Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS

Facultad de Ciencias Administrativas en Salud

# Evaluación de la calidad metodológica de la Guía de Práctica Clínica "Paciente con sospecha y diagnóstico de diabetes tipo 2 en atención primaria de junio de 2021" en el servicio de consulta externa de la IPS S. a través del instrumento AGREE II.


**AUTORES:**

**Ángela Uribe Sánchez**

**Miguel Enrique Romero Ballesteros**

**Freddy Dylan Baleta Rivera**

**Martha Judith Rojas Rozo**

**ASESOR:**

**Dr. José Israel Galindo Buitrago**


**Trabajo de grado para optar por el título de Especialista en Gerencia de la Calidad y Gestión Clínica**


**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS EN SALUD PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y GESTIÓN CLÍNICA**

**BOGOTÁ D.C 2022**

**Artículo 23, Resolución # 13 de 1946:**

"La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien, se vean en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia"

**TABLA DE CONTENIDO**

RESUMEN 4
ABSTRACT 5
LISTA DE TABLAS 6
LISTA DE FIGURAS 6
1. INTRODUCCIÓN 7
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 8
3. JUSTIFICACIÓN 12
4. OBJETIVOS 14
4.1 OBJETIVO GENERAL 14
5. MARCO REFERENCIAL 14
5.1 MARCO TEÓRICO 14
5.2 MARCO CONCEPTUAL 20
5.3 MARCO INSTITUCIONAL 21
5.4. MARCO CONTEXTUAL 21
5.5. MARCO LEGAL 24
6. METODOLOGÍA 26
7. RESULTADOS 29
8. PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA 34
9. PLAN DE MEJORA CONTÍNUA 37
10. RECOMENDACIONES 38
11. CONCLUSIONES 39
12. BIBLIOGRAFÍA 41
13. Anexos 45
Anexo 1. Procedimientos de Gestión de guías de práctica clínica. 45
Anexo 2. Análisis DOFA 34
Anexo 3. Mapa de Riesgos 40
Anexo 4. Matriz Integradora de resultados 63

## RESUMEN

**Introducción:** Las Guía de Práctica Clínica (GPC) son un gran salvavidas para los profesionales de salud, ya que si se realizan con rigor científico y metodológico (Agree II) y se selecciona la mejor evidencia disponible pueden llegar a ser una herramienta muy poderosa que les puede permitir a los facultativos diagnosticar con pertinencia e inclusive hasta detectar enfermedades en sus etapas tempranas. **Objetivo:** Evaluar la calidad metodológica de la Guía de Práctica Clínica "Paciente con sospecha y diagnóstico de diabetes tipo 2 en atención primaria de junio de 2021" en el servicio de consulta externa de la IPS S. a través del instrumento AGREE II. **Metodología:** Se realiza un estudio de caso, de tipo cualitativo. **Conclusiones:** La guía evaluada, presentó en general baja discrepancia entre evaluadores para los dominios calificados, permitiendo indicar su uso con sugerencias. A pesar de ser una guía presentada al equipo de trabajo de la IPS seleccionada hace 1 año, se propone su actualización, con el fin de realizar los ajustes que conllevan a una mejor comprensión por parte de todos los profesionales de la salud involucrados en la gestión de este grupo de pacientes.

**Palabras clave:** Guía de práctica clínica, Medicina basada en evidencia, Aseguramiento de la calidad.

## ABSTRACT

**Introduction:** Clinical Practice Guidelines (CPG) are great lifesavers for health professionals; when carried out with scientific and methodological rigor (Agree II)) and with the selection of the best available evidence, they can become a very powerful tool that can allow physicians to accurately diagnose and even detect diseases in their early stages. **Objective:** To evaluate methodological quality of the selected Clinical Practice Guide "Patient with suspicion and diagnosis of type 2 Diabetes in primary care in June 2021" in the IPS S. at it´s General practice service through the AGREE II instrument. **Methodology:** A qualitative case study is carried out. **Conclusions:** The evaluated guideline presented, in general, low discrepancy between evaluators for the qualified domains, allowing its use to be indicated with suggestions. Despite being a guideline presented to the selected IPS work team 1 year ago, an update is proposed, in order to make the necessary adjustments that can lead to a better understanding by all health professionals involved in the management of this group of patients.

**Keywords:** Clinical practice guideline, Evidence-based medicine, Quality assurance.

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Normograma ..... 24
Tabla 2. Calidad global de la guía Evaluación de la Guía de Práctica Clínica "Paciente con sospecha y diagnóstico de diabetes tipo 2 en atención primaria de junio de 2021", con base en el método AGREE II en el servicio de consulta externa de la IPS S Medellín 2 ..... 31
Tabla 3. Nivel de discrepancia evaluación de la Guía ..... 31
Tabla 4. Programa de mejora continua ..... 34
Tabla 5. Plan de mejora continua ..... 37

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Evaluación de la Guía de Práctica Clínica ..... 30

## 1. INTRODUCCIÓN

A mediados del Siglo XIX se remontan las raíces más modernas de la medicina basada en la evidencia, posteriormente en el Siglo XX esta se desarrolla, específicamente en los años 80, en este tiempo no solo se toma en cuenta la mejor evidencia científica, sino que toma relevancia la opinión o experticia médica. En la década de los 90 se comenzaron a considerar guías que asumieron un alto rigor metodológico y que tuvieran recomendaciones derivadas de los resultados alcanzados, sólo así se podían considerar Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia, ya que contemplaban revisiones sistemáticas basadas en análisis minuciosos utilizando como base la literatura científica, en donde se contemplaba resultados de investigaciones relevantes, y de esta manera se aseguraba resultados rigurosos y confiables, minimizando los sesgos en las recomendaciones propuestas y mejorando la exactitud en la eficacia y seguridad en el proceso de atención (Vizcaíno-Salazar, 2020).

El acceso a los servicios de atención en salud y la prestación de estos en condiciones de calidad representa un reto para las instituciones prestadoras de servicios de salud de todo el territorio nacional. Las guías de práctica clínica son herramientas que permiten encaminar a los profesionales de la salud, a rutas de atención basadas en la mejor evidencia disponible, que permitan realizar adecuada prevención y promoción, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las diferentes patologías; buscando excelencia en la atención, resultados óptimos de salud y sostenibilidad financiera del sistema (Ministerio de Salud y Protección Social , 2016). El presente proyecto pretende evaluar la calidad de la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus II, generada y usada por una IPS de nuestro país, usando la herramienta AGREE II.

Es claro que la evidencia científica (la producción de artículos científicos) está disponible hoy por hoy en diferentes plataformas (también hay físicos) y con fácil acceso para los profesionales de la salud, especialmente los médicos que tienen la responsabilidad de diagnosticar al paciente, en esta evidencia disponible se puede observar cómo los galenos han tratado a los pacientes en situaciones similares, pero hoy se debe ver al paciente de manera holística, no se puede generalizar, se debe particularizar y ver como la mejor evidencia disponible la puede engranar con su experiencia clínica para obtener los mejores resultados, que se deben traducir en salud para la población usuaria del Sistema (Hidalgo-Mesa & Rodríguez, 2019).

Las GPC son un gran salvavidas para los profesionales de salud, ya que si se realizan con rigor científico y metodológico (Agree II) y se escoge la mejor evidencia disponible pueden llegar a ser una herramienta muy poderosa que les puede permitir a los facultativos diagnosticar con pertinencia y hasta prevenir enfermedades en su estadio primario, aportando así a mejorar la expectativa y calidad de vida de la población (Flórez-Gómez & Montoya, 2021).

El documento describe las generalidades de la atención de pacientes con Diabetes Mellitus II en nuestro país, así como las condiciones de uso de las guías de práctica clínica en nuestro territorio y el contexto epidemiológico para los pacientes de la IPS S.

Además, se realizará una descripción de la IPS S, algunos datos como organización, misión, visión, objetivos empresariales y los servicios ofertados en las diferentes áreas y dependencias, esto con el objetivo de construir un panorama macro de su organigrama y estructura de producción. Posteriormente, se encontrarán los objetivos del presente proyecto.

De igual manera se llevó a cabo descripción de la normatividad vigente, principios y conceptos de las áreas administrativas aplicadas a la atención en salud, que nos permiten brindar el soporte técnico al proyecto presentado.

Finalmente, se efectuó un análisis de los datos encontrados al aplicar la metodología propuesta para realizar la evaluación de la Guía de Práctica Clínica "Paciente con sospecha y diagnóstico de diabetes tipo 2 en atención primaria de junio de 2021" en el servicio de consulta externa de la IPS S, y se interpretaron los resultados a través de gráficos, producto de las recurrencias y tendencias de la información obtenida, permitiéndonos generar un concepto sobre la calidad de la guía, así como las recomendaciones a realizar para su optimización y mejoramiento.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

David Sackett, médico canadiense y pionero de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), define ésta como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual en la toma de decisiones sobre el cuidado de cada paciente, con el objetivo evaluar la calidad de la evidencia respecto de los riesgos y beneficios tanto de la aplicación de los distintos estudios complementarios en la valoración de un diagnóstico presuntivo como del tratamiento (Delgado-Noguera, 2015).

Las GPC como herramientas fundamentales basadas en la evidencia, se vienen utilizando a nivel mundial por muchos de los profesionales de la salud que desean impactar en las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las personas objeto de la consulta y por ende mostrar mejores resultados en salud, que repercutan en mayores expectativas y calidad de vida (Lazo-Gonzales & Santivañez-Pimentel, 2018).

Los instrumentos de medición de la calidad de las guías como AGREE, ADAPTE, GRADE entre otras, son muy utilizados y muestran unos grandes resultados en la seguridad del paciente y pertinencia en el proceso de atención de la población. Aunque los instrumentos no "valoran el impacto de la guía sobre los resultados del paciente" si da la ruta de valoración de la guía, que permite evidenciar la probabilidad de los logros de esta sobre los resultados que se esperan de las recomendaciones dadas en dichas guías (Consorcio AGREE, 2009). Es de resaltar que la metodología que puede ver más allá de la certeza de la evidencia es Agree, con esta metodología se puede evaluar la forma de ver la certeza de la misma, teniendo en cuenta las limitaciones y fortalezas del conjunto de evidencias, de manera transparente, clara y también se puede evidenciar si se describieron correctamente. (Flórez-Gómez & Montoya, 2021).

El ejercicio de evaluar de forma gradual y continua las guías adaptadas y en mayor proporción las propias diseñadas e implementadas por los prestadores de salud en Colombia, debe ser un ejercicio estandarizado, que permita más allá de verificar el estándar de procesos prioritarios dentro de la condición tecnológica y científica del sistema único de habilitación, la aplicabilidad consciente y rigurosa con compromiso ético de los profesionales de salud para que surtan los resultados esperados (Ministerio de Salud y Protección Social , 2010). Es claro que la ejecución de las guías no valora el resultado individual de los pacientes, pero sí es evidente que la aplicación seria y de rigor disminuye la variabilidad en la ejecución de las actividades de salud durante el proceso de atención que benefician a muchos de los pacientes, ya que al estar involucrados en un ejercicio sistemático y riguroso con adaptabilidad al cambio y con la utilización de la mayor evidencia disponible, la población usuaria del Sistema saldrá beneficiada (McMaster University, 2017).

Para la evaluación de la guía "Paciente con sospecha y diagnóstico de diabetes tipo 2 en atención primaria de junio de 2021" en el servicio de consulta externa de la IPS S. a través del instrumento AGREE II se identificó, revisó y analizó la calidad metodológica de dicha guía.

La guía fue evaluada de manera independiente por cuatro (4) personas con criterio metodológico y técnico. Posteriormente se consolidó la información de los cuatro evaluadores para obtener el resultado general de la guía.

Se consolidaron los resultados correspondientes a la evaluación de la guía respecto a los seis dominios: alcance y objetivo, participación de los implicados, rigor en la elaboración, claridad de la presentación, aplicabilidad e independencia editorial.

En el año 2012, en un trabajo realizado por estudiantes de la Universidad CES sobre "Evaluación de Guías de Práctica Clínica de la IPS UNIVERSITARIA para Consulta Externa Médica y Odontológica" se llegaron a conclusiones relevantes que podemos citar como parte del problema que hemos identificado en la IPS S de la ciudad de Medellín, estas guías fueron adaptadas y contextualizadas por estudiantes de medicina general (no certificados) y por médicos generales que estaban iniciando su especialidad. Esto deja claro por qué los dominios con más bajo puntaje fueron independencia editorial y rigor de la elaboración. También es claro que no hay suficientes elementos que demuestran que en Colombia se están utilizado las metodologías disponibles para evaluar con la metodología aprobada y seria las guías de práctica clínica (Jaramillo-González & Jaramillo-Ortiz, 2012).

Constantemente el mundo académico sigue produciendo muchos artículos basados en evidencia, estos siguen siendo muy valiosos para el personal médico que quiere estar a la vanguardia y actualizado. Actualmente contamos con dos bases de datos principales que producen información científica relevante. La base de datos Medline que pertenece a la Biblioteca Nacional Médica de Estados Unidos, que indexa a más de 5.500 revistas médicas desde 1966 y en la actualidad cuenta con más de 10 millones de referencias. La base de datos Embase cuenta con un mayor número de indexados de aproximadamente 8.400. Si sumamos los índices de las dos bases de datos ascienden a 13.900 indexaciones. Si queremos que hoy por hoy los facultativos se mantengan actualizados tendrían que leer 38 de esas indexaciones al día (Vicco & Rodeles-Antonelli, 2020).

En Colombia se prevé que muy pocos son los prestadores de servicios de salud que producen sus propias guías, debido a muchos factores, pero en especial al factor económico. No es un secreto que el diseño y formulación de las guías de práctica clínica demandan mucho tiempo y recursos económicos, que en muchos de los casos no pueden ser costeados por las instituciones prestadoras de servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social , 2010).

