

**PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES  
RELACIONADOS CON DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA DEL SISTEMA  
ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD PARA IPS**

**LADY KATHERINE HERNÁNDEZ ANAYA  
NALEY YOLIMA ACEVEDO MARÍN**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO-MECÁNICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA INTEGRAL DE LA CALIDAD  
BUCARAMANGA  
2013**

**PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES  
RELACIONADOS CON DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA DEL SISTEMA  
ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD PARA IPS**

**LADY KATHERINE HERNÁNDEZ ANAYA  
NALEY YOLIMA ACEVEDO MARÍN**

**Monografía para optar al título de Especialistas en Gerencia Integral de la  
Calidad**

**IVAN DARÍO AGUDELO SALDARRIAGA  
Ingeniero Industrial**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO-MECÁNICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA INTEGRAL DE LA CALIDAD  
BUCARAMANGA**

**2013**

## **DEDICATORIA**

Esta monografía se la dedico a Dios quién es mi fortaleza, a mis Abuelos y mi madre porque me han educado en valores, principios, carácter, perseverancia y han apoyado incondicionalmente para conseguir mis objetivos, por sus consejos, comprensión y amor.

Lady Katherine Hernández Anaya

Este proyecto se lo dedico a Dios quien es mi amigo y protector, a mi madre por ser el motor de mi vida y la inspiración para crecer espiritual y profesionalmente; a mi padre por brindar su apoyo incondicional en la consecución de mis metas; a todas las demás personas familias y amigos que estuvieron en el desarrollo y culminación satisfactoria de este objetivo.

Naley Yolima Acevedo Marín

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Director del Proyecto Ingeniero Ivan Agudelo por compartir sus conocimientos y brindarnos su apoyo de tal manera que el desarrollo y cumplimiento de este proyecto culminará satisfactoriamente

A todos los docentes de la Especialización Gerencia Integral de la Calidad Escuela de Estudios Industriales y Empresariales que compartieron sus conocimientos, dentro y fuera de clase, haciendo posible que nuestra formación profesional se condense en satisfacciones académicas.

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	14
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
2. JUSTIFICACIÓN .....	19
3. OBJETIVOS .....	23
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
4. MARCO DE REFERENCIA.....	24
4.1 MARCO TEÓRICO .....	24
4.1.1 Evolución del concepto de calidad.....	24
4.1.2 Evolución del concepto de calidad en salud a nivel internacional. ....	26
4.1.3 Evolución de la calidad en salud en Colombia.....	28
4.1.4 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.....	29
4.1.5 Acreditación en Salud.....	32
4.1.6 Direccionamiento desde la perspectiva del SUA. ....	32
4.1.7 Gerencia desde la perspectiva del SUA. ....	34
4.2. MARCO DE ANTECEDENTES .....	36
4.2.1 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.....	36
4.2.2 Sistema Único de Acreditación en el mundo. “ .....	36
4.2.3 Sistema Único de Acreditación en Colombia. “ .....	37
4.3 MARCO CONCEPTUAL .....	40
5. METODOLOGÍA .....	57
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	57
5.2 FASES DE LA INVESTIGACIÓN.....	57
5.3 CRONOGRAMA DE TRABAJO .....	59
6. DESARROLLO DEL CONTENIDO DEL PROYECTO .....	62
6.1 ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO .....	62
6.2 ESTÁNDARES DE GERENCIA.....	121

CONCLUSIONES ..... 162  
RECOMENDACIONES ..... 164  
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 168

## LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Relación de objetivos y actividades .....	58
Cuadro 2. Cronograma de trabajo .....	59
Cuadro 3. Parámetros del direccionamiento .....	66
Cuadro 4. Metodología para la definición de objetivos .....	66
Cuadro 5. Plan Operativo .....	70
Cuadro 6. Metodología para el entendimiento del direccionamiento .....	72
Cuadro 7. Aseguramiento de los recursos.....	92
Cuadro 8. Herramienta para el logro de metas.....	152
Cuadro 9. Herramienta control de hechos agresivos y abusivos .....	157
Cuadro 10. Metodología para identificación de recursos en procesos.....	161

## RESUMEN

**TITULO:** PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES RELACIONADOS CON DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD PARA IPS\*

**AUTOR:** LADY KATHERINE HERNÁNDEZ ANAYA  
NALEY YOLIMA ACEVEDO MARÍN \*\*

**PALABRAS CLAVES:** Salud, acreditación, calidad, estándar, direccionamiento, gerencia

**CONTENIDO:** En los últimos años se han evidenciado las reformas realizadas continuamente en el sector salud, las cuales han influenciado para que la prestación de servicios no se realice con calidad, y las entidades no estén centradas en la satisfacción del usuario y su familia de manera que no contribuyen al mejoramiento de su salud; teniendo en cuenta estas deficiencias y con el propósito de aportar, en cierta medida, al mejoramiento de la calidad en los servicios de salud se desarrolló este proyecto, en el cual se describe el contexto del Sistema Único de Acreditación (SUA), el cual promueve a las IPS a cumplir requisitos de alta exigencia, y hace parte del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud –SOGCS, En este documento se describen, analizan y desarrollan herramientas prácticas de aplicación, que permiten una apropiada implementación de los estándares de direccionamiento y gerencia en IPS en el marco del Sistema Único de Acreditación (SUA) en Salud en Colombia, los cuales determinan el horizonte de las organizaciones y cómo se operacionaliza en sus diferentes áreas o unidades funcionales. Al finalizar este documento, se pudo concluir que es de gran relevancia el compromiso y participación activa de la alta dirección en la planeación, ejecución y mejoramiento del proceso de acreditación en salud en IPS, para que de esta manera el personal administrativo y operativo también participe y contribuya al cumplimiento de los criterios establecidos por el SUA. La relación de los estándares de direccionamiento y gerencia con los demás del SUA, es muy rigurosa por lo tanto la definición de éstos debe realizarse con discernimiento y responsabilidad, con el propósito de establecer una interrelación adecuada de los procesos de la organización.

---

\* Monografía

\*\* Facultad Ingenierías Físico - Mecánicas. Escuela Estudios Industriales y Empresariales. Director Iván Darío Agudelo Saldarriaga.

## ABSTRACT

**TITLE:** PROPOSAL FOR THE IMPLEMENTATION OF STANDARDS RELATED MANAGEMENT SYSTEM ADDRESSING AND ACCREDITATION IN HEALTH ONLY FOR IPS\*

**AUTHOR:** LADY KATHERINE HERNÁNDEZ ANAYA  
NALEY YOLIMA ACEVEDO MARÍN \*\*

**KEYWORDS:** Health, accreditation, quality, standard, routing, management

**CONTENT:** In recent years have shown the reforms continually made in the health sector , which have influenced to servicing not performed quality and entities are not focused on user satisfaction and your family so that no contribute to the improvement of your health , taking into account these deficiencies and in order to contribute , to some extent , improving the quality of health services in this project was developed, in which the context of the Unified Accreditation System described (SUA ) , which promotes the IPS to meet highly demanding requirements , and is part of the Mandatory System Quality Assurance Health - SOGCS , this paper describe, analyze and develop practical tools for implementation, which allow proper implementation of standards in addressing and IPS management under the Single System of Accreditation ( SUA) in Health in Colombia , which determine the horizon of organizations and how is operationalized in different functional areas or units. At the end of this document, it was concluded that it is of great importance the commitment and involvement of senior management in the planning , implementation and improvement of the accreditation process in health IPS, so that in this way the administrative and operational staff also participate and contributes to the fulfillment of the criteria set by the SUA .

The ratio of the standard routing and management of SUA with others , is therefore very rigorous definition of these should be done with discretion and responsibility, in order to establish an appropriate interrelationship of organizational processes .

---

\*Monograph

\*\* School Physical Engineering - Mechanical. School Industrial and Business Studies

## INTRODUCCIÓN

En Colombia el sistema de salud está experimentando una reestructuración, la cual debe estar enfocada a que las entidades vinculadas presten servicios de salud con altos estándares de calidad, que proporcionen una mejor calidad de vida a los usuarios; ya existen algunas entidades que están adoptando dichos estándares.

El propósito del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGC), reglamentado mediante el decreto 1011 de 2006, plantea que el sector salud cuenta con un sistema propio de calidad y este se define como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud, para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.<sup>1</sup> El Sistema de Calidad en el sector salud está orientado hacia los resultados de la atención, más que en el cumplimiento de requisitos en el proceso, de ahí que la definición de la calidad de la atención en salud sea "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios", definida también en el Decreto 1011 de 2006.<sup>2</sup> El SOGCS establece cuatro componentes que son: Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, Sistema Único de Acreditación, Sistema de Información para la Calidad.

---

<sup>1</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía práctica del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS. Bogotá. 2011. p. 10

<sup>2</sup> COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Acreditación en salud. Antecedentes en Colombia. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=115&IdCat=29>

Para que el proceso de Acreditación en Salud genere los resultados esperados, la alta dirección debe tener participación activa para cumplir con los estándares exigidos por este Sistema; la importancia de implementar este sistema radica, por una parte, en que constituye una oportunidad para que las entidades de salud sean competitivas en el plano internacional, con el fin de que puedan exportar servicios de salud, y, por otra, genera competencia entre las entidades por ofrecer mejores servicios, lo cual redundará directamente en beneficio de los usuarios que tendrán la opción de escoger entre aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad”.

