivel%20de%20municipio%20de%20Cartag>

o%20vigencia%202018.pdf?sequence=1

Martins, J. (15 de febrero de 2024). *asana.com*. Obtenido de <https://asana.com/es/resources/pdca-cycle>

Matilde Rodríguez - Eddita Fernandez - Amaia Romero y Ana Poza. (2012). Implementation of a quality management system according to 9001 standard in a hospital in the home unit: Changes and. Obtenido de <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09526861211246458/full/html>

Milanyela Avila y Yennifer Malambo. (2014). Evaluación de la calidad de los servicios de salud que brinda el laboratorio clínico de la ese centro de salud con cama vitalio sara castillo del municipio de soplaviento bolivar en primer semestre del año 2013. Obtenido de <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/2790/PROYECTO%20MILANYELA%20AVILA%20Y%20YENIFFER%20MALAMBO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ministerio de la Protección Social. (19 de Julio de 2005). *www.minsalud.gov.co*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-elaboracion-planes-mejoramiento-acreditacion.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (3 de Abril de 2006). Decreto 1011. *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Artículo 6.*

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. (3 de Abril de 2006). Decreto Número 1011 de 2006. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-1011-de-2006.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2007). *www.minsalud.gov.co*. (I. N. Colombia, Ed.) Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>

MinSalud. (3 de Junio de 2017). Registro especial de prestadores de servicios de salud - REPSS. Bogotá.

MINSALUD. (2018). *Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia*.

Minsalud. (2023). *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>

minsalud. (4 de abril de 2024). *www.minsalud.gov.co*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Glosario.aspx>

Morales, A. Y. (Junio de 2019). ACREDITACIÓN EN SALUD, EL USUARIO Y SU FAMILIA. 21. Obtenido de https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/31752/SanabriaMoralesAnaYanira2019_Art%c3%adculo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Moreno, Mancheno, M., & Monica. (2013). *PLAN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD, MEDIO AMBIENTE Y SEGURIDAD EN LA EMPRESA PARMALAT DEL ECUADOR S.A.* Ecuador. Obtenido de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/4105/1/UPS-CT002590.pdf>

MOSQUERA, J. P. (2015). GUÍA METODOLÓGICA PARA DAR BAJA A LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS EN UNA. Bogotá. Obtenido de <https://repositorio.ecci.edu.co/bitstream/handle/001/207/Trabajo%20de%20grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Mosquera, S. Y. (2021). Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la atención en salud -PAMEC en una IPS de salud ocupacional de la ciudad de Medellín. Medellín, Colombia. Obtenido de http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/21349/7/AsprillaSandra_2021_PamecIpsOcupacional.pdf
- Muñoz Ricardo, H. C. (2019). Revisión del impacto de la norma ISO:9001 2015 en las instituciones prestadoras de salud (IPS). 14. Obtenido de <https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/5105/REVISI%C3%93N%20DEL%20IMPACTO.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- N, R., & Gómez FA. (2018). *Contexto en salud y calidad en Colombia*. Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá.
- Nera Ayerbe. (2015). Percepción de calidad en salud aplicando a la IPS Nueva Salud S.A.S de San José Del Guaviare y propuesta de acción para la mejora. San José del Guaviare, Colombia. Obtenido de <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/3480/1120559464.pdf;jsessionid=D62C11157CDDC8B3078A22CBB91C782B.jvm1?sequence=1>
- Normativa, S. Ú. (2019). *Resolución 3100de 2019*. MinJusticia, Bogotá. Obtenido de <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30039964>
- O'Reilly III, C., & Chatman, J. (1986). Organizational Commitment and Psychological Attachment: Teh Effects of Compliance, Identification, and Internalization on Prosocial Behavior. *Journal of Applied Psychology*, 71(6), 492-499.
- OCAS. (2016). *Observatorio de Calidad de la Atención en Salud*. Obtenido de <http://simudatsalud-risaralda.co/normatividad-oca/sogcs>

- Patricia Espitia, C. (2020). HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA PARA UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN. Bogotá. Obtenido de <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/27962/2020patriciaespitia.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Sandra Alarcon, E. E. (2008). *Diagnostico del sistema de garantia de calidad de la atención en salud de la clinica metropolitana de Bucaramanaga S.A.* Bucaramanga. Obtenido de https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1609/PROYECTO_FINAL-1.pdf;jsessionid=03BC77BD80E93DE1D0847A45B1FB81F8?sequence=2
- Secretaría de salud. (abril de 2023). www.saludcapital.gov.co. Obtenido de https://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documentos_I/Pamec.pdf
- Siviy, J. K. (2008). *Maximizing your Process Improvement ROI through Harmonization*. Carnegie Mellon University.
- Unisalud. (2022). unisalud.unicauca.edu.co. Obtenido de <https://unisalud.unicauca.edu.co/unisalud/red-prestadores#:~:text=Baja%20complejidad%3A%20Son%20aquellas%20instituciones,de%20urgencias%2C%20partos%20de%20baja>
- VALDERRAMA ESE HOSPITAL FRANCISCO. (2023). MANUAL DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA. Obtenido de <https://hfv.gov.co/wp-content/uploads/2017/12/MANUAL-PAMEC-2020-2023.pdf>
- VALDERRAMA, E. H. (2020 – 2023). MANUAL DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA PAMEC. Obtenido de <https://hfv.gov.co/wp-content/uploads/2017/12/MANUAL-PAMEC-2020-2023.pdf>
- Zuluaga, A. M. (2010). NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES. PEREIRA.

Obtenido de <https://repositorio.utp.edu.co/server/api/core/bitstreams/6d97bc79-dfa8-417f-a253-0b59f0da4b4a/content>