Teniendo como base todos los soportes antes mencionados y gracias a los hallazgos dentro de la IPS S evidenciados en el desarrollo de los distintos módulos en la especialización de Gerencia de la Calidad y Gestión Clínica, los cuales han permitido identificar tanto fortalezas como debilidades institucionales, como por ejemplo los evidenciados a través de la herramienta (matriz) Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas (DOFA), que muestra a pesar de ser una IPS con liderazgo regional en servicios de Atención Primaria en salud y contar además con espacios educativos de capacitación dentro y fuera de las jornadas laborales (con el fin de mejorar la eficiencia y atención de los protegidos), aún se logran detectar algunas problemáticas como la exhibida por la herramienta MAPA DE RIESGO, en donde es evidente de forma objetiva, el deterioro del proceso consulta externa, esto gracias a una clara insatisfacción de los pacientes y las familias con el talento humano y la institución manifestada en las distintas Peticiones, Quejas, Reclamo y Sugerencia (PQRS), la cual requiere ser mitigada como muy bien se delimitó en el instrumento PLANEADOR DE GESTION, donde se propone la medición de adherencias y una adecuada elaboración de guías de práctica clínica como estrategia fundamental, la cual inclusive según Programa Auditoría para el Mejoramiento para la Calidad (PAMEC) institucional tiene incluido.

Así las cosas, se quiere validar si en la IPS S de la ciudad de Medellín, un prestador que desarrolló sus propias guías lo ha realizado utilizado la metodología disponible, teniendo en cuenta los 23 ítems claves organizados en seis áreas, como son el alcance y objetivo, participación de los implicados, rigor en la elaboración, claridad y presentación, aplicabilidad e independencia editorial.

El desarrollo e implementación efectivo de las guías de práctica clínica, permite disminuir la variabilidad en las conductas médicas, mejorando la calidad de la atención en salud y disminuyendo la aparición de nuevos eventos adversos. Conocer la calidad de las guías de práctica clínica, usadas en las instituciones de salud de nuestro país y específicamente de la IPS S, permitirá reconocer indirectamente la calidad de la atención que se brindan a los usuarios. Es importante que, dentro de la evaluación, se identifique no solo el contenido de la guía sino además su grado de implementación, puesto que son los profesionales de salud quienes la llevan a la práctica en su día a día, lo que finalmente se ve reflejado en los resultados en salud de la población atendida (Peñaloza, 2014).

La IPS S cuenta con varias sedes a nivel nacional, en las que se brindan servicios de Medicina General, Medicina Especializada, Odontología, Enfermería, Promoción y Prevención y Laboratorio Clínico. Sus servicios se prestan a pacientes tanto del régimen subsidiado como contributivo; al ser un aliado estratégico de una de las EPS

más importante de nuestro país, es de vital importancia el desarrollo de guías de práctica clínica, la implementación y adherencia a estas, para asegurar la prestación de servicios de salud con calidad, enfocados en la sostenibilidad del sistema de salud.

El uso de herramientas avaladas internacionalmente, como el instrumento AGREE II, permite evaluar la calidad de estas guías, realizar recomendaciones en cuanto a las intervenciones realizadas, así como su actualización, implementación y seguimiento a la adherencia (AGREE, 2001).

El médico general o especialista de la IPS debe tener claro que los usuarios no son una copia exacta de aquellos reportados en un trabajo de investigación estudiado. El médico no se debe basar solo en una investigación, debe en lo posible revisar todas las evidencias disponibles, las últimas actualizaciones, la tecnología pertinente que pueda ayudar al tratamiento diagnóstico del evento en salud que padece su paciente. La evidencia disponible deja claro que un paciente puede padecer diabetes tipo 2 y tener otras comorbilidades, ser un adolescente o quizás un adulto mayor. Por eso evaluar la calidad de las guías de práctica clínica se vuelve imperante, buscando así la aplicabilidad coherente y con costo beneficio centrados en la población objeto de atender.

### Pregunta de investigación

¿La Guía de Práctica Clínica de la IPS S "Paciente con sospecha y diagnóstico de diabetes tipo 2 en atención primaria de junio de 2021 "fue elaborada con base en las características metodológicas sugeridas por el instrumento AGREE?

## 3. JUSTIFICACIÓN

Las guías de práctica clínica son ampliamente usadas en las distintas profesiones de la atención en salud, como medicina, odontología, enfermería, etc., como parte de las estrategias disponibles para poner en práctica la medicina basada en la evidencia. Las recomendaciones emitidas en estas, orientan al abordaje, tratamiento y seguimiento de diferentes patologías y eventos de importancia en el proceso de atención en salud (Siering, y otros, 2013).

Las recomendaciones formuladas en las guías de práctica clínica son elaboradas con base en revisiones sistemáticas de la literatura médica actualizada, en búsqueda de los mejores resultados en salud, permitiendo adoptar conductas óptimas que permitan brindar atención de calidad buscando, además, medidas costo efectivas. Los costos en la prestación de los servicios de salud son cada vez más elevados, por eso las GPC se enfocan en la pertinencia y uso adecuado de las tecnologías

disponibles para el diagnóstico y tratamiento, aportando un gran beneficio en la salud de la población. Es de suma importancia reconocer que el detrimento de la salud está asociado además del envejecimiento poblacional, al uso inadecuado de nuevas tecnologías y/o desconocimiento de aquellas nuevas opciones para tratamiento de las distintas patologías. Esto implica la necesidad de una oportuna actualización para las guías de práctica clínica que orientan el actuar de los profesionales de salud (Medina, 2012).

A pesar de todas sus beneficios en la atención médica diaria, las guías de práctica clínica tienen igualmente detractores, pues hay quienes opinan que no permiten individualizar el paciente (Alva-Diaz & García-Mostajo, 2017); sin embargo, el objetivo de estas guías es orientar a los profesionales de salud, para optimizar su desempeño, sin reemplazar el criterio médico; por el contrario permiten poner al alcance la mejor evidencia posible para tomar decisiones en las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de toda la población.

Tanto la implementación como el diseño y construcción de las guías de práctica clínica tienen igual relevancia, puesto que de acuerdo con el rigor metodológico con las que fueron elaboradas, cumplirán o no su objetivo posteriormente al ser difundidas, ayudando a asegurar mejores resultados en los indicadores de salud; de esta forma, los profesionales lograrán adoptar guías de buena calidad, permitiendo una adecuada adherencia a las mismas (Siering, y otros, 2013).

Es relevante mencionar que, en el desarrollo de las guías de práctica clínica, pueden involucrarse diferentes intereses, por lo que se deben tener presentes los lineamientos éticos y mantener los resultados en salud como el principal objetivo de su desarrollo (Ministerio de Salud y Protección Social , 2010).

El conocer la estructura de las guías de práctica clínica, en cuanto a su construcción metodológica, permite identificar la necesidad de realizar actualizaciones con el objetivo de que estas nos permiten poner en práctica nuevas estrategias en la institución, el seguimiento a la adherencia, así como recomendaciones que pueden servir como modelo a otras instituciones de similares características (Ministerio de Salud y Protección Social , 2010).

En este trabajo se pretende analizar la guía de práctica clínica de una patología frecuente y de alto impacto para la atención y costo del sistema de salud, siendo esta la Diabetes Mellitus II. En nuestro país, muchas instituciones enfocan su práctica clínica, basadas en las guías desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social o en adaptaciones de estas. Con respecto a la guía enfocada en el diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus II en mayores de 18 años; la última actualizada por

el Ministerio de salud corresponde a la elaborada hace más de 5 años (Ministerio de Salud y Protección Social , 2016). La institución seleccionada para evaluar la guía de práctica clínica basa su atención en la guía desarrollada para esta patología, constituida en el año 2021, siendo esta reciente, por lo que toma importancia evaluar la metodología de la guía de práctica clínica de dicha patología para definir la calidad de la herramienta usada para la atención en el servicio de consulta externa de la IPS S. a través del instrumento AGREE.

Aunque no se cuenta con Carta Aval de la IPS objeto de estudio, dado que se aportan datos, pero se solicita realizar el estudio de manera incógnita, se considera relevante realizar la evaluación de las guías de práctica clínica y dar solución al problema planteado, de igual forma se pueden hacer evaluaciones sistemáticas de calidad de guías de práctica clínica en cualquier institución del territorio.

# 4. OBJETIVOS

## 4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad metodológica de la Guía de Práctica Clínica "Paciente con sospecha y diagnóstico de diabetes tipo 2 en atención primaria de junio de 2021" en el servicio de consulta externa de la IPS S. a través del instrumento AGREE II.

# 5. MARCO REFERENCIAL

## 5.1 MARCO TEÓRICO

**Medicina Basada en la Evidencia**

Es mucha la documentación que existen en diferentes bases de datos que abordan el tema de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), las actualizaciones y las recomendaciones en torno al tema están a la orden del día. La definición de la MBE no es una regla estándar que tenga que ser aceptada por el galeno sin revisión. Dentro de este documento de investigación la MBE se define como el uso consciente

de resultados de investigación para tomar decisiones en los diferentes contextos clínicos que ayudan a los facultativos y demás personal de la salud a disminuir la variabilidad diagnostica y terapéutica en el proceso de atención (Feghali-Restrepo & Estrada-Mesa, 2020)

La MBE les frece a los profesionales de salud, en especial a los responsables del diagnóstico, una gran oportunidad en la actualización permanente de sus conocimientos, permitiendo así reducir el margen de incertidumbre y errores que acompaña al médico en el proceso de la práctica clínica en relación con la atención a la salud del paciente. Es claro que estas metodologías no deben considerarlas una caja fuerte con la verdad absoluta, al contrario, se debe considerar como un complemento en la ejecución del proceso de atención que le permita al médico diagnosticar con precisión, dejando a un lado solo la experiencia, ya que el enfoque riguroso y aplicación del método científico desvirtúa y sitúa a la MBE en el lugar de precisión integrando la competencia clínica individual (adquirida por años y comprobada) pero con la mejor evidencia científica disponible a partir de la investigación sistemática (Rodríguez-Perón, 2019).

La MBE definitivamente le permite al galeno estar actualizado, estar a tono en la vanguardia de los tiempos en la era del conocimiento. Los médicos duran en los ambientes de aprendizaje alrededor de 5 años, después se van a su internado un año, en donde están casi todo el tiempo con el paciente. Después de 7 años de estudio se certifican (ya son médicos titulados), pero la realidad es que la memoria sobre lo que aprendió en la Universidad se pierde parcialmente y además van apareciendo nuevos métodos de diagnósticos, tratamiento y paliación que los pueden dejar en desventaja si no asumen con responsabilidad la MBE (Rodríguez-Perón, 2019).

Otro aspecto importante que se resalta en la aplicación de la MBE es que ayuda a ahorrar tiempo, sí, por ejemplo, la cantidad de publicaciones científicas es alta y muy densa; para un médico que quiera mantenerse actualizado le resulta difícil no solo leer sino estudiar y reflexionar a la luz de lo que encuentra según sus preguntas, deseos o necesidades que va encontrado en la consulta (los médicos se deben cuestionar durante el proceso de atención del paciente). Le resulta complicado al galeno estudiar (no solo es leer) toda la información documentada (libros, revistas, tesis y otros) que se van publicando en bases de datos confiables. así que resulta muy difícil leer todas las revistas científicas de una especialidad. Por eso con entrenamiento y rigurosidad mitológica las bases de datos como Google Scholar, PubMed, Embase se convierten en herramientas poderosas con el objetivo de que los médicos puedan

encontrar la mejor evidencia científica disponible, que les permita tomar las mejores decisiones que beneficien a toda la población objeto de atención (Feghali-Restrepo & Estrada-Mesa, 2020).

Por último, otro aspecto relevante de mencionar como ventaja de la MBE es lo detallado de los resultados de los diferentes tratamientos aplicados al ejecutar el conocimiento científico médico disponible, originados por la investigación, así que pueden a lo sumo salvar vidas mejorar la calidad de vida de la población obteniendo así mejores resultados en la evolución de cada uno de los pacientes (Antonelli, 2020).

**Guías de Práctica Clínica**

Las GPC son una herramienta poderosa que al usarlas racionalmente por los médicos se vuelven un instrumento importantísimo en la implementación del proceso de atención y ciclo de salud-enfermedad, en donde debe predominar la prevención de la enfermedad. Estas guías contienen recomendaciones desarrolladas de forma sistemática y basadas en la mejor evidencia científica y facilita la toma de decisiones sobre la asistencia de la población objeto (Manterola, 2019).

Se vuelve indispensable en el S XXI que todos los médicos usen las GPC elaboradas con altos estándares de calidad (Metodología AGREE), sobre todo cuando existe una gran variabilidad de conductas en la práctica clínica., dicha práctica es un acto que se ha vuelto rutinario y además lleva implícito una variabilidad no sólo relacionada con el paciente que está siendo atendido, sino también por los profesionales dentro del Sistema de Salud en Colombia. Por eso es muy frecuente que los médicos dentro de la IPS diagnostiquen y traten a un paciente de similares condiciones de forma diferente, o incluso al mismo individuo si éste consulta una "segunda opinión" (Manterola, 2019).

Es importante resaltar que dentro del proceso de atención los pacientes pueden ser distintos según sus componentes biológicos, exposiciones ambientales y estilos de vida y además tener una misma enfermedad con manifestaciones clínicas diferentes. Es aquí donde entran en juego con la mejor evidencia científica las GPC, ya que estas se vienen desarrollando a partir de la práctica clínica basada en la evidencia y que ayudan a los diagnosticadores a establecer ciertos lineamientos que les serán útiles en la toma de la decisión para mejorar la calidad de vida de la población y así la variabilidad deja de ser un problema para los médicos y por ende para las instituciones de salud (Manterola, 2019).