Teniendo en cuenta el gran aporte que proporciona este sistema a las entidades de salud en prestar servicios de calidad fue motivador para que en esta monografía se presente una propuesta para la implementación de los estándares relacionados con Direccionamiento y Gerencia del Sistema Único de Acreditación en Salud para IPS.

Este proyecto se desarrolla desde la recopilación de información relacionada con el Sistema Único de Acreditación en Salud en Colombia referente a los estándares de Direccionamiento y Gerencia hasta el diseño de las herramientas que permitan una apropiada implementación de cada uno de los estándares, generando como resultado una ficha técnica por cada estándar en la que se hace una descripción, análisis y herramientas para la implementación de los mismos.

La realización de este proyecto también genera beneficios a las autoras del mismo, fortaleciendo los conocimientos en el Sistema único de Acreditación y específicamente en los estándares relacionados agregando valor al perfil profesional.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud - SOGCS se orienta a la mejora de los resultados de la atención en salud centrados en el usuario, que para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, durante la prestación del servicio debe cumplir con las características de Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad, así mismo con cuatro(4) componentes: Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Sistema Único de Acreditación-SUA (voluntario) y Sistema de Información para la Calidad.

La Acreditación en Salud es un sistema específico para evaluar la calidad de la atención en salud, basado en niveles superiores de calidad, el cual se divide en dos: estándares de proceso de atención a los usuarios y estándares de apoyo administrativo-gerencial; este grupo de estándares incluye aquellos procesos administrativo-gerenciales que son críticos dentro de la organización para el apoyo de los procesos asistenciales y donde se encuentran los estándares de Direccionamiento y Gerencia, los cuales son el objeto de este proyecto y se abordarán de manera acentuada.

En Colombia pocas instituciones se han orientado por la implementación de estándares de acreditación, a Mayo de 2013 se encuentran acreditadas tan solo veintisiete (27) IPS en todo el país<sup>3</sup>, esta deficiente acogida de implementar este modelo evaluativo puede deberse al altísimo nivel de exigencia de los estándares de acreditación.

La deficiente acogida al SUA, comienza desde la falta de integración del direccionamiento y plan estratégico de las IPS, por lo cual se obstaculiza el

---

<sup>3</sup> Información obtenida en el I Congreso de Salud 2013. ICONTEC. Fecha: Mayo 30 y 31 de 2013.

despliegue, comprensión y monitoreo en los diferentes niveles de la organización y partes interesadas, evidenciados en la falta de claridad en los métodos de despliegue y evaluación por parte de la alta dirección de la Política de Humanización y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad, así como las políticas de prestación de servicios de salud. Además no se establecen métodos de evaluación integral de la Gestión Clínica y el modelo de prestación de la organización dentro de las políticas institucionales; no hay conciencia de la importancia de la implementación del Sistema de Gestión del Riesgo, no se tiene establecido brindar asesoría y educación a la Junta Directiva sobre temas relacionados con el Sistema Único de Acreditación, adicionalmente las relaciones de docencia-servicio no se plantean de manera que estén alineadas con el direccionamiento estratégico.

Teniendo en cuenta los criterios establecidos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario del Ministerio de Protección Social para dar cumplimiento a los estándares, y en este caso a los de Direccionamiento y Gerencia, y a la situación actual del sector en el país se puede inferir que a la alta dirección de las IPS se les dificulta la incorporación de la normatividad relevante, así como los aspectos éticos, tienen poco claridad de las necesidades del usuario y su familia, no se conoce claramente las necesidades de colaboradores, no se tiene definida la relación con la comunidad a la que sirve y la interacción con otras organizaciones en el desarrollo de un medio ambiente saludable.

Y de igual manera desde la perspectiva de la Gerencia durante la implementación del SUA, podría no tenerse claramente identificados los clientes internos y externos de los procesos y no darse respuesta efectiva a sus necesidades, así como la definición y monitorización de metas y objetivos por unidad funcional y que no esté alineada con las metas y los objetivos institucionales.

La gerencia no tiene incluida dentro de las estrategias y acciones, la asignación de recursos físicos, financieros y de talento humano para brindar acompañamiento a los niveles operativos en las actividades de mejoramiento de procesos, dado que se requieren y no tienen un enfoque de autocontrol por parte de los responsables de los procesos, generando el no cumplimiento de los deberes y los derechos de los pacientes, además, proporcionando escasas competencias para el autocuidado de su salud

Durante la prestación de servicios se requieren delegar algunos de estos, con el fin de cumplir con la cobertura necesaria, estos procesos no pueden estar claramente definidos, así como la monitorización de criterios para que estén acordes con los lineamientos y las políticas institucionales, y los estándares de acreditación que apliquen, así como el mejoramiento de los servicios delegados. En las IPS se tienen definidos los servicios que son ofertados pero no se tienen claramente definidos los procesos prioritarios de atención e implementación de las actividades de mejoramiento en concordancia con las prioridades.

La retroalimentación proveniente del equipo de salud, usuarios y su familia, no tiene definido un plan con objetivos y estrategias, con el fin de aprovechar la información para el mejoramiento continuo de la organización.

Por estas razones el propósito de este proyecto es proporcionar a las directivas de las IPS herramientas útiles y prácticas que ayuden en la implementación y el cumplimiento de los estándares de Direccionamiento y Gerencia.

## 2. JUSTIFICACIÓN

La acreditación en Salud reconoce la prestación de servicios de salud que fortalece la confianza y credibilidad en la organización, a través del cumplimiento de unos estándares de calidad superiores a los exigidos por el Sistema Único de Habilitación, manteniendo a la IPS acreditada en un proceso de mejoramiento continuo y orientada a la excelencia basado en los ejes de la acreditación: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión de la tecnología, enfoque de riesgo, cultura organizacional y responsabilidad social empresarial.

Los estándares de Direccionamiento en las IPS son relevantes porque permiten realizar lectura del entorno, formulación y revisión periódica del direccionamiento estratégico, se orienta a la construcción de un plan de direccionamiento estratégico, que promueve la comunicación, difusión y orientación del personal, la sustentación de la gestión del personal ante la junta, permitiendo el seguimiento y evaluación del direccionamiento y del plan estratégico, y a su vez evaluar de manera integral la gestión en salud.

De igual manera los estándares de Gerencia tienen su importancia en las organizaciones porque la gerencia como ejecutora, basada en el Direccionamiento y enfocada en el logro de resultados institucionales, identifica clientes internos y externos de los procesos y de sus necesidades, definiendo y monitorizando las metas y objetivos por unidad funcional, gestionando recursos físicos, financieros y de talento humano para las labores de mejoramiento. estableciendo como política la protección de los recursos, y se establecen procesos para definir, acordar y monitorizar criterios de alineación entre el servicio delegado, los lineamientos y las políticas institucionales y los estándares de acreditación que apliquen, así como el mejoramiento de los servicios delegados, esto incluye estrategias y acciones de la alta gerencia para apoyar con recursos y acompañar a los niveles operativos en

las actividades de mejoramiento de procesos, instaurando un enfoque de autocontrol de los responsables de los procesos, en el cumplimiento y el respeto de los deberes y los derechos de los pacientes, logrando que la organización obtenga cada vez mejores resultados en sus procesos en relación con las metas trazadas.

La implementación eficaz de los estándares de Direccionamiento beneficia las IPS porque existirá más participación de la alta dirección y las personas claves de la organización para la definición, revisión y actualización del direccionamiento estratégico, definición clara del propósito de la organización y su interacción con la comunidad, y el enfoque de la organización en la mejora de sus servicios, todo esto bajo lineamientos éticos y normativos, y teniendo en cuenta los cambios del entorno; enfocados en la gestión del riesgo y asimismo en la humanización durante la prestación de los servicios a usuarios y sus familias. La infraestructura tecnológica con la que cuentan las organizaciones estará debidamente planificada, desarrollada y gestionada, y adecuada a la razón de ser de la organización.

Asimismo la alta dirección estará en la capacidad de hacer despliegue del Direccionamiento en los diferentes niveles de la organización y partes interesadas, asegurándose de su entendimiento; hacer difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico.

Además desarrollará acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia en torno a los ejes de la acreditación, trabajando bajo un enfoque de mejoramiento continuo y el seguimiento al mismo; priorización e implementación de oportunidades de mejora por parte de los colaboradores y su articulación con los demás procesos de la organización; la orientación del personal y la relación Docencia-Servicio también estarán alineadas con el direccionamiento estratégico.

Los estándares de Gerencia benefician a las IPS porque permitirán que la organización lleve a cabo su direccionamiento estratégico en las unidades funcionales a través de la identificación y actualización de las necesidades y expectativas de usuarios y colaboradores en coherencia con los objetivos de las mismas; permitiendo el logro de metas y objetivos de planes operativos; generando cultura del autocuidado de la salud en los usuarios con la orientación de los colaboradores mediante actividades de promoción y prevención; existencia de políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.

También otro aspecto que beneficia a las organizaciones es la definición e implementación del sistema de gestión del riesgo, el cual debe ser evaluado y mejorado continuamente, y articulado con el direccionamiento dará respuesta a la política organizacional, aplicando herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos de atención en salud, estratégicos y administrativos.

La prestación de los servicios estará enfocada en la política de humanización implementada, cumpliendo con normas de comportamiento frente a colaboradores y usuarios, código de ética, código de buen gobierno, aplicación de deberes y derechos del cliente interno, del paciente y su familia, todo esto soportado en la asignación y gestión adecuada de recursos financieros, físicos, tecnológicos y del talento humano, articulados con la gestión del riesgo; y por último, y entre otros beneficios, la relación docencia-servicio, prácticas formativas y la investigación serán planificadas, desarrolladas y evaluadas eficazmente.

Finalmente, el desarrollo de este proyecto también generará beneficios a las autoras del mismo, puesto que permite el planteamiento de estrategias para la gestión de proyectos de acreditación en el sector salud que pueden ser implementadas en IPS de cualquier nivel de complejidad, siendo esta una

fortaleza dentro del perfil profesional, generando la capacidad y competencia de asesorar a las directivas de IPS en dicho proceso e implementar adecuadamente los estándares de Direccionamiento y Gerencia, todo esto con el fin de contribuir a que se proporcionen servicios de salud con calidad.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar una propuesta para la implementación de los estándares relacionados con Direccionamiento y Gerencia del Sistema Único de Acreditación en salud para IPS.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir, analizar y desarrollar herramientas prácticas de aplicación que permitan una apropiada implementación de los estándares de direccionamiento en IPS en el marco del Sistema Único de Acreditación en Salud en Colombia.
  
- Describir, analizar y desarrollar herramientas prácticas de aplicación que permitan una apropiada implementación de los estándares de Gerencia en IPS en el marco del Sistema Único de Acreditación en Salud en Colombia.

## 4. MARCO DE REFERENCIA

Para comprender el proceso de Acreditación en Salud y los estándares que se relacionan, es necesario conocer cómo se percibe la calidad en salud, la evolución histórica y los conceptos que pueden llegar a utilizarse en el desarrollo del proyecto.

### 4.1 MARCO TEÓRICO

A continuación se presenta elementos del marco teórico que permite contextualizar el concepto de calidad en los servicios de salud.

**4.1.1 Evolución del concepto de calidad.** La calidad tiene su origen en el latín y significa: atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios. En la actualidad existen un gran número de definiciones dadas por estudiosos en el tema, una de ellas es según la sociedad americana para el control de calidad (ASQC): “Conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”.

La evolución de la calidad en forma resumida y general ha tenido la siguiente evolución:

- a. Calidad total enfocada hacia los productos terminados, iniciada con la revolución industrial y que consistió en la inspección de los productos terminados clasificando como aprobado o rechazado.
- b. Control estadístico de procesos, que se inicia en la primera mitad de este siglo y consistió en el desarrollo y aplicación de técnicos estadísticos para disminuir los costos de inspección.

c. Control total de la calidad o calidad total, que nace y se desarrolla en la época de los años 50 introduciendo importantes y novedosos conceptos como lo antes señalado.

La calidad total es toda una cultura empresarial que se remonta a Japón desde los años 50. La calidad es un fin en sí mismo que se ha de lograr desde la primera acción que se realice en cualquier proceso y que se logra a la primera con el fin de evitar desperdicio de costo en productos mal hechos con toda sus consecuencias, esto quiere decir con pérdida de la confianza del cliente y la pérdida de este.

Los japoneses han sabido superar sus inconvenientes económicos de alto recurso humano y pocos recursos naturales. Su mayor aspiración era controlar la calidad, como también detectar la no calidad. Esto es lo que les llevo a concebir los conceptos de Total Quality Control (T. Q. C) y Total Quality Management (T. Q. M).

La T. Q. C o T. Q. M implica que el control de la calidad es cosa de todos y no sólo de los expertos de un determinado departamento. Los trabajadores son los primeros responsables de la calidad.

La gestión según Senlle 2000, es la acción y efecto de administrar una organización. Según expertos de Ohio recomiendan tener en cuenta tres variables para mejorar la gestión: preocupación por hacer el trabajo, esto es cumplir los objetivos de acuerdo a una planificación y organización adecuada; tratamiento de los recursos humanos, actitudes, motivaciones, formación y promoción y preocupación por la calidad en toda la organización.

La gestión de calidad se ha convertido en el tema competitivo de muchas organizaciones Juran (2001), llevo a decir "Así como el siglo XX fue el siglo de la productividad, el siglo XXI será el siglo de la calidad". Juran también menciona en su Manual de calidad que el término genérico de "gestión de la calidad total"

significa el uso de la vasta colección de filosofías, conceptos, métodos y herramientas usadas actualmente en todo el mundo para gestionar la calidad.

**4.1.2 Evolución del concepto de calidad en salud a nivel internacional.** En India y China, los estándares que determinaban quién podía practicar la medicina datan del primer siglo A.C. A partir de 1140, Italia emprende esfuerzos para licenciar a todos los médicos, y esto dio lugar posteriormente, a estándares educativos uniformes, exámenes estatales y licenciamiento en el siglo XIX. En USA, el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud se inició en 1917, cuando el American College of Surgeons (Colegio Estadounidense de Cirujanos) compiló el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses identificaran y prescindieran de los servicios de salud deficientes. Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones prestadoras de servicios de salud, 1951). En Canadá el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud, CCHSA, realiza este proceso desde 1959.

En la década de los 80, diferentes situaciones como fallas en el proceso de inspección, la persistente calidad deficiente y generación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, aumento en costos, llevó a los profesionales de salud en los países desarrollados a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares. En USA comienza el auge del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Administración Total de la Calidad (TQM); a su vez, el enfoque del sistema de acreditación en hospitales presentó una mejora porque ya no se orientaba a la realización de inspecciones sino que ya promovía el mejoramiento de la calidad. En el Reino Unido, el Servicio

Nacional de Salud asumió una política formal de calidad en 1991 y adoptó al PMC para ponerla en práctica.<sup>4</sup>

En 1966, Avedis Donabedian, en su artículo fundamental, introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud. Donabedian transformó la concepción tradicional de los sistemas de salud. De acuerdo a su pensamiento ahora se puede comprender que la respuesta social a los problemas de salud no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales.<sup>5</sup>

En 1985, un grupo de profesionales de la salud se reunió en Udine, norte de Italia, para discutir sobre el aseguramiento de la calidad en medicina. La mayoría de los primeros grupos han sido profundamente influenciados por Avedis Donabedian y el enfoque europeo. En el primer consejo ejecutivo de la International Society for Quality in Health Care (ISQua) fue evidente. En 1986, con el liderazgo de Peter Reizenstein como presidente y entonces editor de la revista, la sociedad creció a través de su programa de la conferencia anual internacional y sus publicaciones.

Después de un proceso internacional en el que se presentaron varias ofertas, en 1995 se decidió establecer la secretaría de la International Society for Quality in Health Care Inc. (ISQua) en Australia. Esta sociedad es una organización sin ánimo de lucro, administrada por un Consejo Ejecutivo, que se elige cada dos

---

<sup>4</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Acreditación en salud. Historia de la acreditación en el mundo. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=114&IdCat=29>

<sup>5</sup> KIRCHNER, Néstor Carlos. Hospital El Cruce. Alta Calidad. ¿Quién fue Avedis Donabedian?. Disponible en: <http://calidad.blogs.hospitalelcruce.org/%C2%BFquienes-somos/%C2%BFquien-fue-avedis-donabedian/>

años. Los miembros regulares del Consejo son de Norteamérica, Europa y de la región de Asia y el Pacífico.

Hoy en día, países como Nueva Zelanda, Japón, Francia, Sudáfrica, Finlandia, Malasia y Argentina, entre otros, han estructurado e implementado sistemas de evaluación y acreditación en salud.

**4.1.3 Evolución de la calidad en salud en Colombia.** *“En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.<sup>6</sup>”*

Colombia inicia su proceso hacia el mejoramiento de la prestación de servicios de salud, estableciendo este como un derecho constitucional, a partir de los años 90, el Ministerio de Salud, inicia el proceso de elaboración del manual de acreditación para IPS referenciándose en el “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”, contando para ello con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un “Manual de Acreditación de IPS”, el cual fue aprovechado por el

---

<sup>6</sup> Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC, Antecedentes en Colombia, Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=115&IdCat=29>

Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto.

*“Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial(Véase el Anexo 2).<sup>7</sup>”*

De acuerdo a la experiencia de las diferentes organizaciones y debates nacionales, se desarrolló el Sistema Único de Acreditación para Colombia, se reglamentó a través de la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC).

**4.1.4 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.** El decreto 1011 de 2006 establece La Calidad de la Atención en Salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios", para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

---

<sup>7</sup> Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC, Antecedentes en Colombia, Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=115&IdCat=29>

- **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.”

En el mismo Decreto en mención se definen como componentes del SOGC para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes:

- **La habilitación de IPS y EPS,** que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.
- **La Auditoría para el mejoramiento de la calidad,** identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos

en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

- **La acreditación en salud** como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

- **El sistema de información para los usuarios**, que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen contributivo y Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**4.1.5 Acreditación en Salud.** Acreditación en salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente, establecida y reconocida desde hace casi 50 años en Norteamérica, específicamente diseñada para el sector salud, realizada generalmente por una organización no gubernamental, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad. Se basa en requisitos de procesos de atención en salud, orientados a resultados y se desarrolla por profesionales de salud que son pares o contrapartes del personal de las entidades que desean acreditarse y de reconocimiento público en el ámbito nacional e internacional, con efectos de mejoramiento de calidad demostrados.