**Seguridad del Paciente**

Han pasado un poco más de 22 años desde que se publicó el estudio del Instituto de Medicina de los Estados Unidos "Errar es humano", en donde es evidente la alta prevalencia de daños no intencionales ocasionados por la atención en salud. Este reporte escamo al mundo de la salud, cifras como 100.000 pacientes murtos por causa u ocasión de un evento adverso y no por la patología de base dice mucho, y ese mucho ha llevado a la ciencia a preguntarse qué más hacer por el paciente, por la población objeto. No es solo cuestión de estrategias simples, es cuestión de profundizar en los actos médicos, en los resultados médicos, en proceso y estadística que permita a los Sistemas y a las instituciones proteger con coherencia y racionalidad a los pacientes y sus familias (Feghali-Restrepo & Estrada-Mesa, 2020).

En cualquier institución de salud donde este involucrado un usuario del Sistema de Salud se pueden presentar eventos adversos (daño no intencional). Así que el registro y gestión del dato se convierte en un indicador significativo, que como resultado evidencia si la atención se ha desarrollado con estándares de calidad (básicos o superiores). El cambio constante de las condiciones de salud-enfermedad del paciente, puede ser una respuesta al por qué todavía se siguen presentado altos índices de eventos adversos, y es que no solo se debe valorar la infraestructura (piso mojado sin señalización) o dotación (barandas de camillas en mal estado); sino que es fundamental valorar el entrenamiento y adherencia del talento humano a los procesos institucionales y normativos que permitan disminuir la variabilidad y ayude al médico en la toma efectiva de las decisiones en la conducta según las condiciones del paciente (Gaitán-Duarte, 2022).

Por eso una de las herramientas y que deben ser usadas por las instituciones de salud es el diseño e implementación de los GPC, pero que no solo se queden en el papel, sino que les permitan a los médicos usar con pertinencia y seguridad bajo riguridad científica. Cuando se siguen con responsabilidad los avances científicos para diseñar una GPC seguro impacta en la seguridad del paciente y disminuye los eventos adversos ocasionados por la mala práctica del galeno o por la desactualización del conocimiento científico probado. Entonces es claro que implementar metodologías existentes y comunes en relación con el análisis y la gestión de riesgos, incluidos estos dentro del domino 5 de la metodología AGRRE y que deben ser tenidos en cuenta en al diseño de las GPC, así las cosas, estos tienen una relación directa con la disminución de los eventos adversos dentro de proceso de atención y los servicios de salud prestados por las diferentes instituciones y profesionales (Gaitán-Duarte, 2022).

**Calidad en la Atención**

La aplicación del modelo de Sistema dentro del sector salud ha sido un gran avance si a la hora de valorar el Sistema queremos, ha sido tan importante que con el Decreto 1011 de 2006 (compilado en el Decreto 780 de 2016) se ha facilitado el diseño, implementación y desarrollo de los diferentes componentes y estándares aplicables a cada uno de los servicios. La puerta de entrada al Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad (SOGC) se da con el Sistema Único de Habilitación (SUH) que desarrolla todos los requisitos mínimos que debe cumplir el prestador para poder ofertar y prestar servicios de salud. El Sistema Único de Acreditación (SUA) estructurado para que las instituciones de salud puedan superar los estándares mínimos y así lograr cumplir con las expectativas de los usuarios y pacientes. El Sistema de Información para la Calidad (SIC) un componente fundamental y trasversal que le permite a los prestadores medirse desde adentro y desde la externalidad con el objetivo de ofrecer mejores condiciones de calidad en la prestación de los servicios de salud. Y por último tenemos el PAMEC, este programa es fundamental para trascender y se convierte en un puente para pasar de SUH a SUA (Meneses, 2020).

El desarrollo de todos los componentes articulados e introyectados por la alta gerencia hasta cada uno de los colaboradores permite que los servicios de salud se puedan prestar con mejores condiciones no solo desde lo estructural (paredes) sino desde lo humano y científico. Cuando se siguen lineamientos obligatorios y voluntarios, las instituciones maduran hacia el ciclo de autorregulación institucional que les permite a todos los colaboradores trabajar en pro de las necesidades y satisfacción de los usuarios y pacientes.

A nivel global se han diseñado gracias a la investigación metodológica, estrategias para evaluar la calidad en cuanto al desarrollo de guías de práctica clínica (GPC) que van encaminados al ejercicio de la medicina basada en la evidencia, permitiendo a su vez que se obtengan instrumentos como Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE II) con alto grado de validez, esto acorde a los resultados de distintas revisiones sistemáticas (Siering, y otros, 2013), se revisan referencias obteniendo así de forma eficaz una medición objetiva en referente al grado de calidad de las mismas. Algunos países latinoamericanos como Chile y Perú incluso han utilizado dicho instrumento para valorar cada una de las GPC en uso de la práctica médica obteniendo resultados desfavorables lo que ha obligado a las naciones a replantear el método por el cual se elaboran los distintos documentos con la necesidad inclusive de generar nuevas GPC actualizadas y diseñadas bajo el derrotero indicado en AGREE II (Rodríguez, Pineda, & Rozas, 2016) (Perez-Gómez, 2016) por consiguiente podemos afirmar que al momento de evaluar la calidad de la guías

colombianas de patologías prevalentes como la Diabetes Mellitus tipo 2 debemos ceñirnos al estándar internacional que nos muestra que la mayoría de GPC en la temática cuentan con alto grado de calidad (86%) y fueron recomendados para su uso (Anwer & Alghadir, 2018), posterior al análisis a través del instrumento en mención en revisiones sistemáticas que incluyeron GPC alrededor del mundo (Meneses, 2020).

En el mundo, al igual que en nuestro país; contamos con diversas guías de práctica clínica para orientar el actuar del personal de salud. El uso adecuado de las guías de práctica clínica tiene un gran impacto en el proceso de atención de los pacientes; permitiendo tomar decisiones orientadas a lograr la mayor eficiencia en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, desde el punto de vista, no sólo clínico, sino también económico, de calidad de la atención e incluso que impacte positivamente en la educación y empoderamiento de los usuarios (Gaitán-Duarte, 2022).

Es importante mencionar, que la calidad de las guías de práctica clínica no es el único aspecto relevante; pues la adherencia a estas y su aplicación en la práctica clínica, son factores que aseguran el éxito de los procesos de salud (Clark & Scadding, 2017).

En nuestro país, la existencia de las guías de práctica clínica, responden a la necesidad de garantizar la calidad de la prestación de servicios de salud, así como la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el SOGC.

Según cifras de julio de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), 3 de cada 100 colombianos tiene Diabetes Mellitus, aunque se estima que el número real es mayor y que existe un sub-reporte de la patología. La diabetes es una de las principales causas de mortalidad en las personas entre 30 y 70 años (Ministerio de Salud y Protección Social , 2020).

La guía actual del MSPS para la atención de diabetes Mellitus data del año 2016, en contraparte con la guía de la IPS S la cual inició su aplicación en el año 2021. La evaluación de una guía de diabetes más reciente nos permite ahondar en las novedades existentes para el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 en el contexto nacional.

## 5.2 MARCO CONCEPTUAL

Como parte del trabajo – propuesta y según el desarrollo contextualizado durante toda la trazabilidad en su estructura y fondo, se han establecido cinco conceptos que son fundamentales durante el coro del trabajo realizado:

**Aseguramiento de la calidad:** Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas implementadas dentro del sistema de calidad en salud, para proporcionar la confianza necesaria que asegure que una entidad cumplirá los requisitos de calidad en la prestación de los servicios de salud (Organización Internacional de Normalización, 2015).

**Análisis situacional interno:** Técnica para evaluar procesos, políticas y procedimientos al interior de una institución (Universidad Nacional de Colombia, 2016).

**Continuidad:** Grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades relacionadas con la prestación de los servicios y basadas en el conocimiento científico (Ministerio de Salud y Protección Social , 2016).

**Medicina basada en evidencia:** Estrategia para superar la práctica médica basada en la intuición, la racionalidad fisiopatológica o la experiencia clínica no sistematizada, integrando la experiencia y habilidad clínica con la mejor evidencia externa disponible (Junquera & Baladrón, 2003).

**Guía de práctica clínica:** "son recomendaciones elaboradas sistemáticamente para ayudar a la toma de decisiones entre profesionales de la salud y pacientes, respecto a los cuidados en salud en circunstancias clínicas específicas" (Consorcio AGREE, 2009).

**Indicador:** Representación establecida mediante la relación entre dos o más variables, a partir de la cual se registra, procesa y presenta información relevante con el objetivo de medir el avance o dificultades en el logro de un determinado objetivo en un periodo de tiempo determinado (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2015).

**Toma de decisiones:** función de la gerencia que se manifiesta en todos los aspectos de la gerencia, que se realiza bajo un análisis de los riesgos y beneficios de manera cuidadosa (Solano, 2020).

## 5.3 MARCO INSTITUCIONAL

El 31 de enero de 1990 se creó la IPS S, en 1995 comenzó su participación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, a raíz del surgimiento de la Ley 100 de 1993.

La IPS S cuenta con varias sedes a nivel nacional, en las que se brindan servicios de Medicina General, Medicina Especializada, Odontología, Enfermería, Promoción y Prevención y Laboratorio Clínico. Sus servicios se prestan a pacientes tanto del régimen subsidiado como contributivo.

La IPS S cuenta con más de 32 años de conocimiento y experiencia en modelos integrales para la prevención de la enfermedad y recuperación de la salud de la población afiliada. Se caracteriza por tener un modelo que facilita a los usuarios el acceso a cualquier unidad de atención, según sean sus preferencias y posibilidades de ubicación, es decir asistir a unidades próximas a su lugar de trabajo, vivienda o ambas.

La IPS S es una institución prestadora de servicios de salud de mediana complejidad, cuyo enfoque es la prevención y control de riesgos de salud mediante la aplicación de modelos de atención primaria. Cuenta con talento humano idóneo, procesos humanizados y seguros que se respaldan de tecnología para impactar el bienestar de los pacientes de manera positiva; así mismo busca el bienestar de los colaboradores con responsabilidad social empresarial.

La institución también cuenta con un de Código de Buen Gobierno, establecido por medio de una en donde se establecen recomendaciones en materia de buen gobierno y de buena conducta empresarial, que deberán verse reflejadas en el Código de Conducta y de Buen Gobierno, y que regulan asuntos tales como: Máximo Órgano Social, Órganos de Administración, Órganos de Control, Grupos de Interés, Revelación de Información y Pautas de Conducta (IPS Anónima, 2021).

## 5.4. MARCO CONTEXTUAL

La IPS S interviene en los regímenes subsidiado y contributivo, se exceptúa el régimen especial, atendiendo población en general clasificada en estratos del 1 al 6. Las patologías diagnosticadas con más frecuencia son Hipertensión arterial, Infección urinaria, infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda. Ofrece servicios

integrales de salud entre los que se encuentran: promoción y prevención, diagnóstico y tratamiento específico, contando con atención en Medicina general y especializada como Medicina Interna, Ginecobstetricia, Pediatría, Cirugía General, Dermatología, Medicina Familiar y Endocrinología; los servicios son prestados a usuarios a la IPS S, así como a pacientes particulares. La IPS además cuenta con servicio de laboratorio clínico e imagenología de baja y mediana complejidad (IPS Anónima, 2021).

En el año 2021 los pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes en IPS S de 18 a 69 años ascienden a 24.308 casos en enero, llegando a unos 30.358 casos a diciembre de 2021, con un porcentaje de Prevalencia de 3,84 por cada 100 afiliados. Es claro que los casos La IPS S a diciembre de 2021 contaba con 4,445,100 afiliados, de estos 1.649.519 afiliados se concentran en la ciudad de Medellín (Antioquia), que representan el 37% de la población afiliada (IPS Anónima, 2021). Medellín cuenta con 65 unidades básicas en donde se debe resolver el 80% o 90% de los eventos o situaciones de salud enfermedad, cada Unidad Básica de Atención debe propender por aportar al proceso de promoción de salud y prevención de la enfermedad con efectividad, de alrededor de más de 25.000 usuarios asignados aumentan de manera significativa (IPS Anónima, 2021).

El prestador, dándole importancia al aumento significativo de pacientes con esta enfermedad, enfoca el modelo de atención que contiene elementos estratégicos y operativos que permiten garantizar a los individuos y a la población objeto de su intervención procesos asistenciales continuos que generan bienestar o completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2021).

La estrategia que desarrolla la IPS S se enmarca en la gestión de tendencias y riesgos, la cual pretende agregar valor a los afiliados en cada uno de sus ciclos vitales. Por eso es fundamental el hilo conductor en las acciones en el ciclo de gestión integral de los riesgos en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

La IPS S ejecuta el modelo de atención bajo cinco acciones, las cuales son:

1. Identificación: Tamización y diagnóstico Herramienta: sistema de marcación.
2. Clasificación: Nivel de riesgo Estratificación de la enfermedad Score de riesgo individual.
3. Intervención: Modelos de atención para la captación, gestión y educación articulados con los diferentes niveles y elementos de atención (RIAS).
4. Monitoreo: Seguimiento y medición de indicadores.

5. Evaluación: Medición de impacto en salud, experiencia del cliente y de sostenibilidad financiera.

Es claro que, mediante el mecanismo de pago capitado, de una u otra manera el asegurador traslada riesgo a la IPS S, y esta debe responder con actividades que impacten en la salud de la población asignada.

El Sistema Único de Habilitación (SUH) que debe implementar la IPS S como puerta de entrada al sistema de calidad para prestar servicios de salud, debe cumplir con la condición tecnológica y científica, la cual contiene siete estándares de obligatorio cumplimiento. Dentro de ellos los prestadores deben cumplir con el de procesos prioritarios, estándar fundamental que se cimienta en las acciones que se deben ejecutar en un tiempo definido y con un fin específico. Estas acciones pueden ser asistenciales y administrativas para abordar o tratar una condición de salud o realizar un diagnóstico. Todo esto le da soporte a los documentos informativos que incluye recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado del paciente, con base en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los beneficios y daños de distintas opciones en la atención. Todo esto es requerido con el objetivo de ejecutar actividades planificadas, interrelacionadas o que interactúan entre sí de forma secuencial, las cuales transforman elementos de entrada en resultados, que deben repercutir en la calidad de vida de la población atendida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

La mayoría de los documentos disponibles que pueden servir de referencia documental para soportar la propuesta del trabajo de grado son de más de cinco años, y para poder confiar y darle fiabilidad a la investigación se ha escogido bibliografía de cinco años o menos que esté relacionada con el tema de la propuesta.