En Colombia el Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) para desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema.<sup>8</sup>

**4.1.6 Direccionamiento desde la perspectiva del SUA.** El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es:

- Que la organización está alineada con el direccionamiento estratégico, para el logro de los resultados institucionales esperados, en un enfoque de gestión centrado en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad. Para el efecto, la organización cuenta con procesos para:
- La lectura del entorno.
- La formulación y revisión periódica del direccionamiento estratégico.
- La construcción de un plan de direccionamiento estratégico.

---

<sup>8</sup> Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC, Acreditación en salud, Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=117&IdCat=29>

- La comunicación, difusión y orientación del personal.
- La sustentación de la gestión del personal ante la junta.
- El seguimiento y evaluación del direccionamiento estratégico y del plan estratégico.
- La evaluación integral de la gestión en salud.

Esto incluye:

- El énfasis en los siguientes ejes: gestión centrada en el cliente y de mejoramiento continuo, la seguridad del paciente, la humanización de la atención, la gestión de la tecnología, el enfoque de riesgos orientados a la transformación cultural de largo plazo y la responsabilidad social.
- La incorporación de la normatividad relevante, los aspectos éticos, las necesidades del usuario y su familia, las necesidades de los trabajadores, la relación con la comunidad a la que sirve y la interacción con otras organizaciones en el desarrollo de un medio ambiente saludable.
- La política para promover, proteger y mejorar la salud de la población en el ámbito de los servicios que brinda y en colaboración con las organizaciones y comunidades relevantes.
- La articulación del direccionamiento estratégico con los procesos de las unidades funcionales.
- La educación continua de la junta directiva.
- La viabilidad financiera para la ejecución de los planes.
- El direccionamiento estratégico central cuando existen sedes organizadas en red.
- La conformación interdisciplinaria de los equipos de autoevaluación de estándares de acreditación.
- La sostenibilidad de la cultura de calidad, del mejoramiento continuo y el mantenimiento de los requisitos de entrada a la acreditación definidos por el organismo de acreditación.

**4.1.7 Gerencia desde la perspectiva del SUA.** El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es:

- Que los procesos organizacionales lleven a la operación los lineamientos estratégicos orientados hacia el logro de los resultados institucionales esperados, con el enfoque de gestión centrada en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad. Para tal efecto, la organización cuenta con procesos de:
  - Identificación de los clientes internos y externos de los procesos y de sus necesidades.
  - Definición y monitorización de metas y objetivos por unidad funcional, alineados con las metas y los objetivos institucionales.
  - Identificación y cumplimiento de los requisitos de entrada al proceso de acreditación.
  - Asignación de recursos físicos, financieros y de talento humano para las labores de mejoramiento.
  - La protección de los recursos.
  - Si la organización delega servicios, procesos para definir, acordar y monitorizar criterios de alineación entre el servicio delegado, los lineamientos y las políticas institucionales y los estándares de acreditación que apliquen, así como el mejoramiento de los servicios delegados.
  - Esto incluye estrategias y acciones de la alta gerencia para apoyar con recursos y acompañar a los niveles operativos en las actividades de mejoramiento de procesos, un enfoque de autocontrol de los responsables de los procesos, el cumplimiento y el respeto de los deberes y los derechos de los pacientes.
  - Que la organización obtenga cada vez mejores resultados en los procesos institucionales o delegados en relación con los logros esperados institucionales. Para tal efecto, la organización desarrolla un plan para mejorar los procesos de

direccionamiento estratégico de manera sistemática con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad.

Esto incluye:

- La definición de un plan con objetivos y estrategias, basado en la información obtenida del equipo de salud, del usuario y su familia.
- La determinación de procesos prioritarios de atención e implementación de las actividades de mejoramiento en concordancia con las prioridades.
- La monitorización del mejoramiento de los procesos mediante la medición de resultados.
- La divulgación y despliegue de los resultados del mejoramiento entre los trabajadores de la institución.
- Identificación y respuesta efectiva a las necesidades.

## **4.2. MARCO DE ANTECEDENTES**

A continuación se describe la evolución histórica que ha tenido la Acreditación en Salud a nivel nacional e internacional.

**4.2.1 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.** *“Mediante la expedición del “Manual de Habilitación de Servicios de Salud”, que adopta la Resolución 1441 de 2013, El Ministerio de Salud y Protección Social, busca fortalecer los estándares de calidad en la atención de los pacientes por parte de los prestadores de servicios de salud. El manual, que adopta la Resolución, contiene criterios obligatorios de seguridad del paciente, entregando herramientas para su implementación mediante los paquetes instruccionales que han estado presentes en el Sistema y que hoy se vuelven herramientas de gestión. Asimismo, interrelaciona los indicadores de reporte con resultados de la atención para que sean utilizados en la gestión de mejoramiento de la institución.”*<sup>9</sup>

La habilitación en salud, es el requisito base para la prestación de servicios en IPS, la cual cuenta con una nueva versión la cual está orientada a garantizar la prestación de servicios bajo estándares de seguridad del paciente y permitirle a las IPS, realizar una autoevaluación de manera integral los requisitos establecidos para los diferentes servicios habilitados.

**4.2.2 Sistema Único de Acreditación en el mundo.** *“En marzo de 2009 y luego de un trabajo de varios años, ICONTEC obtuvo la acreditación internacional de la Sociedad Internacional para la Calidad en el Cuidado de la Salud (ISQua), un organismo de alto reconocimiento en este campo, que evalúa el cumplimiento de estándares internacionales por parte de organismos dedicados a evaluar la calidad*

---

<sup>9</sup> COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Listo Sistema Único de Habilitación de Servicios de Salud. En: Boletín de Prensa No 134 de 2013. Disponible:<http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Listo-Sistema-unico-de-Habilitacion-de-Servicios-de-Salud.aspx>

*de las instituciones de salud en todo el mundo. Esta acreditación confirma los desarrollos del Instituto en el tema, su contribución formal al sector de la salud y la prestancia técnica en el cumplimiento de parámetros evaluativos superiores. Debe tenerse en cuenta que la acreditación implica para las instituciones el cumplimiento de requisitos superiores de calidad, exigencias permanentes y crecientes en el tiempo y monitoreo al mantenimiento de logros, con lo cual las instituciones alcanzan el nivel necesario para competir en igualdad de condiciones con instituciones similares en otros países, dado que su nivel de seguridad y la confianza que inspiran es homologable.*<sup>10</sup>”

La acreditación en salud, se entiende como un sello internacional ya sea reconocido por la entidad nacional u otro organismo internacional, esta le permite a las IPS orientar su prestación de servicios hacia el cumplimiento de altos estándares de calidad con reconocimiento internacional en pro de la seguridad del paciente, orientación al usuario, entre otros, permitiendo que las organizaciones acreditadas sean reconocidas por su nivel superior, aseguramiento de una excelente prestación de servicios, cumplimiento de estándares internacionales, logrando con ello apertura de mercados internos y externos.

**4.2.3 Sistema Único de Acreditación en Colombia.** *“El modelo de Acreditación en Salud de Colombia es resultado de un proceso que se inició a comienzos de la década de los noventa cuando la OPS y la Federación Latinoamericana de Hospitales, tomaron la iniciativa y definieron recursos orientados a desarrollar un manual para la acreditación de instituciones de salud en América Latina. Ese manual -en cuyo diseño participó la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas- fue la base para que las instituciones hospitalarias comenzaran a evaluar la importancia y necesidad de cumplir*

---

<sup>10</sup> RODRÍGUEZ, Carlos Edgar. Acreditación en Salud y contexto internacional. En: Artículo Revista 84. Disponible:<http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/REVISTA%20No.%2084.pdf>

*requisitos que trascendieran las obligaciones legales básicas. La ausencia de una base de requisitos legales clara, limitó la implementación del manual, el cual se convirtió transitoriamente en un instrumento para los contratos con el entonces Instituto de Seguro Social. La Ley 100 de 1993 abordó el tema, al ordenar al Gobierno Nacional en el artículo 186, la conformación de un sistema de acreditación y al darle facultades en el artículo 227, para la expedición de normas relativas a la organización de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud (SOGC). ”<sup>11</sup>*

Colombia, a través del tiempo ha demostrado su interés en la participación en los diferentes procesos de mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud, durante este proceso el gobierno nacional ha expedido normas que se orientan a garantizar la calidad de la atención en salud, así mismo fue participe en la creación del primer manual de acreditación, el cual fue desarrollado junto con la organización panamericana de la salud y federación latino americana de hospitales. Durante este proceso el ministerio de protección social adjudicó al Icontec como el organismo acreditador, quien a su vez inicio el proceso para su acreditación internacional.

Bajo este esquema de mejoramiento en el año 2005 se acreditan las primeras instituciones, las cuales paulatinamente se han aumentado en número, lo cual permite percibir el interés en mejoramiento en la prestación de servicios y el nivel competitivo de las IPS.

---

<sup>11</sup> RODRÍGUEZ, Carlos Edgar. Salud en Colombia a la altura de los mejores del mundo. En: Artículo Revista 81. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Revista%20No.%2081.pdf>



### 4.3 MARCO CONCEPTUAL

A continuación se describe de manera detallada los conceptos más utilizados en este documento que le permitirán al lector aclarar y precisar algunos términos empleados, facilitando su comprensión.

**Acreditación en salud** (Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1445 de 2006): Proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del usuario en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizadas para dicha función.

**Accesibilidad** (Art. No. 3 del Decreto 1011 de 2006): Característica del SOGCS: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Característica del SOGCS.

**Alianzas** (Glosario ISQua 2008): Relaciones de trabajo formales o informales entre organizaciones en las que los servicios pueden ser desarrollados conjuntamente o compartido.

**Amplitud** (Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1445 de 2006): Grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del estándar. Es una de las variables de la dimensión del Enfoque de la hoja radar, la cual es utilizada para realizar la calificación cuantitativa durante el proceso de autoevaluación.

**Aseguramiento de la calidad** (Norma ISO 9000:2008): Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas implantadas dentro del sistema de la calidad, para

proporcionar la confianza adecuada de que una entidad cumplirá los requisitos para la calidad.

**Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud** (Art. No. 2 del Decreto 1011 de 2006): Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

**Atención de Salud** (Art. No. 2 del Decreto 1011 de 2006): Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

**Barreras de seguridad** (Lineamientos Seguridad del Paciente –Ministerio de Salud y Protección Social 2008): Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

**Calidad de la atención de salud** (Art. No. 2 del Decreto 1011 de 2006): Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

**Capacidad** (Glosario ISQua): Habilidad, recursos, activos y fortalezas de los grupos o las personas para hacer frente a situaciones y satisfacer las necesidades.

**Certificación** (Glosario ISQua): Reconocimiento formal del cumplimiento de las normas establecidas, validado a través de evaluación externa.

**Ciclo de Atención del Usuario:** Es la ruta que debe seguir el usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial.

**Ciente** (Glosario IsQua 2008): Las personas u organizaciones que se sirven por la organización. Se incluyen clientes internos y externos.

**Código de Ética** (Circular Instructiva No.045 de 2007 – Supersalud): También denominado código de conducta. Es el documento compendia las disposiciones referentes para gestionar la ética en el día a día de la entidad. Está conformada por los principios, valores y directrices que en coherencia con el Código del Buen Gobierno, todo servidor de la entidad debe observar en el ejercicio de sus funciones.

**Código de Buen Gobierno** (Circular Instructiva No.045 de 2007 – Supersalud): También denominado código de gobierno corporativo, se define como el documento que compila los compromisos éticos de la alta Dirección respecto a la gestión, integra, eficiente y transparente en su labor de dirección y/o gobierno, que a manera de disposiciones voluntarias de autorregulación, son promulgadas ante los diversos públicos y grupos de interés, con el fin de generar confianza en los clientes externos como internos.

**Colaborador:** Cualquier persona que preste sus servicios a una organización, independientemente del tipo de vinculación a la misma.

**Competencia** (Glosario ISQua 2008): Garantizar que los conocimientos de una persona, así como las habilidades son apropiados para la prestación del servicio y la garantía de que los niveles de conocimiento y habilidad son evaluados regularmente.

**Comunidad** (Glosario ISQua 2008): Colectividad de individuos, familias, grupos y organizaciones que interactúan entre sí, cooperan en actividades comunes para resolver preocupaciones mutuas, y se ubican por lo general en un lugar geográfico.

**Confidencialidad** (Glosario ISQua 2008): Son los límites óptimos en el uso y distribución de la información recogidos de individuos u organizaciones.

**Condiciones de capacidad tecnológica y científica** (Art. No. 2 del Decreto 1011 de 2006): Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

**Consentimiento** (Glosario ISQua 2008): Acuerdo voluntario o aprobación por parte de un cliente.

**Consentimiento Informado** (Artículo 15 de la Ley 23 de 1981): Información acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.

**Continuidad** (Art. No. 3 del Decreto 1011 de 2006): Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico. Característica del SOGCS.

**Contrato** (Glosario ISQua 2008): Acuerdo formal que establece los términos y condiciones para servicios que se obtienen de una organización. El contrato y los

servicios contratados son supervisados y coordinados por la organización y deben cumplir con los estándares del gobierno y la organización.

**Criterio del estándar** (Manual de Estándares de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario): Condiciones particulares que deben ser consideradas por la organización para considerar que cumple con lo requerido de acuerdo con la intencionalidad de cada estándar. En otras palabras, cumple la función de “no se le olvide”.

**Cultura** (Glosario ISQua 2008): Un sistema compartido de valores, creencias y comportamientos.

**Cultura de seguridad** (Lineamientos para la Seguridad del Paciente): Es un principio orientador de la Política de Seguridad del Paciente, en el cual el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente. Ambiente en el que los errores no se personalizan, se facilita el análisis de los procesos, se corrigen las fallas de los sistemas y se construye una organización confiable. Entorno favorable al diálogo abierto con el fin de facilitar prácticas más seguras.

**Cultura Organizacional** (Instituto Mexicano de Seguros Sociales): En los sistemas de salud es una mezcla de saberes, conductas, relatos, creencias, suposiciones y modos de expresión que todos los miembros de la organización comparten, por ejemplo: las normas, los valores, las actitudes, los estilos de vida, el lenguaje técnico-científico y la terminología propia de las disciplinas biomédica y sociales.

**Datos** (Glosario ISQua 2008): Hechos no organizados de los cuales es generada la información.

**Derechos** (Glosario ISQua 2008): Algo que puede ser reclamado como justa, equitativa, legal o moral de uno mismo. Una descripción formal de los servicios que los clientes pueden esperar y exigir de una organización.

**Directrices** (Glosario ISQua 2008): Principios rectores para dirigir la acción.

**Educación** (Glosario ISQua 2008): La instrucción sistemática y actividades de aprendizaje para desarrollar o producir un cambio en los conocimientos, actitudes, valores y destrezas.

**Efectividad** (Glosario ISQua 2008): Grado en que los servicios, intervenciones o acciones se prestan de acuerdo con las mejores prácticas actuales a fin de cumplir con las metas y lograr resultados óptimos. Es una dimensión de la calidad.

**Eficacia** (Glosario ISQua 2008): Grado en que los recursos se unen para lograr los resultados deseados de forma más rentable, con un mínimo de desperdicio, re-trabajo y esfuerzo. Es una dimensión de la calidad.

**Entidad acreditadora** Artículo 43 del Decreto 1011 de 2006: Es la entidad que ha sido designada por el Ministerio de Salud y Protección Social para realizar el proceso de acreditación de los establecimientos de salud del país por haber demostrado suficiente idoneidad y capacidad para ello.

**Equipo Interdisciplinario** Definición OMS, 1973: Asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible.

**Estándar** (Glosario ISQua 2008): Nivel deseado y alcanzable de desempeño contra el cual el rendimiento real se mide.

**Estandarización:** Establecer disposiciones para uso común y repetido de actividades o procedimientos, encaminadas al logro del grado óptimo de consecución de la calidad.

**Ética** (Glosario ISQua 2008): Serie de principios que guían la conducta profesional y moral.

**Evaluación del desempeño** (Glosario ISQua 2008): Proceso continuo por el cual una organización revisa el progreso del desempeño del funcionario, establecer metas de desempeño y evaluar hacia esos objetivos.

**Evento adverso** (Lineamientos para la Seguridad del Paciente – MPS 2008): Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

**Evidencia** (Glosario ISQua 2008): Los datos y la información utilizada para la toma de decisiones. La evidencia puede ser derivada de la investigación, el aprendizaje experiencial, datos de los indicadores y las evaluaciones. Las pruebas se utilizan de una manera sistemática para evaluar las opciones y tomar decisiones.

**Expectativa:** (Glosario Ministerio de Salud y Protección Social 2012) Esperanza o posibilidad de conseguir una cosa.

**Gerencia** (Glosarios ISQua 2008): La persona designada por el órgano de gobierno de una organización para actuar en su nombre en la gestión global de la organización.

**Gestión del Riesgo** (NTC 5254): Cultura, procesos y estructuras dirigidas a obtener oportunidades potenciales mientras se administran los efectos adversos. El proceso de gestión de riesgos es la aplicación sistemática de políticas, procedimientos y prácticas de gestión a las labores de comunicar, establecer el contexto, identificar, analizar, evaluar, tratar, monitorear y revisar el riesgo.

**Gestión del riesgo** (Glosarios ISQua 2008): Proceso sistemático para identificar, evaluar y tomar medidas para prevenir o gestionar los riesgos clínicos, administrativos de la organización.

**Guía de buenas Prácticas en seguridad del Paciente:** Guía Técnica No. 001 “Buenas Practicas Para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud: Recomendaciones que pueden tener en cuenta las Instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, que buscan:

- Obtener procesos institucionales seguros
- Obtener procesos asistenciales seguros
- Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad
- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.

**Grupo de estándares** (Manual de estándares de Acreditación Ambulatorio y hospitalario): Conjunto de estándares que integran por temas los niveles superiores de calidad. Estos grupos son:

- Proceso de Atención Cliente Asistencial
- Direccionamiento
- Gerencia

- Gerencia del Talento Humano
- Gerencia del Ambiente físico
- Gerencia de la Información
- Gestión de la tecnología
- Mejoramiento Continuo de la Calidad

**Grupos de interés** (Glosario ISQua 2008): Organizaciones o grupos que tengan un interés de participación en los servicios.

**Humanización del servicio** (José Carlos Bermejo Higuera, Director del Centro de Humanización de la Salud de Madrid, Doctor en Teología Pastoral Sanitaria y Magister en Bioética. Centro de Humanización de la Salud de Madrid): Es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización.

**Indicador** (Glosario ISQua 2008): Herramienta de medición del desempeño que se utiliza como guía para monitorear, evaluar y mejorar la calidad de los servicios. Indicadores se refieren a la estructura, el proceso y los resultados y tienen un numerador y el denominador de manera que puedan ser comparados y punto de referencia.