La EPS S haciendo uso de la estrategia de verticalidad, se ha integrado como asegurador con el prestador de servicios de salud, cuenta actualmente con 3.476.154 afiliados. La totalidad de los afiliados de la EPS los atiende el prestador, que presta sus servicios a las EPS S; el 3.30% contaban con marca confirmada para Diabetes Mellitus. De los más de tres millones de afiliados a la EPS S, 30.621 corresponden a usuarios con diagnóstico de Diabetes Mellitus, usuarios de IPS S, siendo el 1% de la población total de la EPS y el 27% de la población diabética de esta (IPS Anónima, 2021). Teniendo en cuenta los altos costos que representa para los aseguradores, el tratamiento adecuado de una patología crónica con múltiples complicaciones como lo es la Diabetes Mellitus se hace imperativo conocer la calidad de la guía de práctica clínica que orienta el actuar de los profesionales de salud con respecto a esta, para asegurar

la adecuada atención desde el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de este grupo de pacientes.

## 5.5. MARCO LEGAL

La normativa vigente con aplicaciones específicas tiene gran relevancia en la realización del presente trabajo de grado, teniendo en cuenta la ley marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud se han realizado recopilaciones de normas que impactan directa e indirectamente la evaluación de la calidad metodológica de la Guía de Práctica Clínica "Paciente con sospecha y diagnóstico de diabetes tipo 2 en atención primaria de junio de 2021" en el servicio de consulta externa de la IPS S. a través del instrumento AGREE II.

*Tabla 1. Normograma*

| NORMA | MARCO GENERAL | ARTÍCULOS QUE SE UTILIZARÁN O SEÑALADAS TEXTUALMENTE O PARAFRASEADOS |
|---|---|---|
| Ley 100 de 1993 | Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. | Título I- Capítulo I - Artículos 152, 153, 156: Objetos, Fundamentos y Características del Sistema General de Seguridad Social en Salud.<br><br>Título I - Capítulo I - Artículo 155. Integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Organismos de Dirección, Vigilancia y Control. Organismos de Administración y Financiación. Prestadoras de servicios de salud, públicas, mixtas o privadas.<br><br>Título I - Capítulo II - Artículo 157: Tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.<br><br>Título II - Capítulo II - Artículo 185: De las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.<br>Título II - Capítulo II - Artículo 186: Del Sistema de Acreditación. |

| | | |
|---|---|---|
| | | Título II - Capítulo II - Artículo 188: Garantía de Atención a los Usuarios. "Las Instituciones Prestadoras de Servicios no podrán discriminar en su atención a los usuarios".<br><br>Título III - Capítulo IV - Artículos 198 y 199: Información a los usuarios por parte de las EPS e IPS.<br>Título IV - Artículo 227: Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud. (Congreso de la república de Colombia, 1993). |
| Ley 1122 de 2007 | Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. | Título I. Disposiciones generales. Artículos 1, 2, 3, 4, 5.<br><br>Capítulo V. Instituto de Evaluación tecnológica en Salud. Artículos 92, 93, 94, 95, 96. (Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.-b) |
| Resolución 3100 de 2019 | Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores<br>de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de<br>Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud | Anexo técnico<br>manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud<br>Punto 11.1: "Estándares y criterios aplicables a todos los servicios"<br>Estándar 11.1.5: Estándar de procesos prioritarios. |
| Decreto 780 de 2016 (actualizado a 8 de agosto de 2022) | Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y | Libro 2<br>Titulo 2. Aseguradores<br>Capítulo 3.<br>Autorización de funcionamiento y habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud.<br>Artículo 2.5.2.4.2.6. Capacidad técnico-administrativa.<br>Numeral 4. aplicación de las Guías de Atención Integral. |

| | | |
|---|---|---|
| | Protección Social | Artículo 2.5.3.4.2.2 Contenido mínimo de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud.<br>Numeral 9 El listado de guías de práctica clínica y protocolos de atención. |

Fuente: Elaboración de los autores

## 6. METODOLOGÍA

Se realiza un estudio de caso, de tipo cualitativo. Un estudio de caso es una investigación detallada de un tema específico. Los estudios de casos se utilizan habitualmente en la investigación social, educativa, clínica y empresarial (Carazo-Martínez, 2016). El diseño de la investigación de un estudio de caso suele incluir métodos cualitativos, pero a veces también se utilizan métodos cuantitativos. Los estudios de casos sirven para describir, comparar, evaluar y comprender diferentes aspectos de un problema de investigación (Carazo-Martínez, 2016).

Los investigadores previo al estudio de caso han utilizado métodos tanto cualitativos como cuantitativos que les permiten hacer un análisis situacional interno y externo de la IPS S, haciendo uso de herramientas como lo son la DOFA, MAPA DE RIESGO y PLANEADOR DE GESTION con el fin de comprender e identificar la problemática a evaluar.

"La principal finalidad al emprender un estudio de caso es investigar la particularidad, la unicidad del caso singular" (Simons, 2011, pág. 20). Esto envuelve una gran responsabilidad en manos de los autores, pero que toma gran relevancia cuando se toma en cuenta el instrumento Agree II de mayo de 2009, se seguirán los siguientes pasos con el objetivo de evaluar la guía de práctica Clínica "Paciente con sospecha y diagnóstico de diabetes tipo 2 en atención primaria" (Ministerio de Salud y Protección Social , 2015).

Los evaluadores leen cuidadosamente las instrucciones para el uso del Agree II antes de aplicar la herramienta. Además, identifican toda la información acerca del desarrollo de la guía previamente a la evaluación metodológica.

Es responsabilidad del evaluador revisar la guía en su totalidad y los materiales que la acompañan para garantizar una evaluación justa.

## Aspectos generales de la puntuación

Los evaluadores del AGREE II toman en cuenta la escala de 7 puntos (Consorcio AGREE, 2009), así:

Puntuación 1 (Muy en desacuerdo): debe darse si no hay información relevante al ítem del AGREE II o si el concepto se presenta de forma muy vaga.

Puntuación 7 (Muy de acuerdo): debe darse si la calidad de la información es excepcional y cuando todos los criterios y consideraciones definidos en el Manual del Usuario se han alcanzado por completo.

Puntuación entre 2 y 6: se asigna cuando la información respecto al ítem del AGREE II no cumple por completo con todos los criterios o consideraciones.

La puntuación se asignará dependiendo del grado de cumplimiento o calidad de la información. La puntuación aumenta en la medida en que se cumplan más criterios y se abordan más consideraciones.

Los criterios identifican elementos explícitos que reflejan la definición operativa del ítem. Cuantos más criterios se cumplan, mayor será la puntuación que la guía recibirá en ese ítem. Las consideraciones tienen por objeto ayudar a una evaluación informada. Como en cualquier evaluación, se requiere que los evaluadores hagan un juicio. Cuantas más consideraciones hayan sido tenidas en cuenta, mayor será la puntuación que reciba la guía en ese ítem.

Se requiere un nivel de juicio a la hora de aplicar los puntos. Los criterios y consideraciones sirven de orientación, y no para reemplazar estos juicios. Por tanto, ninguno de los ítems del AGREE II aporta expectativas explícitas para cada uno de los 7 puntos de la escala.

Es importante resaltar que la puntuación del AGREE II de los seis dominios son independientes y no deben ser agregadas en una única puntuación de calidad.

Las puntuaciones de los dominios se calculan sumando todos los puntos de los ítems individuales del dominio y estandarizando el total, como un porcentaje sobre la máxima puntuación posible para ese dominio.

**Puntuación de dominios**

A continuación, se describen los seis pasos que se desarrolla en el trabajo de investigación:

**Paso 1**

Evaluar dominio 1. Alcance y Objetivo: alude al propósito general de la guía, a los aspectos de salud específicos y a la población diana (ítems 1-3).

**Paso 2**

Evaluar dominio 2. Participación de los implicados: se refiere al grado en el que la guía ha sido elaborada por los implicados o interesados y representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada (ítems 4-6).

**Paso 3**

Evaluar dominio 3. Rigor en la elaboración: hace referencia al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas (ítems 7-14).

**Paso 4**

Evaluar dominio 4. Claridad de la presentación: tiene que ver con el lenguaje, la estructura y el formato de la guía (ítems 15-17).

**Paso 5**

Evaluar dominio 5. Aplicabilidad: hace referencia a las posibles barreras y factores facilitadores para su implantación, las estrategias para mejorar su adopción y las implicaciones de la aplicación de la guía en los recursos (ítems 18-21).

**Paso 6**

Evaluar dominio 6. Independencia editorial: tiene que ver con que la formulación de las recomendaciones esté sesgada por conflictos de intereses (ítems 22-23).

### Interpretación

Agree II no ha establecido puntuaciones mínimas o patrones de puntuación entre dominios que diferencien entre guías de alta y baja calidad. Estas decisiones deben hacerse por el usuario y guiadas por el contexto en el cual se utilice el AGREE II.

### Evaluación global

Tras completar los 23 ítems, los usuarios del AGREE II deben realizar dos evaluaciones globales de la guía. Esta evaluación global requiere del usuario un juicio sobre la calidad de la guía, teniendo en cuenta los criterios considerados en el proceso de evaluación. También se pregunta al usuario sobre si recomendaría el uso de la guía.

## 7. RESULTADOS

De los análisis a la guía de práctica clínica "Paciente con sospecha y diagnóstico de diabetes tipo 2 en atención primaria de junio de 2021", usando como instrumento de evaluación el método AGREE II, en el servicio de consulta externa de la IPS S de Medellín, se pudo obtener que en términos generales buena valoración en cada uno de los dominios que exige la metodología, situación que se confirma en el Alcance y Objetivo y Claridad de la presentación.

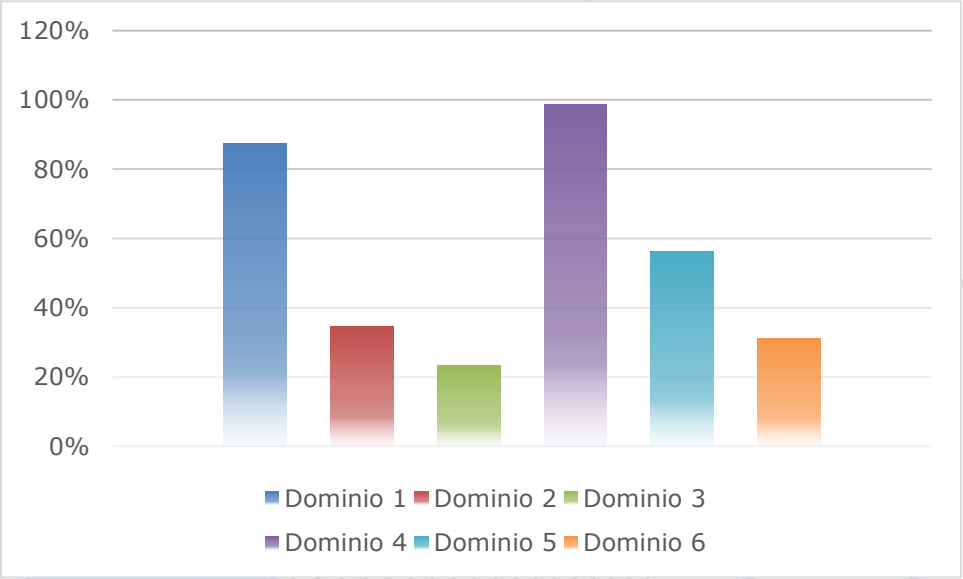
Sin embargo, existen otros dominios de mucha importancia como el dominio Aplicabilidad, Participación de los implicados, Independencia editorial y Rigor en la elaboración que no se comporta de forma regular, y que exige una intervención para su fortalecimiento.

A continuación, se presenta de manera detallada la evaluación, con su respectiva puntuación, de acuerdo con los criterios estandarizados de la metodología, los cuales impactan en trazabilidad del proceso de atención en salud, desde la promoción, prevención y diagnóstico hasta el tratamiento, rehabilitación y paliación. Ver Figura 1.

Los dominios con menor puntuación en la evaluación de la guía fueron: Rigor de la elaboración (23%), puesto que los criterios para seleccionar la evidencia no se describen con claridad y no se encuentran elaborados de forma que denote una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y la evidencia en las que se basan. Independencia editorial (31%), debido a que no evidenciamos una declaración explícita de los puntos de vista o intereses de los financiadores y su

influencia en las recomendaciones finales, además no es visible la existencia o no de los conflictos de intereses entre los miembros que generaron la guía. En tercer lugar, el dominio participación de los implicados (35%) puesto que no fueron incluidos grupos multidisciplinarios para la elaboración de la guía acorde a las recomendaciones de AGREE II que permitan involucrar otras áreas del conocimiento en salud. Ver figura 1.

*Figura 1. Evaluación de la Guía de Práctica Clínica*




*Fuente: Evaluación de Expertos*

Al revisar la evaluación de la calidad global de la Guía de Práctica Clínica "Paciente con sospecha y diagnóstico de diabetes tipo 2 en atención primaria de junio de 2021" se puede observar que predomina la calidad global asignada como valor 5, la cual corresponde a la posibilidad de recomendar la guía para su uso, pero bajo ciertas sugerencias como la inclusión de todos los grupos de interés (usuarios, nutricionistas, fisioterapeutas, enfermería y otras especialidades como fisiatría, deportología etc.), además el ajuste requiere vincular de forma explícita cada una de las recomendaciones con la evidencia clínica que la soporta, es decir especificar la fuente de la información con su grado de recomendación y nivel de evidencia. Por último, es necesario desarrollar la declaración de conflictos de interés por parte del grupo de colaboradores que desarrollan el documento y la precisión acerca de los

puntos de vista, intereses de los financiadores y su influencia en cada una de las recomendaciones en aras de mejorar la calidad de la guía acorde las directrices orientadas a través de AGREE II. Ver tabla 2.