**Información** (Glosario ISQua 2008): Los datos que se organizan, interpretan y utilizan para toma de decisiones. La información puede ser en forma escrita, audio, video o fotografía formulario.

**Investigación** (Glosario ISQua 2008): Contribución a un cuerpo existente de conocimiento a través de investigación, cuyo objetivo es el descubrimiento y la interpretación de los hechos.

**ISQua:** La Sociedad Internacional para la Calidad en el Cuidado de la Salud – ISQua- es un organismo sin ánimo de lucro, de carácter independiente, con miembros institucionales en más de setenta países, reconocido como el referente mundial para acreditar a las instituciones que desarrollan procesos de evaluación externa basados en estándares de acreditación en salud. La Acreditación de ISQua garantiza que los procesos empleados por un organismo acreditador cumplen con estándares internacionales.

**Liderazgo** (Glosario ISQua 2008): Capacidad de para proveer dirección y adaptarse al cambio, implica establecimiento de una visión, el desarrollo de estrategias para la producción de los cambios necesarios para implementar la visión, alineación de personas y motivar e inspirar a la gente a superar los obstáculos.

**Mejor Práctica** (Glosario ISQua 2008): Es aquella que en un enfoque que se ha demostrado que produce resultados superiores, seleccionados por un proceso sistemático, y se ha considerado ejemplar, o ha demostrado el éxito.

**Misión** (Glosario ISQua 2008): Una amplia declaración escrita en lo que es la organización, lo que hace y por qué existe. La misión distingue una organización de otra.

**Monitorización:** Es el proceso por medio del cual, se asegura que el proceder está encaminado adecuada y eficazmente hacia un resultado final, evitando las posibles desviaciones que pudieran presentarse.

**Necesidad** (Glosario ISQua 2008): Requisito físico, mental, emocional, social o espiritual para lograr el bienestar. Las necesidades pueden o no pueden ser

percibidas o expresadas por los necesitados. Debe distinguirse de las demandas, que se expresan deseos, no necesariamente necesidades.

**Objetivos** (Glosario ISQua 2008): Declaraciones generales que describen los resultados que una organización está buscando y proporciona la orientación para las decisiones del día a día y de las actividades. Los objetivos de apoyo a la misión de la organización.

**Oportunidad** (Art. No. 3 del Decreto 1011 de 2006): Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

**Organización:** Entidad acreditada o que se prepara para la acreditación, con todos sus procesos, estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, incluyendo las sedes integradas en red, si corresponde.

**Paciente:** Persona enferma que es atendida en un servicio de salud.

**Pertinencia** (Art. No. 3 del Decreto 1011 de 2006): Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

**Pertinencia** (Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1445 de 2006): Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área temática correspondiente al estándar evaluado y alcanzan los objetivos y metas propuestas. Es una variable de la dimensión de Resultado de la hoja radar, la cual es utilizada para realizar la calificación cuantitativa durante el proceso de autoevaluación.

**Plan estratégico** (Glosario ISQua 2008): Un plan formal que establezca en general los objetivos de la organización, y que busca posicionar a la organización en términos de su entorno.

**Política** (Circular Instructiva No.045 de 2007 – Supersalud): Directriz u orientación por la cual la Alta Dirección define el marco de actuación con el cual se orientará la gestión de servicio, para el cumplimiento de los fines constitucionales y misionales de la Entidad, de manera que se garantice la coherencia entre sus prácticas y propósitos.

**Política Institucional de seguridad del paciente:** Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia Es la demostración explícita de la alta gerencia de las instituciones prestadoras de servicios de salud del compromiso con la seguridad del paciente como estrategia indispensable para un entorno seguro y para promover una transformación hacia una cultura de seguridad.

**Prácticas formativas** (Art. No. 2 Decreto 2376 de 2010): Estrategia pedagógica planificada y organizada desde una institución educativa que busca integrar la formación académica con la prestación de servicios de salud, con el propósito de fortalecer y generar competencias, capacidades y nuevos conocimientos en los estudiantes y docentes de los programas de formación en salud, en un marco que promueve la calidad de la atención y el ejercicio profesional autónomo, responsable y ético de la profesión.

**Prestadores de Servicios de Salud** (Art. No. 2 del Decreto 1011 de 2006): Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Para los efectos del presente decreto se consideran como instituciones

prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

**Procedimientos** (Norma ISO 9000:2005): Forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso.

**Proceso** (NTC 5254 2004): Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar valor, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

**Profesionales de la salud** (Glosario ISQua 2008): Médicos, enfermeras o personal profesional de la salud aliados que proporcionan tratamiento clínico y la atención a los clientes.

**Programa de seguridad del paciente:** La Seguridad del Paciente y la Atención Segura – Paquete Instruccional: Es el conjunto de estrategias y herramientas técnica para la gestión de la seguridad de pacientes que incluye la definición de la política de seguridad de pacientes, la promoción de la cultura de la seguridad, el Sistema de reporte de eventos adversos y el aprendizaje colectivo, el análisis y gestión de los eventos adversos, la gestión del riesgo y la implementación de buenas prácticas de seguridad de pacientes.

**Profesional independiente** (Art. No. 2 del Decreto 1011 de 2006): Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

**Protocolo:** Documento que describe la secuencia de un proceso de atención de un usuario y que exigen su cumplimiento.

**Queja** (Glosario ISQua 2008): La expresión de un problema, una cuestión, o insatisfacción con los servicios que pueden ser verbales o por escrito.

**Recursos humanos** (Glosario ISQua 2008): Las necesidades de personal de la organización.

**Referenciación competitiva o Benchmarking:** Es un proceso sistemático y continuo para evaluar los productos, servicios y procesos de trabajo de las organizaciones que son reconocidas como representantes de las mejores prácticas, con el propósito de realizar mejoras organizacionales.

**Relación docencia servicio** (Art. No.2 Decreto 2376 de 2010): Vínculo funcional que se establece entre instituciones educativas y otras organizaciones, con el propósito de formar talento humano en salud o entre instituciones educativas cuando por lo menos una de ellas disponga de escenarios de práctica en salud. Este vínculo se funda en un proceso de planificación académica, administrativa e investigativa de largo plazo, concertado entre las partes de la relación docencia – servicio.

**Responsabilidad Social** (OMS): La obligación de dirigir las actividades educativas, investigadoras y de servicio a atender las necesidades prioritarias de la comunidad, región y/o nación.

**Respuesta** (Glosario ISQua 2008): Las características de respeto a las personas, la orientación al cliente, la participación y la aceptación del cliente alentador cliente. Una dimensión de la calidad.

**Resultados** (Glosario ISQua 2008): Las consecuencias de un servicio o intervención.

**Riesgo** (Lineamientos en Seguridad del Paciente – MPS): Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

**Riesgo** (Glosario ISQua 2008): Probabilidad o posibilidad de peligro, perjuicios o pérdidas. Esto puede relacionarse con la salud y el bienestar del personal y de los bienes públicos, reputación, el medio ambiente, el funcionamiento organizacional, la estabilidad financiera, la cuota de mercado y otras cosas de valor

**Sedes integradas en Red** (manual de estándares de acreditación Ambulatorios y hospitalarios): Estándares que aplican para IPS con diferentes sedes, que buscan procesos de articulación entre éstas, tomando como base la gestión de calidad superior propuesta por la acreditación en salud.

**Seguimiento** (Glosario ISQua 2008): Procesos y las acciones tomadas después de que un servicio haya sido completado.

**Seguridad del paciente** (Art. No. 3 del Decreto 1011 de 2006): Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**Servicios complementarios** (Glosario ISQua 2008): Servicios o componentes que encajan entre sí, o complementar entre sí, para formar los servicios más completos.

**Sistemas de Información** (Glosario ISQua 2008): Sistemas para la planificación, organización, análisis y control de datos e información, incluyendo tanto los sistemas basados en computadoras y manual.

**Sistema de información para la calidad** (Art. 45 del Decreto 1011 de 2006): Tiene como objeto estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad de la Atención en Salud** (Art. No. 2 del Decreto 1011 de 2006): Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

**Sistema Único de Habilitación** (Art. No. 6 del Decreto 1011 de 2006): Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

**Sostenibilidad** (Glosario ISQua 2008): La provisión por el sistema de salud de la infraestructura, como mano de obra, instalaciones y equipo, innovación y

capacidad de respuesta a las nuevas necesidades, por ejemplo investigación, monitoreo. Una dimensión de la calidad.

**Transformación cultural:** Ejes de la Acreditación: Cultura organizacional en la que se logran alinear las normas, la cultura y la ética.

**Unidad de Normalización en Salud** (Página web del MSPS4): Es un organismo funcional de carácter técnico para la orientación, definición, análisis y aprobación de estándares de calidad de la atención en salud, por lo tanto no está planteado como una instancia de negociación política entre diferentes actores del sistema. En la Unidad Sectorial de Normalización en Salud, el Estado convoca a los técnicos e instancias técnicas del sector de sector y es garante de la transparencia y nivel técnico de sus deliberaciones. Ejerce una función de coordinación y compatibilización entre el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y otros Sistemas de Calidad en particular el Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología; sistemas que son convergentes y compatibles pero tienen diferencias en el grado de desarrollo, en la forma como conceptualizan el problema de la calidad, como definen sus prioridades y las metodologías específicas que utilizan.

**Usuario** (Glosario Ministerio de Salud y Protección Social 2012): Toda persona que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud.