*Tabla 2. Calidad global de la guía Evaluación de la Guía de Práctica Clínica "Paciente con sospecha y diagnóstico de diabetes tipo 2 en atención primaria de junio de 2021", con base en el método AGREE II en el servicio de consulta externa de la IPS S Medellín 2*

| **Evaluación Global de la Guía** | |
|---|---|
| **EVALUADORES** | Calidad Global de la Guía |
| **Evaluador 1** | 5 |
| **Evaluador 2** | 4 |
| **Evaluador 3** | 5 |
| **Evaluador 4** | 5 |
| **TOTAL** | 19 |

*Fuente: Resultados evaluación de Expertos*

Además, se observa que en la mayoría de los dominios existe un nivel de discrepancia homogéneo según las diferentes Desviaciones Estándar, con un promedio que nos indica se encuentra un bajo nivel discrepancia de acuerdo a la puntuación de la evaluación global de la guía entre los expertos lo que nos permite inferir una correcta apreciación y así recomendar la aplicación de la presente Guía de práctica clínica. Ver tabla 3.

*Tabla 3. Nivel de discrepancia evaluación de la Guía*

| Dominio | Promedio DS | Nivel de Discrepancia |
|---|---|---|
| **1** | 1,07 | Bajo |
| **2** | 0,65 | Bajo |
| **3** | 0,76 | Bajo |
| **4** | 0,17 | Bajo |
| **5** | 1,67 | Medio |
| **Evaluación general de la guía** | 0,50 | Bajo |

*Fuente: Resultados evaluación de Expertos*

En cuanto a los hallazgos evidenciados en la **Matriz integradora de resultados**, ver *anexo 4*. Se encontraron elementos relevantes, entre estos, a través del instrumento *Árbol de competencias de Marc Gidet y Matriz DOFA, ver anexo 2,* posterior a un completo análisis situacional externo e interno de la institución, se observa que la IPS S se encuentra en la búsqueda del cumplimiento de distintas metas trazadas en los diferentes procesos asistenciales, principalmente el indicador de adherencia a guías de práctica clínica, por lo que tiene como uno de sus horizontes el mejoramiento continuo del proceso llamado "consulta externa", enfocándose entorno a seguridad del paciente.

Utilizando estrategias como la optimización de la formación académica de los colaboradores (a través de convenios intersectoriales con universidades y jornadas incluso laborales) con la subsecuente consecución del cumplimiento de la meta trazada en dicho indicador. Hallazgos que además se encuentran en consonancia con aquellos riesgos gerenciales detectados a través del *Mapa de Riesgos, ver anexo 3,* que son susceptibles en torno a la planificación de la gestión clínica desde las más altas directivas.

La IPS S requiere de forma prioritaria intervenciones en dichos áreas y servicios de atención puesto que están contemplados riesgos que algunos deben ser evitados y otros reducidos de forma sustancial. Estrategia que esta soportada en el Cuadro de mando integral o *Balanced Scorecard*.

Finalmente proponemos establecer de forma esquemática a través del instrumento *Procedimientos de Gestión de guías de práctica clínica, ver anexo,* una ruta accesible y viable para la obtención de esa meta organizacional.

## 8. PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA

Se presenta el programa de mejora continua que contiene las acciones de acuerdo con los hallazgos negativos encontramos en la evaluación de la Guía de Práctica Clínica "Paciente con sospecha y diagnóstico de diabetes tipo 2 en atención primaria de junio de 2021" con base en la metodología AGREE II en el servicio de consulta externa de la IPS S Medellín 2022, teniendo en cuenta los 6 dominios y los 23 ítems establecidos por Agree II. La metodología escogida para desplegar el plan de mejora continua es la Matriz de 5W 1H que permitió formular el plan con pertinencia técnica y llegar a recomendaciones realistas y que se puedan cumplir en el tiempo propuesto. Ver tabla 4.

*Tabla 4. Programa de mejora continua*

| PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dominio/**ítem priorizado | **¿Qué?** | **¿Quién?** | **¿Cuándo?** | **¿Dónde?** | **¿Por qué?** | **¿Cómo?** |
| **Dominio 1 - ALCANCE Y OBJETIVO** | Realizar descripción especifica de la población objeto a aplicar la guía | Coordinación científica EPS S | 5 de noviembre de 2022 | En todas las unidades básicas de atención | En la evaluación del dominio ítems 3, la guía no proporciona datos explícitos sobre el rango de edad, sexo, descripción clínica y comorbilidad. | Se debe citar al equipo de realización y mediante una metodología previamente escogida realizar la inclusión del dato específico. Las descripciones deben ser claras, concisas y suficientemente específica, de forma que individuos correctos y elegibles |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dominio 2 - PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS O GRUPOS DE INTERES** | Describir los profesionales que participan en alguna fase del proceso de elaboración de la guía. | Coordinación científica EPS S | 16 de octubre de 2022 | En todas las unidades básicas de atención | No existe clara evidencia del grupo elaborador de la guía | En la descripción se debe aportar la siguiente información y debe ser fácil de encontrar: – Nombre. – Disciplina/especialidad (por ejemplo, neurocirujano, metodólogo). – Institución (por ejemplo, Hospital San Pedro). – Localización geográfica (por ejemplo |
| **Dominio 3 - RIGOR EN LA ELABORACIÓN** | Aportar los criterios de inclusión/exclusión de la evidencia identificada mediante la búsqueda. | Coordinación científica EPS S | 21 de noviembre de 2022 | En todas las unidades básicas de atención | No es fácil de encontrar en la guía el contenido. No existen las razones por las que se eligen los criterios de inclusión/exclusión. No hay evidencia de búsqueda bibliográfica, criterios de inclusión/exclusión, y anexos. | Se sugiere realizar la descripción de los criterios de inclusión, esta debe incluir: – Características de la población diana (paciente, público, etc.). – Diseño del estudio. – Comparaciones (si fuese relevante). – Resultados. – Idioma (si fuese relevante) |
| **Dominio 3 - RIGOR EN LA ELABORACIÓN** | Revisar por expertos técnicos y metodológicos la guía antes de su publicación | Coordinación científica EPS S y equipo de desarroll | 7 de diciembre de 2022 | En todas las unidades básicas de | La guía debe no fue revisada externamente antes de su publicación. No hay | La guía de práctica clínica para diabetes tipo 2 en el ítem 13 debe incluir: Propósito e intención de la |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | o de las guías de práctica clínica. | | atención | evidencia de revisión por parte de expertos en el área clínica y expertos en metodología.<br><br>No se incluyen a los representantes de la población diana (pacientes, población) | revisión externa Métodos usados para realizar la revisión externa Descripción de los revisores externos Resultados/información recogida de la revisión |
| **Dominio 5 - APLICABILIDAD** | Describir los factores facilitadores y las barreras para la aplicación de la GPC | Coordinación científica EPS S y equipo de desarrollo de las guías de práctica clínica. | 18 de noviembre de 2022 | En todas las unidades básicas de atención | En el punto 5 de la guía aborda algunas consideraciones factores facilitadores, pero no son concisos, no hay evidencia de barreras de aplicación. | Se sugiere una dejar trazabilidad de la información proveniente de participantes implicados clave o evidencia de un pilotaje de la guía antes de su implementación generalizada. Se pueden utilizar las metodologías disponibles para el cumplimiento del criterio. |
| **Dominio 6 - INDEPENDENCIA EDITORIAL** | Registrar los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía. | Coordinación científica EPS S y equipo de desarrollo de las guías de práctica clínica. | 19 de diciembre de 2022 | En todas las unidades básicas de atención | No existe evidencia de las declaraciones explícitas de que todos los miembros del grupo han declarado la existencia, o no, de algún | Mediante la técnica (lluvia de ideas u otras) se puede reunir el equipo para incluir en la actualización de la guía lo siguiente: Descripción de los tipos de conflictos de |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | conflicto de interés. | interés considerados. Métodos usados para buscar los potenciales conflictos de intereses |

Fuente: Elaboración de los autores

## 9. PLAN DE MEJORA CONTÍNUA

El Plan de Mejora Continua se elaboró con el objetivo de evidenciar con precisión y claridad las fases en que permitirán la Generación de directrices para el diseño, implementación y evaluación de dicho plan enfocada a la revisión y actualización de la guía de práctica clínica según hallazgos de instrumento AGREE II. Ver tabla 5.

*Tabla 5. Plan de mejora continua*

| | | |
|---|---|---|
| **Objetivo: Generación de directrices para el diseño, implementación y evaluación del plan de mejora enfocada a la revisión y actualización de la guía de práctica clínica según hallazgos de instrumento AGREE II.** | Necesidad: Acceso a la información para personal que va a intervenir la guía, presupuesto para actualización de guía. | |
| **Grupos de Interés** | Equipo para revisión y actualización de la guía (dirección científica) | Usuarios directos de las guías de práctica clínica (Profesionales de la IPS S) |
| **Fases** | Inicial | Definición de equipo para revisión y actualización de la guía (dirección científica) |
| | Intervención | Actividades propuestas en Programa de Mejora. |
| | Revisión | Revisión de la guía modificada / actualizada para su publicación. |

| | | |
|---|---|---|
| | Implementación de la guía | Cumplir con las actividades del Plan de implementación de guías de práctica clínica de la IPS S. |
| | Monitorización y seguimiento | Seguimiento a la literatura médica para realizar actualizaciones oportunas a la guía de acuerdo con la nueva evidencia científica disponible. |

Fuente: Elaboración de los autores

## 10. RECOMENDACIONES

- Realizar la descripción específica de la población objeto de la guía. Si bien esta se encuentra implícita, en el caso del personal clínico es fácil conocer la población, pero para el personal administrativo no se define con claridad, lo que genera confusión.
- Realizar la descripción de los profesionales participantes en el proceso de elaboración de la guía, para tener el conocimiento de las áreas involucradas y el origen de las recomendaciones emitidas.
- Aportar criterios de inclusión y exclusión de la evidencia científica usada en la elaboración de la guía, para presentar características de la rigurosidad científica usada.
- Realizar revisión externa de las guías de la institución previo a su publicación, con la correspondiente consignación en las mismas. En el caso de esta guía no se reporta esta revisión, por lo que se desconoce si fue realizada.
- Describir los factores facilitadores y barreras para la aplicación de la guía, con el fin de aplicar acciones concurrentes durante el ejercicio clínico, que permitan hacer un mejor uso de esta.
- Registrar los conflictos de intereses de los miembros elaboradores de la guía. Si bien la institución se rige en sus valores por la transparencia, no se cuenta con las declaraciones de los miembros del equipo elaborador de la guía que permitan a evaluadores externos, conocer la existencia o ausencia de conflictos de interés.
- La guía no contiene los beneficios esperados de manera clara y concisa, eso conlleva a ambigüedades que pueden repercutir negativamente en el proceso de atención. En la guía evaluada en el punto 6 "definición del tratamiento" es evidente la trazabilidad que se le debe realizar al paciente. El ítem de la guía que puede facilitar la búsqueda o ubicación de la información descripción de datos sobre el rango de edad, sexo y condición descripción

clínica y comorbilidad, no es evidente al revisar la guía. La información sobre la población debe quedar lo suficientemente específica, de forma que individuos correctos y elegibles reciban la acción recomendada en la guía.

- Se suele usar la denominación médica de familia más como estrategia que como médico especialista certificado. No es claro y no se puede saber con certeza si eso obedece a una clara estrategia de empoderamiento del general o un abordaje de reducción de costos laborales. Por eso es importante que dentro del manual de funciones se especifique a la luz de la normativa vigente la estrategia con la denominación especifica y teniendo en cuenta el estándar de talento humano y procesos prioritarios de la normativa vigente de habilitación.
- Se sugiere realizar la descripción de los criterios de inclusión, que debe incluir: características de la población diana, diseño del estudio, comparaciones, resultados, idioma y contexto, todo esto tomando en cuenta el criterio de exclusión que permitirán al lector (profesional de la salud y paciente y familia) ubicarse y poder establecer con claridad la aplicabilidad real.
- Para las acciones planteadas desde la priorización con redacción explicita ver programa de mejora continua.

## 11. CONCLUSIONES

- Las guías de práctica clínica son herramientas de gran valor para direccionar la atención de los usuarios a una con calidad, seguridad y efectividad; que brinde resultados en salud para usuarios y profesionales de la salud, así como resultados económicos que aseguren la viabilidad del sistema. Su evaluación, presenta relevancia, pues permite impactar en aspectos modificables de las guías, facultando a las instituciones prestadoras de servicios de salud para mejorar la calidad de las guías usadas por sus profesionales permitiendo mejorar resultados.
- El instrumento AGREE II es una herramienta de fácil uso para la evaluación de la calidad metodológica de guías de práctica clínica; el cual puede ser empleado por profesionales de la salud de distintas áreas (medicina, enfermería, administración), permitiendo una evaluación objetiva de las guías para garantizar transparencia en los resultados y definir la necesidad de estrategias que lleven a la modificación de estas.
- La guía evaluada, presentó en general baja discrepancia entre evaluadores para los dominios calificados, permitiendo indicar su uso con sugerencias. A pesar de ser una guía presentada al equipo de trabajo de la IPS seleccionada hace 1 año, se propone su actualización, con el fin de realizar los ajustes que

conllevan a una mejor comprensión por parte de todos los profesionales de la salud involucrados en la gestión de este grupo de pacientes.