**Valores** (Glosario ISQua 2008): Principios, creencias o afirmaciones de la filosofía que guía comportamiento y que puede incluir cuestiones sociales o éticas.

**Visión** (Glosario ISQua 2008): Descripción de lo que la organización desea ser.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de investigación utilizada en este proyecto es cualitativa, sin embargo no se identificó aquella que aplique específicamente dentro de este grupo.

Para cumplir con el objetivo de este proyecto se analiza la información concerniente al Sistema Único de Acreditación y los estándares de Direccionamiento y Gerencia, se hace búsqueda y ajuste de herramientas que puedan ayudar al cumplimiento de cada uno de los criterios de dichos estándares.

### **5.2 FASES DE LA INVESTIGACIÓN**

A continuación se muestra la relación entre el objetivo general, objetivos específicos, s actividades realizadas para cumplir dichos objetivos y los resultados

Cuadro 1. Relación de objetivos y actividades

Objetivo general	Objetivos específicos	Actividades	Resultados
<p>Diseñar propuesta para la implementación de los estándares relacionados con Direccionamiento y Gerencia del Sistema Único de Acreditación en salud para IPS.</p>	<p>Describir, analizar y desarrollar herramientas prácticas de aplicación que permitan una apropiada implementación de los estándares de direccionamiento en una IPS en el marco del Sistema Único de Acreditación en Salud en Colombia.</p>	<p>Consulta relacionada con el enfoque de cada uno de los estándares de direccionamiento (12 estándares)</p>	<p>Ficha técnica de cada estándar de Direccionamiento con su descripción, análisis y herramientas para la implementación.</p>
		<p>Descripción de cada uno de los estándares de direccionamiento.</p>	
		<p>Análisis de cada uno de los estándares de direccionamiento a partir de la recopilación de información de diversas fuentes de información</p>	
		<p>Diseño de herramientas para la implementación de cada uno de los estándares de direccionamiento.</p>	
<p>Diseñar propuesta para la implementación de los estándares relacionados con Direccionamiento y Gerencia del Sistema Único de Acreditación en salud para IPS.</p>	<p>Describir, analizar y desarrollar herramientas prácticas de aplicación que permitan una apropiada implementación de los estándares de gerencia en una IPS en el marco del Sistema Único de Acreditación en Salud en Colombia.</p>	<p>Consulta relacionada con el enfoque de cada uno de los estándares de Gerencia (14 estándares)</p>	<p>Ficha técnica de cada estándar de Direccionamiento con su descripción, análisis y herramientas para la implementación</p>
		<p>Descripción de cada uno de los estándares de Gerencia.</p>	
		<p>Análisis de cada uno de los estándares de Gerencia a partir de la recopilación de información de diversas fuentes de información</p>	
		<p>Diseño de herramientas para la implementación de cada uno de los estándares de gerencia.</p>	



OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	CRONOGRAMA (MESES)																							
			MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	
		Análisis de cada uno de los estándares de direccionamiento a partir de la recopilación de información de diversas fuentes de información																								
		Diseño de herramientas para la implementación de cada uno de los estándares de direccionamiento.																								
	Describir, analizar y desarrollar herramientas prácticas de aplicación que permitan una apropiada implementación de los estándares de gerencia en una IPS en el marco del Sistema Único de Acreditación en Salud en Colombia	Consulta relacionada con el enfoque de cada uno de los estándares de Gerencia (14 estándares)																								
		Descripción de cada uno de los estándares de Gerencia.																								



## **6. DESARROLLO DEL CONTENIDO DEL PROYECTO**

### **6.1 ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO**

Los estándares de Direccionamiento buscan que los órganos de direccionamiento estén en permanente capacidad de desarrollar, implementar y desplegar una serie de competencias organizacionales que orienten a la institución hacia la calidad y contribuir en el despliegue de esa orientación hacia los diferentes niveles de decisión.

A continuación se muestra descripción, análisis y herramientas para cada uno de los estándares de direccionamiento:

**Código del Estándar: DIR 1****Estándar 75:**

Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización.

**Criterios:**

- La junta directiva, el equipo directivo y las personas claves de la organización participan en la definición, la revisión y la actualización del direccionamiento estratégico.
- Aspectos éticos y normativos.
- Los cambios del entorno.
- La seguridad del paciente y los colaboradores.
- El enfoque y la gestión de riesgo.
- La humanización durante la atención del usuario y su familia.
- La planeación, el desarrollo y la gestión de la tecnología en salud.
- Análisis de los aspectos de la comunidad (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales) que orienten la prestación de los servicios.
- La sinergia y la coordinación entre los diferentes prestadores para la atención de los usuarios.
- Responsabilidad social con el usuario, los colaboradores, la comunidad y el medio ambiente.
- La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve.
- La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios.
- La voz del cliente interno y su responsabilidad frente a sus colaboradores.
- Las necesidades del usuario y su familia.
- La organización identifica e interactúa con las principales organizaciones dentro y fuera del sector para la cooperación en el desarrollo de un medio

<p>ambiente saludable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercicios sistemáticos de referenciación comparativa y competitiva que fortalezcan el mejoramiento.</li> </ul>
<p><b>Descripción:</b></p>
<p>En la organización debe existir un proceso que esté en mejora continua e interrelacionado con los demás procesos de la organización y con el propósito de determinar la ruta organizacional que debe seguir la entidad para lograr sus objetivos estratégicos y misionales, con participación de la alta dirección, el cual se debe ajustar a los cambios del entorno y con un enfoque de prestación de servicios de calidad satisfaciendo las necesidades del usuario y su familia, y demás partes interesadas.</p>
<p><b>Análisis:</b></p>
<p><b><u>Marco Teórico:</u></b></p> <p>La alta dirección debe estar en la capacidad de desarrollar, implementar y desplegar competencias organizacionales enfocadas en la calidad. El liderazgo de la alta dirección se hace primordial en la definición y replanteo del direccionamiento estratégico, el cual debe contener lineamientos como misión y visión centrados en la ética, valores y que se plasmen las interacciones con colaboradores y comunidad.</p>
<p><b><u>Requisitos legales:</u></b></p> <p>No aplica</p>
<p><b><u>Beneficios:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interrelación adecuada de áreas directivas con funcionales.</li> <li>- Capacidad de enfrentar de manera proactiva los cambios del entorno y actividades no rutinarias que la actividad gerencial requiere.</li> <li>- Gestión de recursos existentes y potenciales.</li> </ul>

- Consecución de objetivos y metas organizacionales.
- Conocer el grado de desarrollo, expansión y proyección de utilidades que permitan la permanencia en el mercado.

**Barreras para el logro:**

- No alineación adecuada de las áreas operativas y directivas.
- La alta dirección no conoce a fondo la organización

**Herramientas:**

Análisis DOFA: Se puede definir como el enfrentamiento de factores internos y externos, con el propósito de generar estrategias alternativas. Al cruzar dichos factores se obtienen las siguientes estrategias:

- Estrategias FO o estrategias de crecimiento son las resultantes de aprovechar las mejores posibilidades que da el entorno y las ventajas propias, para construir una posición que permita la expansión de la organización o su fortalecimiento para el logro de los propósitos que emprende.
- Estrategias DO son un tipo de estrategias de supervivencia en las que se busca superar las debilidades internas, haciendo uso de las oportunidades que ofrece el entorno.
- Estrategias FA son también de supervivencia y se refiere a las estrategias que buscan evadir las amenazas del entorno, aprovechando las fortalezas de la organización.
- Las estrategias DA permiten ver alternativas estratégicas que sugieren renunciar al logro dada una situación amenazante y débil difícilmente superable, que expone a la organización al fracaso.

Las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades se pueden identificar por cada uno de los factores externos e internos que interrelacionan con la organización, como son ley, clientes, competencia y procesos gerenciales, asistenciales y de apoyo, respectivamente.

Los parámetros en los que se basa el direccionamiento estratégico son: misión, objetivos estratégicos, visión, políticas, objetivos de las políticas, principios y valores e la entidad, con el fin de facilitar la determinación de estos parámetros se propone la siguiente herramienta:

Cuadro 3. Parámetros del direccionamiento

PARAMETROS DEL DIRECCIONAMIENTO	ORIENTACION
Misión	¿Quiénes somos? ¿Qué hacemos? ¿Para quién lo hacemos?
Visión	¿Qué queremos lograr? ¿Cuándo lo vamos a lograr?
Políticas	Compromiso que adquiere la dirección de la entidad frente a un tema particular.
Objetivos de las políticas	Son los instrumentos que operativizan cada una de las políticas
Principios y valores de la entidad	Principios: Reglas que gobiernan el comportamiento de una persona o un grupo de personas. Valores: Atributos personales pretendidos para el logro de los objetivos.

Los objetivos estratégicos y los de las políticas deben ser coherentes con la razón de ser y la perspectiva de la organización, además deben tener ciertas características para que a través de su cumplimiento, medición y seguimiento puedan generar valor en la entidad, la herramienta sugerida para definir estos objetivos es la siguiente

Cuadro 4. Metodología para la definición de objetivos

METODOLOGIA PARA LA DEFINICION DE OBJETIVOS			
ELEMENTO	ATRIBUTO	EJEMPLO	OBJETIVO
Medible	Variable	Número de eventos adversos en urgencias	Disminuir el número de eventos adversos en urgencias al 3% antes de marzo de 2014.
Alcanzable	Valor	Al 3%	
Retador	Verbo	Disminuir	
Temporal	Tiempo	Para marzo de 2014	
Específico	Un tema	Ok	

Como se observa en el ejemplo los objetivos deben ser retadores en tiempo porque deben tener una fecha límite de cumplimiento y en valor a disminuir o maximizar, según corresponda.