## 12. BIBLIOGRAFÍA

AGREE. (2001). *Evaluación de guías de práctica clínica.* AGREE. doi:https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_Instrument_Spanish.pdf

Alva-Diaz, C., & García-Mostajo, J. (2017). Guías de práctica clínica: evolución, metodología de elaboración y definiciones actuales. *Acta Médica Peruana, 34*(4). doi:versión On-line ISSN 1728-5917

Antonelli, L. M. (2020). Medicina Basada. ISBN 978-987-749-180-7.

Anwer, S., & Alghadir, A. (2018). Confiabilidad test-retest, validez y cambio mínimo detectable de las escalas de calificación visual analógica, numérica y verbal para la medición del dolor de rodilla osteoartrítico. *Revista del Dolor , 11*(3), 851-856. doi:10.2147/JPR.S158847

Carazo-Martínez, P. C. (2016). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, 165-193 ISSN: 1657-6276.

Clark, A., & Scadding, G. (2017). Guía BSACI para el diagnóstico y manejo de la rinitis alérgica y no alérgica (Edición revisada 2017; Primera edición 2007). *Clinical Experimental Alergia, 47*(7). doi:https://doi.org/10.1111/cea.12953

Consorcio AGREE. (2009). *Instrumento AGREE II.* The AGREE Research Trust, mayo de 2009. doi:http://www.guiasalud.es. http://www.agreetrust.org

Delgado-Noguera, M. F. (2015). David sackett y la Medicina Basada en la Evidencia. *Revista Facultad Ciencias de la Salud Universidad del Cauca, 17*(7), 8-9. doi:https://www.researchgate.net/publication/320371572_David_sackett_y_la_Medicina_Basada_en_la_Evidencia

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2015). *Guía para la construcción y análisis de Indicadores de Gestión.* Departamento Administrativo de la Función Pública.

Feghali-Restrepo, A., & Estrada-Mesa, D. A. (2020). Problemas en la práctica clínica: los retos de la medicina basada en la evidencia. *Medicas UIS*, https://doi.org/10.18273/revmed.v33n1-2020007 .

Flórez-Gómez, I. D., & Montoya, D. (2021). Las guías de práctica clínica y el instrumento AGREE II. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 40*(3), 5-12. doi:Versión impresa ISSN 0034-7450

Gaitán-Duarte, H. (2022). De las guís de práctica clínica basada en la evidencia a los protocolos clínicos y los resumenes de la evidencia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 71*(2). doi:Print version ISSN 0034-7434On-line version ISSN 2463-0225

Hidalgo-Mesa, C. J., & Rodríguez, I. (2019). Aporte de la medicina basada en la evidencia al ejercicio profesional. *Revista Cubana de Medicina, 58*(1), 22-38. doi:versión impresa ISSN 0034-7523versión On-line ISSN 1561-302X

IPS Anónima. (2021). *Indicadores de Atención en Salud .* IPS Anónima.

Jaramillo-González, C. E., & Jaramillo-Ortiz, D. E. (2012). *Evaluación deGuías de Práctica Clínica de la IPS Universitaria para Consulta Externa Médica y Odontológica.* Universidad CES. doi:http://hdl.handle.net/10946/1227

Junquera, M., & Baladrón, J. (2003). *Medicina basada en la evidencia (MBE). Ventajas.* versión On-line ISSN 2173-9161versión impresa ISSN 1130-0558.

Lazo-Gonzales, & Santivañez-Pimentel. (2018). *Atención de salud con calidad.* REP SAC 999-658531. doi:https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/64356657/Libro-Atencion-salud-calidad-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1663088534&Signature=FyEOQYoUlD3B1c~oVaSnvb18WdYP9ZJoZgsiEuLcZAjoiWoNLad95cjxMvlBS1WnCkdAT~lTmUUwpkObQNPuySpVUcLwn6JB-Qdjgbhl2hsUWwgFnF6CceJxRACkTL-

Manterola, C. (2019). Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. DOI: http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492019005416.

McMaster University. (2017). *Manual GRADE.* A Orrego & M.X. Rojas. doi:http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html

Medina. (2012). Importancia de desarrollar guías de práctica clínica en reumatología. *Revista Colombiana de Reumatología, 19*(2). doi:ISSN 0121-8123

Meneses, V. (2020). Aproximación al sistema obligatorio de garantía de calidad en salud (SOGCS) desde el pensamiento complejo. *Universidad Militar Nuva Granada*, http://hdl.handle.net/10654/7829.

Ministerio de Salud y Protección Social . (2010). *Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral .* © Ministerio de la Protección Social - COLCIENCIAS. doi:ISBN: 978-958-8361-81-9

Ministerio de Salud y Protección Social . (2015). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años.* MSPS.

Ministerio de Salud y Protección Social . (2016). *Política de Atención Integral en Salud.* Bogotá - Colombia: MSPS.

Ministerio de Salud y Protección Social . (19 de julio de 2020). *Tres de cada 100 colombianos tienen diabetes.* Obtenido de Tres de cada 100 colombianos tienen diabetes: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Tres-de-cada-100-colombianos-tienen-diabetes.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Manual metodológico para la elaboración de las RIAS.* Ministerio de Salud y Protección Social. doi:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Sistema Único de Habilitación.* Obtenido de Sistema Único de Habilitación: https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx

Organización Internacional de Normalización. (2015). *Aseguramiento de la Calidad.* https://www.eafit.edu.co/escuelas/administracion/consultorio-contable/Documents/A%20Aseguramiento%20de%20la%20CALIDAD.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Las Funciones Escenciales de la Salud Pública en las Américas.* Organización Mundial de la Salud. doi:https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Peñaloza, B. (2014). Análisis crítico de un artículo: Análisis de una revisión sistemática sobre calidad de guías de práctica clínica. *Revista médica de Chile, 142*(1). doi:http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000100016

Perez-Gómez, Á. (2016). Guías de práctica clínica en el Perú: evaluación de su calidad usando el instrumento AGREE II. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 33*(4). doi:https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2559

Rodríguez, M., Pineda, I., & Rozas, F. (2016). Evaluación de calidad de las guías de práctica clínica de los 80 problemas de salud del régimen de garantías explícitas en salud. *Sociedad Medica de Santiago, 14*(1). doi:http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000700006

Rodríguez-Perón, J. M. (2019). Medicina de precisión y medicina basada en la evidencia. *Revita Cubana de Medicina Militar*, https://orcid.org/0000-0002-4824-8713.

Siering, U., Eikermann, M., Hausner, E., Hoffmann-Eßer, W., Edmund, & Neugebauer. (2013). Herramientas de evaluación para guías de práctica clínica: una revisión sistemática. *Plos One, 8*(12). doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0082915

Simons, H. (2011, pág. 20). *El estudio de caso Teoría y práctica.* Docer Argentina. doi:https://docer.com.ar/doc/xcncn1c

Solano, A. I. (2020). Toma de decisiones gerenciales. *Tecnología en Marcha, 16*(3). doi:file:///C:/Users/jigalindo/Downloads/Dialnet-TomaDeDecisionesGerenciales-4835719%20(1).pdf

Universidad Nacional de Colombia. (2016). *Sistema Integrado de Gestión de la Universidad Nacional de Colombia.* Universidad Nacional de Colombia.

Vicco, M., & Rodeles-Antonelli, L. (2020). *Medicina basada en la evidencia : conceptos introductorios para la práctica clínica.* Universidad Nacional del Litoral. doi:https://hdl.handle.net/11185/5517

Vizcaíno-Salazar, G. (2020). *Medicina basada en la evidencia y análisis de diseño de investigación clínica.* Colombia : Fondo Editorial Remington.

13. Anexos

Anexo 1. Procedimientos de Gestión de guías de práctica clínica.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PROCEDIMIENTO** | **PROCESO** | **Gestión y control del procesamiento de la calidad** |
| | **GESTIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** | **CÓDIGO** | **PSSP05** |
| | | **VERSIÓN** | 1 |

**I. DEFINICIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

**1. PROPÓSITO: ( OBJETIVO )**

En el contexto de la prestación de servicios de salud, incluida la atención cumpliendo estándares de calidad, la cual se ha fortalecido en los últimos años; se requiere revisar las guías de práctica clínica existentes o la creación de las que aún no se tienen disponibles, para buscar el mejoramiento continuo de la atención.

**2. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN**

Equipo perteneciente a la prestación de servicios de salud, principalmente equipo médico, quienes laboran en la IPS y realizan atención de los usuarios. Equipo de auditoría para verificación de cumplimiento como parte del autocontrol en la institución. Inicia con la identificación y priorización de los temas a desarrollar en las guías, su elaboración, publicación, implementación, medición de adherencia y acciones de mejora.

**3. NORMATIVIDAD APLICABLE**

**ISO 9001:2015 9.1.2 Satisfacción del cliente, ISO 14001:2015 5.2 Política de calidad**

**4. DEFINICIONES**

| | |
|---|---|
| Guías de práctica clínica | Documentos reservados para prácticas asistenciales, basados en evidencia científica. |
| | |
| | |

**5. RESPONSABLES**

Equipo de calidad

Equipo de Gestión clínica

Equipo de auditoría

Dirección Científica de la IPS

**6. DOCUMENTOS RELACIONADOS**

| DOCUMENTO | CÓDIGO | DOCUMENTO | CÓDIGO |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| **7. REGISTROS DERIVADOS DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO** | | | |
| **REGISTRO** | **CÓDIGO** | **REGISTRO** | **CÓDIGO** |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **8. PRODUCTOS** | | | |
| **PRODUCTO** | **CLIENTE** | **PRODUCTO** | **CLIENTE** |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| **ELABORÓ** | NOMBRE | | | **APROBÓ** | NOMBRE | | |
| | | | | | | | |
| | CARGO | | | | CARGO | | |
| | | | | | | | |
| **REVISÓ** | NOMBRE | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | CARGO | | | **FECHA DE EMISIÓN** | mar-22 | | |

Fuente: elaboración propia

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PROCEDIMIENTO** | **PROCESO** | **Gestión y control del procesamiento de la calidad** |
| | **GESTIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** | **CÓDIGO** | **PSSP05** |
| | | **VERSIÓN** | **1** |

| No | ACTIVIDAD (QUÉ) | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (CÓMO) | REGISTRO (DÓNDE) | RESPONSABLE (QUIÉN) | MECANISMO DE CONTROL |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Identificar temas para desarrollar las guías de práctica clínica | Identificar los temas que se requiere documentar en las guías de práctica clínica, según lo identificado en la atención de los usuarios. | Actas de grupos primarios del equipo de calidad y dirección científica | Miembros del equipo de calidad y mesa científica. | Revisión por parte de la dirección científica. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | Priorizar temas para desarrollar las guías de práctica clínica | Identificar los temas que se requieren priorizar, según lo identificado en la atención de los usuarios. | Actas de grupos primarios del equipo de calidad y dirección científica | Miembros del equipo de calidad y mesa científica. | Revisión por parte de la dirección científica. |
| 3 | Gestionar recursos para la elaboración de las guías de práctica clínica | Identificar con la dirección de operaciones si se cuenta con el recurso necesario para el desarrollo de la guía priorizada a realizar. (financiero, recurso humano, tiempo) | Actas de grupos primarios de la dirección de operaciones | Analista de operaciones | Revisión por parte de la Dirección de operaciones, dirección científica |
| 4 | Verificar el documento de análisis de conflicto de interés | Se verifica por medio de la herramienta 3 de la guía metodológica para la elaboración de guías de práctica clínica. | Documento de análisis de conflicto de interés | Miembros del equipo de calidad y mesa científica. | Revisión por parte de la Dirección científica, mesa de trabajo de la dirección científica |
| 5 | Definir alcance y objetivos de los temas a desarrollar | Definir el alcance y objetivos de la temática a desarrollar en la guía de práctica clínica. | Documento de objetivos y alcance de la guía de práctica clínica | Miembros del equipo de calidad y mesa científica. | Revisión por parte de la Mesa de trabajo de la dirección científica |
| 6 | Desarrollo de la Guía de práctica clínica | Desarrollo del contenido de la guía de práctica clínica por parte de la mesa de trabajo de la dirección científica, equipo de calidad y profesionales de la IPS | Documento preliminar de la guía de práctica clínica | Mesa de trabajo de la dirección científica, equipo de calidad y profesionales de la IPS6 | Revisión por parte de la dirección científica |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | Revisión y verificación del documento preliminar del guía de práctica clínica | Revisión y verificación del contenido de la guía de práctica clínica por parte de la mesa de trabajo de la dirección científica, equipo de calidad y profesionales de la IPS | Documento preliminar de la guía de práctica clínica | Mesa de trabajo de la dirección científica, equipo de calidad y profesionales de la IPS | Revisión por parte de la dirección científica |
| 8 | Correcciones al documento preliminar de la guía de práctica clínica | Se realizan las correcciones pertinentes al contenido de la guía de práctica clínica por parte de la mesa de trabajo de la dirección científica, equipo de calidad y profesionales de la IPS | Documento preliminar de la guía de práctica clínica | Mesa de trabajo de la dirección científica, equipo de calidad y profesionales de la IPS | Revisión por parte de la dirección científica |
| 9 | Publicación del documento definitivo de la guía de práctica clínica | Se publica la guía de práctica clínica según la diagramación establecida para los documentos oficiales de la IPS | Documento final de la guía de práctica clínica | Equipo de comunicacione s | Revisión por parte del equipo involucrado en la realización de la guía de práctica clínica |
| 10 | Seguimiento del cumplimiento de la guía de práctica clínica | Revisión mensual aleatoria a las historias clínicas relacionadas con el diagnóstico involucrado en el desarrollo de la guía para evaluar su | Herramientas de registro de auditoría | Auditores | Revisión por el equipo de calidad |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | cumplimiento y adherencia | | | |

Fuente: elaboración propia

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PROCEDIMIENTO** | **PROCESO** | **Gestión y control del procesamiento de la calidad** |
| | **GESTIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** | **CÓDIGO** | **PSSP05** |
| | | **VERSIÓN** | **1** |

| **FLUJOGRAMA** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| Identificar temas para desarrollar las guías de práctica clínica | Priorizar temas para desarrollar las guías de práctica clínica | Gestionar recursos para la elaboración de las guías de práctica clínica | Verificar el documento de análisis de conflicto de interés | Revisión y verificación del documento preliminar del guía de práctica clínica | Correcciones al documento preliminar de la guía de práctica clínica | Publicación del documento definitivo de la guía de práctica clínica | Seguimiento del cumplimiento de la guía de práctica clínica |

Fuente: elaboración propia.

Anexo 2. Análisis DOFA

| DOFA | Fortalezas | | Debilidades | |
|---|---|---|---|---|
| | F1 | Fortalecimiento de alianzas estratégicas con clientes (EPS S) | D1 | Se requiere llegar a nuevos clientes para asegurar diversificación de mercado, disminuyendo el poder que actualmente tiene el único cliente EPS S. |
| | F2 | Manejo adecuado de plataformas digitales que permiten efectividad en la comunicación con los usuarios. | D2 | Alta rotación de personal, lo que lleva a desconocimiento de las guías y protocolos de manejo institucionales |
| | F3 | Posicionamiento de la imagen corporativa de la IPS. | D3 | Insatisfacción del cliente interno por rotación continua de personal gracias a la alta carga laboral. |
| | F4 | Adecuado manejo de la Gestión financiera, gracias al buen cumplimiento de obligaciones a colaboradores y clientes internos. | D4 | Mal aprovechamiento del impacto audiovisual de Redes Sociales como estrategia de mercadeo. |
| | F5 | Programas de capacitaciones y mejoramiento continuo, incentivo a educación continuada de los colaboradores. | D5 | Optimizar gestión para el mejoramiento de Indicadores de Calidad en Salud. |

| Oportunidades | | | Estrategias FO | | Estrategias DO |
|---|---|---|---|---|---|
| **01** | Necesidad de nuevas ofertas asistenciales ante los nuevos clientes y ámbitos de influencia competitiva asociado al nuevo diseño sanitario actual. | **F1+ D1** | Ampliar el portafolio de servicios y la capacidad instalada, con especialidades médicas y de apoyo diagnóstico que cumplan con los requerimientos de la población Particular u otras EPS en el sector. | **D1+01** | Ofertar servicios a otras EPS con las cuales no se tenga competencia directa en otros territorios nuevos para abrir más sedes que se integren a las existentes. |
| **02** | Al tener 88 sedes enlazadas en red y con presencia en áreas donde otras entidades no tienen participación, IPS S tiene claramente proyección la expansión territorial y ampliación de servicios en salud. | **F3+ D2** | Difundir masivamente la facilidad que brinda a los protegidos de la IPS al vincularse la posibilidad de continuar con su atención medica en caso de requerir cambio de domicilio. | **D2+02** | Integrar a nuestro personal asistencial a un mayor número de planes de educación continuado para obtener una mejoría sustancial de sus competencias y/o habilidades obteniendo la fidelización de este. |
| **03** | Necesidad corporativa de innovación y educación con planes de investigación específica o por medio de redes temáticas de investigación colaborativa. | **F5+ D3** | Ampliar la oferta ya existente en cuanto a convenios docencia-servicio para no solo mejorar el plan de capacitaciones brindado en la actualidad, además de generar nuevos conocimientos que mejoren la operación de la IPS S. | **D3+03** | Generar espacios educativos incluso dentro de las jornadas laborales diarias con el fin de disminuir el impacto de la carga asistencial en colaboradores para mantener la eficiencia en la atención de los protegidos. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **04** | Actualmente, se pueden encontrar servicios con cumplimiento de estándares de calidad para la mayor parte de las especialidades. | **F2+ D4** | Masificar el uso de plataformas digitales para que los pacientes tengan facilidad de acceder a una oferta ampliada de servicios ofertados | **D4+04** | Difundir la promoción de la oferta en servicios, incluyendo el aumento de la presencia de la IPS en redes sociales para llegar a mayor público que conozca y acceda a dichos servicios ofertados. |
| **05** | Definir como reto la prestación de servicios de salud con calidad como objeto de financiación ante la nueva situación asistencial. (Ganar más Afiliados demostrando Calidad) Obteniendo mayor ingreso de recursos. | **F4+ D5** | Optimizar la Gestión Financiera no solo para que la IPS S sea sostenible a largo plazo sino además para generar mejores rendimientos con el crecimiento progresivo de los activos logrando los máximos rendimientos posibles. | **D5+05** | Llevar el sello de IPS S Acreditado en la TOTALIDAD de sus sedes a nivel nacional a mediano plazo, aumentando la capacidad en Gestores de Calidad de la IPS. |
| **Amenazas** | | | **Estrategias FA** | | **Estrategias DA** |
| **A1** | La fuerza laboral se está viendo desprotegida en varias dimensiones, desde la tercerización y desprotección jurídica hasta la falta de valoración psicológica por la reciente exposición a eventos insospechados, desconocidos y que resultan traumáticos para el personal de salud que debe enfrentarlo diariamente. | **F4+A1** | Continuar la contratación de los colaboradores a través de la vinculación directa a término indefinido, con el fin de dar tranquilidad a los trabajadores desde el punto de vista laboral, procurando cada día mejorar condiciones contractuales que puedan incluir apoyo a otras áreas de su | **D1+A5** | Aumentar oferta de servicios para captar población particular que genere ingresos adicionales sin denigrar la alianza estratégica con la que se cuenta con EPS S dejándola fortalecido frente a otras EPS. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | complemento (recreación, deporte, familia etc.) | | |
| **A2** | La adquisición de nueva tecnología para asegurar que la IPS se encuentre a la vanguardia del mercado se puede ver afectada por el precio de la innovación tecnológica. Se deben buscar alternativas que aseguren que la IPS se mantenga adecuadamente posicionada como un buen prestador en el mercado de los servicios de salud, principalmente en diagnóstico y tratamiento de patologías de alto impacto en el país. | **F4+A2** | Dirigir recursos desde la gerencia para mantener la constante adquisición de herramientas tecnológicas que continúen mejorando la atención en calidad de los pacientes. | **D2+A1** | Continuar incentivando la estabilidad laboral que se brinda desde la IPS S frente a sus competidores cada vez aumentando los beneficios que se obtienen de laborar con la institución para evitar la gran rotación de personal. |
| | Se debe realizar vigilancia al surgimiento de nuevas | | Procurar a través de la Imagen favorable | | Tener en cuenta al realizar evaluaciones y mediciones de eficiencia de personal |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **A3** | instituciones que puedan ofrecer servicios de salud a tarifas más bajas y que pongan en desventaja a la IPS; porque no se generaría rentabilidad financiera, pero está claro que IPS S está enfocada en ofrecer servicios de calidad, por lo que seguramente un equilibrio en este aspecto y podrá competir libremente en el mercado. | **F3+A3** | corporativa que se tiene en el mercado establecer reglas que permitan la estabilización financiera y/o contratación sin desmejorar los servicios de calidad actualmente ofertados por competencia desleal que pretenda contratar a bajas tarifas en cambio de ofrecer servicios de menor calidad. | **D3+A4** | factores bio-psicosocial que puedan afectar al colaborador y deteriorar su rendimiento como por ejemplo altas cargas laborales, con el propósito de evitarlas. |
| **A4** | Inadecuación de los criterios de eficiencia basados primordialmente en la evidencia científica en un ámbito de actividad donde los criterios de evaluación de la eficiencia deben incluir aspectos psico-sociales además de los médicos. | **F5+A4** | Hacer mediciones dentro de la IPS S de la calidad de prestación de servicios donde se evalúen criterios de bienestar psicosocial entre pacientes atendidos y satisfacción interna del personal. | **D4+A2** | Incluir en adquisición de tecnología también los medios audiovisuales que se puedan utilizar incluyendo en redes sociales para aumentar la capacidad de difusión en cuanto a oferta de servicios para llegar a una mayor población y aumentar el reconocimiento de la imagen corporativa. |
| **A5** | Gracias a la afectación del Sector Salud por la pandemia de COVID 19, que ha ocasionado la desproporción de recursos generando una grave alteración en el flujo de caja de las IPS. Con la consecuente disminución el | **F1+A5** | Seguir favoreciendo y fortaleciendo la Unión Vertical con EPS S para que esta misma siga siendo destacada en cuanto a crecimiento de población afiliado en régimen contributivo y | **D5+A5** | Procurar seguir impactando en mediciones de Calidad de Atención en salud, a través de la implementación de protocolos basados en evidencia que nos posicionen como la IPS líder a nivel nacional ganando así el aumento de nuestra población afiliado y por consiguiente la obtención de recursos. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | número de usuarios contributivos, afectando la capacidad de pago de la IPS. | | subsidiado con el fin de continuar generando la sostenibilidad financiera de la IPS a través de dicho convenio. | | |

Fuente: elaboración propia del equipo de trabajo.

Anexo 3. Mapa de Riesgos

| DESCRIPCIÓN DEL PROCESO / ACTIVIDAD | EVENTO | ¿ES RIESGO U OPORTUNIDAD? (R: Riesgo - O: Oportunidad) | EFECTOS POSIBLES | DISEÑO, EJECUCIÓN Y SOLIDEZ DEL CONTROL ACTUAL | PROBABILIDAD | IMPACTO | RESULTADO | ¿TOMAR ACCIONES? | TIPO DE ACCIÓN | DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN O FRECUENCIA | FECHA | INDICADOR PARA EVALUAR LA EFICACIA | ¿ACCIÓN EFICAZ? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Gestión de la Tecnología y equipos biomédicos: Mantenimiento de equipos biomédicos* | En caso de presentar deterioro y/o daño de los equipos biomédico | R | Necesidad de contratación de terceros para cumplir procesos | En la actualidad se realiza mantenimiento preventivo y las | 3 | 2 | 6 | SI | REDUCIR | El equipo de gestión de la tecnología, recepción a las solicitudes | Equipo de Gestión de la tecnología | abril 25 de 2022 | Trimestral | 25/08/2022 | Revisión de las hojas de vida de los equipos biomédicos con | SI |
| *Dirección estratégica (administrativo)* | La declaración de la política de calidad con enfoque a la satisfacción de los clientes externos con el objetivo de superar las expectativas en el proceso de atención. | R | No daridad en la normalización de procesos de atención con modelos de atención daros<br>Disminución de la inversión en nuevas tecnologías que impacten en procesos de atención seguros y oportunos. | Intención, ejecución y aprobación de planes, programas y proyectos por parte de la junta directiva en estrategias beneficiosas para la IPS. | 2 | 2 | 4 | SI | EVITAR | Desarrollar un plan de desarrollo con caducidad de cada 4 años, en donde se puedan incluir todos los proyectos en pro del beneficio de la atención oportuna segura en la consulta externa con modalidad de telemedicina. El | Junta Directiva y Gerencia | abril 26 de 2022 | junio 26 de 2022 | 26/08/2022 | Cantidad de Planes y programas induidos en la propuesta de proyecto de plan de desarrollo dentro de los primeros 3 meses de formulación del plan. | SI |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Dirección estratégica (administrativo)* | Detección de ingreso de recursos económicos de dudosa procedencia a las cuentas bancarias de la entidad | R | Riesgo reputacional Riesgo jurídico Alto riesgo de desaparición de la entidad | Creación de la política de administración de riesgos como herramienta para detectar tempranamente delitos económicos en la entidad | 2 | 2 | 4 | SI | EVITAR | El equipo jurídico y financiero desarrolla acciones encaminadas a prevenir, reducir y controlar los riesgos económicos generados por ingresos de dinero de fondos desconocidos a los que está expuesta la organización en general. | Junta Directiva y Gerencia | abril 30 de 2022 | junio 30 2022 | agosto 30 2022 | Revisión mensual de los ingresos económicos a la institución, aprovechando la estrategia de conciliación bancaria. | SI |
| *Dirección estratégica (administrativo)* | Intromisión por parte de cualquier amenaza (física y/o sistemática) externa sobre actividades en salud realizadas dentro de la IPS VS | O | Riesgo de violación a la privacidad tanto de los protegidos como del personal asistencial. Riesgo reputacional | Actualmente existe una Política de privacidad y confidencialidad en donde se realizan todos los esfuerzos gerenciales posibles para mitigar la aparición de eventos relacionados con violación a la privacidad a través de barreras | 2 | 2 | 4 | SI | REDUCIR | Seguir destinando recursos para el mantenimiento de la infraestructura física y adquisición de software que contengan sistemas de IA para aumentar las barreras informáticas (Firewall) y así proteger las bases | Junta Directiva y Gerencia | abril 30 de 2022 | diciembre 30 2022 | enero 30 2023 | Cumplimiento de objetivos estratégicos- Direccionamiento Estratégico y Gestión del Conocimiento | SI |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Dirección estratégica (administrativo)* | Intromisión por parte de cualquier amenaza (fisica y/o sistemática) externa sobre actividades en salud realizadas dentro de la IPS VS | O | Riesgo de violación a la privacidad tanto de los protegidos como del personal asistencial. Riesgo reputacional | Actualmente existe una Politica de privacidad y confidencialidad en donde se realizan todos los esfuerzos gerenciales posibles para mitigar la aparición de eventos relacionados con violación a la privacidad a través de barreras | 2 | 2 | 4 | SI | REDUCIR | Seguir destinando recursos para el mantenimiento de la infraestructura fisica y adquisición de software que contengan sistemas de IA para aumentar las barreras informáticas (Firewall) y asi proteger las bases | Junta Directiva y Gerencia | abril 30 de 2022 | diciembre 30 2022 | enero 30 2023 | Cumplimiento de objetivos estratégicos - Direccionamiento Estratégico y Gestión del Conocimiento | SI |
| *Auditoría médica: seguimiento a guías y protocolos de atención.* | Incumplimiento de las guias y protocolos de atención, llevando a una atención insegura o a resultados de salud poco satisfactorios. | O | Al incumplir las guias y protocolos de atención, se genera riesgo en la calidad de la atención y en los efectos para la salud de los usuarios. Asi como la posibilidad de procesos legales con afectación económica de la | En la actualidad se realizan capacitaciones al equipo para el conocimiento de las guias y protocolos de atención, con auditoria médica a los diagnósticos de interés en salud pública, atención materno perinatal, AIEPI y | 2 | 3 | 6 | SI | REDUCIR | El equipo de gestión de la calidad y auditoria médica, realizan inducciones y reinducciones periódicas al equipo médico para asegurar el conocimiento y manejo adecuado de las guias y protocolos de atención, con las | Equipo de Gestión de la calidad y Equipo de Auditoria médica. | abril 25 de 2022 | Trimestral | 25/08/2022 | Revisión de las calificaciones de auditoria del personal de salud. Seguimiento al personal con oportunidades de mejora. Verificación de datos de calificación y comportamiento de los mismos en los últimos 3 meses. | SI |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Gestión de Historia Clínica: Vigilar por la protección y custodia de la historia clínica.* | Revisión de historias clínicas por parte de personal no asistencial o no autorizado o uso no autorizado de los datos existentes en las historias clínicas. | R | Posibilidad de procesos legales con la consiguiente afectación económica, así como sanciones, por incumplimiento en la custodia, manipulación y/o protección de datos en las contenidos en las Historias Clínicas. | En la actualidad se realizan capacitaciones y seguimiento por parte del Comité de Historias Clínicas, promoviendo el seguimiento de las normas asociadas a la custodia, manipulación y diligenciamiento de las historias clínicas. | 1 | 3 | 3 | SI | EVITAR | Revisión por parte del equipo de gestión de la información de los accesos a historia clínica no realizados por usuarios (login) de personal asistencial o por fuera de horas de atención de la IPS. Revisión por parte del equipo de gestión de | Equipo de Gestión de la información y Equipo de auditoría. | abril 25 de 2022 | Trimestral | 25/08/2022 | Revisión de las bases de datos entregadas por gestión de la Información. El cumplimiento de ingreso adecuado a historia clínica debe ser del 100%. | SI |
| *Auditoría de cuentas médicas (financiero)* | Inoportunidad en la entrega de las glosas al proceso, Inadecuado registro de la codificación de códigos CUPS, Gestión inoportuna a la devolución de cuentas. | R | Disminución de los ingresos de la institución, procesos administrativos. | En la actualidad se realiza un solo paso de facturación y cobro de cuentas y glosas. | 3 | 3 | 9 | SI | ASUMIR | Verificación por parte del equipo de Facturación y cuentas médicas, de los cobros y recobros realizados y pendientes. | Equipo de Facturación y cuentas médicas. | abril 25 de 2022 | junio 25 de 2022 | 25/08/2022 | Revisión de ingresos y pérdidas por glosa de cuentas médicas, con disminución de las pérdidas para el periodo equivalente del año anterior | SI |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Facturación y cartera (financiero)* | Liquidar el proceso de atención con base en la contratación establecida en el acuerdo de voluntad y la normativa vigente. | R | Disminución de los ingresos operacionales de la institución.<br>Pago inoportuno de los proveedores de insumos, medicamentos y otros. | Revisión de cumplimiento de estándares nacionales y contratos establecidos con el asegurador con la perspectiva de gana-gana. | 2 | 3 | 6 | SI | REDUCIR | Aplicación de la estrategia AFRAC creada por el Dr. Julio Mario Orozco Africano, en donde se propone un modelo de gestión para el saneamiento financiero de | Director financiero | mayo 3 de 2022 | noviembre 30 de 2022 | 14/07/2022 | Proporción de aumento de ingresos y recaudos con respecto al año anterior 2022 y 2023<br>Reducción de gastos y costos con respecto al año anterior 2022 y 2023 | SI |
| *Consulta externa (salud)* | Realizar el proceso de atención con todos los protocolos establecidos para el pronto diagnóstico de las patologías relevantes de cada paciente atendido. | R | Deterioro del proceso de salud de los pacientes.<br>Insatisfacción de los pacientes y las familias con el talento humano y la institución | Ajuste del perfil epidemiológico ajustado a la realidad demográfica de la población de la EPS | 2 | 2 | 4 | SI | EVITAR | Diseñar un proceso de atención bajo la estrategia de atención primaria, centrado en las personas (todos los afiliados), durante todo el | Director médico | abril 30 de 2022 | diciembre 9 de 2022 | 7/07/2022 | Número de actividades planeadas bajo la estrategia de atención primaria Vs Número de actividades ejecutadas bajo la | SI |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Consulta externa (salud)* | Prestar servicios de salud ambulatorios de medicina general y especializada a través de modelos integrales enfocados en la mitigación de los riesgos dando cumplimiento a los atributos de calidad y la normatividad vigente. | O | Riesgo de fallas en la atención médica Deterioro de la condición de salud del paciente | En la actualidad se desarrollar capacitaciones sobre la aplicación de guías de manejo en la práctica clínica y la vigilancia de la adherencia a las mismas | 2 | 3 | 6 | SI | REDUCIR | Continuar desarrollando y fortaleciendo el procedimiento de atención en consulta médica general, especializada y de promoción y prevención | Jefe Médico de Consulta Externa | abril 30 de 2022 | junio 30 2022 | agosto 30 2022 | Número de consultas de medicina general y especialidades asignadas como parte del proceso de cumplimiento de la normatividad vigente | SI |
| *Consulta externa (salud)* | Estandarizar la prestación de servicios con base en la política de seguridad del paciente, a través de la notificación oportuna, análisis y mitigación de eventos adversos en la institución | O | Riesgo de no generación de nuevos reportes de eventos adversos Riesgo de secuelas irreparables en el paciente por notificación inoportuna del evento adverso | Resocialización de la política de seguridad del paciente y seguimiento a la adherencia a la misma | 2 | 3 | 6 | SI | REDUCIR | El equipo de calidad y seguridad del paciente debe propender de la capacitación continua de la política de seguridad del paciente y realizar seguimiento a la adherencia de la misma | Equipo de Calidad y Seguridad del paciente | abril 30 de 2022 | junio 30 2022 | agosto 30 2022 | Numero de eventos adversos reportados como respuesta a la socialización de la política de seguridad del paciente | SI |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Consulta externa (salud)* | Estandarizar el proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparación del usuario, mediante el que se le orienta sobre qué debe hacer durante la atención. | O | Riesgo de aumento en quejas y reclamaciones a la institución por incumplimiento en asignación en citas | Reprogramación de agendamiento de citas, adecuadamente distribuidos para favorecer el cumplimiento en las necesidades de los usuarios | 2 | 2 | 4 | SI | ASUMIR | El equipo de atención al usuario se encargara de disponer todas las estrategias y tiempos para que la distribución de tiempos en la asignación de citas y preparación de | Equipo de atención del usuario Equipo de calidad | abril 30 de 2022 | junio 30 2022 | agosto 30 2022 | Numero de citas programadas dentro de los tiempos solicitados por los pacientes de la entidad | SI |

Fuente: elaboración propia

Anexo 4. Matriz Integradora de resultados

| Nombre de módulo | Criterio | Unidad de análisis 1 | Unidad de análisis 2 | Unidad de análisis 3 |
|---|---|---|---|---|
| **Gerencia estratégica y de servicios** | **Objetivo** | Proponer ajustes para mejorar la calidad metodológica para la elaboración de una Guía de la práctica clínica de una IPS. | Establecer un diagnóstico institucional mediante el uso de instrumentos de análisis situacional interno y externo | Realizar el análisis de las herramientas de Factores de cambio endógenos (fortalezas y debilidades) dentro de una IPS . |
| | **Diagnóstico** | IPS certificada en salud con experiencia en modelos integrales para la prevención de la enfermedad y recuperación de la salud basado en aplicación de GPC. | IPS con liderazgo regional en servicios en Atención Primaria en salud. | IPS que se propone mejorar la adherencia a Guías de la Práctica clínica. |
| | **Instrumento** | Cuadro de mando integral (BALANCED SCORECARD) - Mapa de objetivos estratégicos | DOFA | Árbol de competencias de Marc Gidet |
| | **Hallazgos** | Se requiere mejorar algunas acciones e intervenciones de la de Guías de la Práctica clínica. | Incentivo a la formación académica brindando herramientas como el acceso a educación continuada (postgrados) para los colaboradores. | Existencia de programas de capacitaciones y mejoramiento continuo. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Análisis** | Se tiene en cuenta en relación a la sección definida como Aprendizaje y Crecimiento; El aumento del número de planes de educación continuado al personal asistencial, además se contempla ampliar la oferta en los convenios docencia servicio que favorezcan los entornos educativos dentro de la institución de forma transversal a todos los colaboradores. | Se generan espacios educativos de capacitación dentro y fuera de las jornadas laborales, con el fin de mantener y mejorar la eficiencia y atención de calidad de los protegidos basados en la ejecución de Guías de Práctica Clínica con alto grado de validez científica. | Se realiza evaluación periódica al personal sobre conocimiento de las guías de tratamiento, así como de protocolos de seguridad y prevención de infecciones. |
| **Gerencia de la calidad** | **Objetivo** | Diagnosticar el estado de cumplimiento de la IPS y en los estándares de Habilitación y Acreditación en Salud para desplegar posteriormente estrategias basadas en la regulación vigente a nivel nacional. | Brindar una adecuada prestación de los servicios de salud orientado al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios; por medio de procesos ágiles y de calidad. | Revisar las guías de práctica clínica existentes o la creación de las que aún no se tienen disponibles, para buscar el mejoramiento continuo de la atención. |
| | **Diagnóstico** | IPS que da cumplimiento a estándares de habilitación en salud definidos en Resolución 3100 de 2019. | IPS que tiene contemplado en sus procesos de mejoramiento continuo desplegar distintas estrategias para el mejoramiento de calidad de la atención al usuario. | IPS que maneja Guías de práctica clínica tomadas del Minsalud para el manejo de las patologías más prevalentes en consulta externa. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Instrumento** | Normograma | Planeador de gestión | Mapa de requerimientos- Modelo de procedimiento - Plan de control e indicadores de procesos. |
| | **Hallazgos** | No se evidencia el cumplimiento a la mayoría de estándares que implican el alcance de la acreditación en salud establecidos en Resolución 5095 de 2018 (Manual 3.1) | Cuenta con PAMEC en el cual está incluido la medición de adherencias a guías de práctica clínica como estrategia central para la mitigación de Eventos adversos relacionados con el proceso de atención médica en consulta externa. | Se encuentran Guías de Práctica clínica adoptadas, sin evidenciar actualización de las mismas y mucho menos generación o adaptación hacia la población objeto acorde a las características demográficas. |
| | **Análisis** | Es visible que la institución cuenta con certificaciones en salud como ISO 9001 y estándares de habilitación, sin propender por el objetivo institucional de caminar hacia la acreditación, los cuales podrían beneficiar a la IPS en la consecución de metas institucionales y optimización de los servicios de salud. | El equipo de calidad y seguridad del paciente institucional tiene la tarea de vigilar el cumplimiento riguroso y adherencia a las buenas prácticas clínicas desplegadas al interior de la IPS, haciendo mediciones de forma continua para valorar el impacto de las mismas. | Si bien se logra esclarecer que se encuentran dentro de la IPS guías de práctica clínica, sus protocolos no han sido adaptados a la población protegida lo que pondría en cuestión la aplicabilidad de las mismas de acuerdo al entorno. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Gestión clínica** | **Objetivo** | Realizar la identificación del proceso de aplicación y adherencia de los protocolos establecidos, de acuerdo a los lineamientos nacionales, para el pronto diagnóstico de las patologías relevantes de cada paciente atendido. | Identificar de manera explícita dentro del marco estratégico, objetivos relacionados con el compromiso de cumplir estándares de calidad | Implementar guías de práctica clínica para el equipo prestador de servicios de salud de la institución, y la población que recibe dicha atención en salud; con el fin de prestar un servicio con calidad, basado en la seguridad del paciente y la gestión del riesgo. |
| | **Diagnóstico** | Deterioro del proceso de salud de los pacientes. Insatisfacción de los pacientes y las familias con el talento humano y la institución. | Aunque sea explícito, no se realizan actividades que permitan alcanzar el objetivo. | Se determinan los indicadores a usar para la evaluación de la implementación de la guía; no se establece la medición de base de los indicadores a usar para realizar el seguimiento de manera objetiva. |
| | **Instrumento** | Mapa de riesgos | Diagnóstico modelo gestión clínica | Modelo de atención |
| | **Hallazgos** | Se observa dentro de los manuales de funciones, responsables explícitos con funciones para el manejo de la calidad y la gestión clínica en la institución. | Se realizan actividades institucionales del Programa de Seguridad del Paciente, como: Prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud, Gestión segura del uso de medicamentos, conciliación medicamentosa, | Durante el seguimiento a la implementación de la guía de práctica clínica, con la identificación de barreras y dificultades; se determinan los ajustes según las necesidades que se presenten tanto para los profesionales como para los pacientes. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Gestión segura de la tecnología biomédica, Implementación de las metas globales de seguridad del paciente, Involucramiento del paciente y la familia en su seguridad, reporte de eventos adversos. | |
| | **Análisis** | Diseñar un proceso de atención bajo la estrategia de atención primaria, centrado en las personas (todos los afiliados), durante todo el ciclo de vida propiciando el cumplimiento del derecho fundamental y propendiendo por un trato. | El equipo de calidad y seguridad del paciente debe propender de la capacitación continua de la política de calidad y realizar seguimiento a la adherencia de la misma. | Se debe evaluar el impacto de la implementación de las guías de práctica clínica. Para dicha monitorización, juega un papel importante el equipo de auditoría, quien verificará el cumplimiento de las recomendaciones, así como los cambios en los desenlaces clínicos y por consiguiente su impacto en el uso de los recursos. |

Fuente: elaboración propia