**Fuentes sugeridas de consulta:**

AGUILERA, Adriana. Direccionamiento estratégico y crecimiento empresarial: algunas reflexiones en torno a su relación\*. Pensamiento y Gestión. N° 28. ISSN 1657-6276. Disponible en: [http://www.unilibrecali.edu.co/programa-economia/%5Cimages%5Cstories%5Cforma\\_altonivel%5CDireccionamiento\\_estrategico\\_crecimiento\\_empresarial.pdf](http://www.unilibrecali.edu.co/programa-economia/%5Cimages%5Cstories%5Cforma_altonivel%5CDireccionamiento_estrategico_crecimiento_empresarial.pdf).

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Planeación Estratégica Territorial. La Matriz DOFA.

<b>Código del Estándar: DIR 2</b>
<b>ESTANDAR 76:</b>
La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.
<b>Criterios:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los objetivos contenidos en el plan estratégico son priorizados, ejecutados y evaluados.</li> <li>- La organización garantiza la formulación participativa del plan estratégico, a partir del cual se formulan los planes operativos, en coherencia con el marco estratégico de la organización.</li> <li>- Los planes estratégicos y operativos son aprobados en la instancia que corresponda.</li> <li>- Se han asignado y aprobado recursos financieros, físicos y talento humano al plan estratégico para su implementación.</li> <li>- Existe un sistema de difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico.</li> <li>- La junta directiva evalúa el cumplimiento del plan estratégico.</li> </ul>
<b>Descripción:</b>
Con el propósito de llevar el direccionamiento estratégico a los diferentes niveles de la organización se debe formular el plan estratégico para el cual se determinan y asignan los recursos necesarios para su ejecución, y se determinan las metodologías requeridas para su formulación, divulgación, seguimiento y evaluación.
<b>Análisis:</b>
<p><b><u>Marco Teórico:</u></b></p> <p>Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para garantizar el cumplimiento de su direccionamiento estratégico deben definir el Plan Estratégico</p>

Institucional para un período de cuatro años, en este documento la alta dirección establece las estrategias que se deben llevar a cabo a mediano y largo plazo para cumplir con la misión y visión. Entre los lineamientos estratégicos que se pueden abordar son: sostenibilidad financiera, crecimiento interinstitucional y atención con calidad y de esta manera también contribuir al cumplimiento del plan de desarrollo sectorial, regional y nacional.

**Requisitos Legales:**

- Ley 152 de 1994: Ley Orgánica del Plan de Desarrollo. Tiene como propósito establecer los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo, así como la regulación de los demás aspectos contemplados por el artículo 342, y en general por el capítulo 2° del título XII de la Constitución Política y demás normas constitucionales que se refieren al plan de desarrollo y la planificación.

**Beneficios:**

- Definición de planes de acción anuales que constituyen la base para la posterior evaluación de resultados.
- Enfoca a la organización en el presente y futuro.
- Desarrolla la visión colectiva y compromisos de todos para crear el futuro
- Asignación priorizada de recursos
- Promueve el planeamiento y comunicación interdisciplinaria

**Barreras para el logro:**

- La definición del direccionamiento estratégico es confusa o equivocada y no es coherente con la razón de ser de la organización y con su perspectiva del futuro.
- Las estrategias y programas no corresponden o no son adecuadas para el cumplimiento del direccionamiento estratégico.

**Herramientas:**

Es adecuado que por cada objetivo se definan estrategias de cómo se dará cumplimiento a los objetivos que conlleva a la definición del plan operativo.

En el plan operativo se deben determinar actividades, responsables, recursos y fechas para obtener los resultados esperados de los objetivos estratégicos, como se observa a continuación:

Cuadro 5. Plan Operativo

PLAN OPERATIVO				
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO:</b> Disminuir el número de eventos adversos en urgencias al 3% antes de junio de 2014.				
<b>ESTADO ACTUAL:</b> 3,5%		<b>ESTADO ESPERADO:</b> 3%		
<b>FECHA:</b> Octubre 2013		<b>FECHA:</b> Junio 2014		
<b>ESTRATEGIA:</b> Incrementar las competencias y habilidades del personal para prevenir y controlar eventos adversos				
<b>PROCESOS INVOLUCRADOS:</b> Atención urgencias Gestión humana			<b>AUTORIDAD:</b> Jefe unidad funcional	
ACTIVIDA	RESPONSABLE	RECURSOS	FECHA	EVIDENCIA
Jornadas trimestrales de formación en prevención de eventos adversos	Jefe unidad administrativa	Humanos Financieros	Marzo / Junio/Septiembre/Diciembre	Evaluación de la eficacia de las formaciones

**Fuentes sugerida de consulta:**

COLOMBIA, HOSPITAL DE YOPAL. Guía Del Plan de Desarrollo Institucional “Pensando en la Salud de Todos 2.008 – 2.011”. Yopal, Casanare. 2009

Plan Estratégico. Guía de la Calidad. Disponible en internet <http://www.guiadelacalidad.com/modelo-efqm/plan-estrategico>

<b>Código del Estándar: DIR 3</b>
<b>Estándar 77:</b>
La organización garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas.
<b>Criterios:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se evalúan las desviaciones encontradas y se implementan las acciones de mejora.</li> <li>-</li> </ul>
<b>Descripción:</b>
La organización debe asegurar el entendimiento y apropiación del direccionamiento y plan estratégico en todas las áreas de la organización y partes interesadas, realizar evaluación del mismo y formular e implementar acciones de mejora.
<b>Análisis:</b>
<p><b><u>Marco Teórico:</u></b></p> <p>La organización no solo debe tener en cuenta a colaboradores para la definición del direccionamiento y plan estratégico sino que además debe asegurar su entendimiento. En las IPS tal vez este es uno de los factores que influyen en la no integración de procesos y no tener el conocimiento de la ruta a seguir para el cumplimiento de los objetivos.</p> <p><b><u>Requisitos Legales:</u></b></p> <p>No aplica</p>

**Beneficios:**

- Interacción de procesos
- Personal orientado al cumplimiento de objetivos comunes

**Barreras para el logro:**

- La comunicación interna y externa no es efectiva.
- Desconocimiento de los objetivos y estrategias organizacionales.
- El proceso de direccionamiento estratégico no cumple con el ciclo de planear, hacer, verificar y actuar.

**Herramientas:**

A continuación se propone una herramienta de planificación de actividades para asegurar el entendimiento del direccionamiento y plan estratégico, en la que se determinan los temas a socializar, a quien o quienes está dirigida dicha socialización, como se realizará, que herramientas se utilizarán para ello, cuando se realizará y responsable(s) de dirigir y llevar a cabo dichas actividades.

Cuadro 6. Metodología para el entendimiento del direccionamiento

TEMA	¿A QUIEN?	MECANISMO	¿CUANDO?	RESPONSABLE
Misión, visión y objetivos estratégicos	Unidades funcionales asistenciales	Actividades didácticas y lúdicas (juegos, dinámicas de grupo, etc)	Noviembre 2013	Representante de la alta dirección
Estrategias	Unidades funcionales asistenciales	Actividades didácticas y lúdicas (juegos, dinámicas de grupo, etc)	Diciembre 2013	Representante de la alta dirección

Otras herramientas que se pueden utilizar para la divulgación del plan estratégico son las siguientes:

- Folletos, carteleras, etc, que sean de fácil de acceso y visibles a todos los colaboradores de la organización.
- Publicación en intranet
- Correos electrónicos: Comunicar a todos los niveles de la organización el plan estratégico periódicamente.
- Actividades lúdicas (juegos, concursos): Realización de actividades dinámicas que propicien el fácil entendimiento del plan estratégico.

**Fuentes Sugeridas de Consulta:**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBA. Unidad de Emprendimiento.  
Direccionamiento estratégico. Disponible en internet  
<http://www.emprendimiento.unal.edu.co/DireccionamientoEstrategico.pdf>

<b>Código del Estándar: DIR 4</b>
<b>Estándar 78</b>
<p>La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.</p>
<b>Criterios:</b>
<p>No Aplica.</p>
<b>Descripción:</b>
<p>La alta dirección orienta a la organización a una transformación cultural y sentido de responsabilidad social en la realización de sus actividades orientadas en el usuario y su familia, en preservar la seguridad del paciente y sus colaboradores, proveer servicios de salud de fácil acceso y equitativos, capacidad tecnológica que beneficie a usuarios y colaboradores, realizando una gestión del riesgo de la prestación del servicio, con el fin de prestar una atención humanizada teniendo en cuenta la dignidad del ser humano.</p>
<b>Análisis</b>
<p><b><u>Marco Teórico:</u></b></p> <p>Con frecuencia, los directivos de las instituciones de salud preguntan cuáles son los valores agregados y los incentivos concretos de la acreditación. Con el paso del tiempo, ellos ven con mayor claridad los logros y los cambios significativos en</p>

las instituciones que se acogen al proceso y valores agregados concretos. A la vez, se hace evidente que el Gobierno y el legislativo han realizado esfuerzos en materia de incentivos que evolucionan a un ritmo importante. La dinámica de los incentivos debe ser cuidadosa y progresiva, y tener una conciencia clara que evite confundir fines con medios. En otro texto abordaremos los avances en la materia.

En cuanto a los incentivos, es clave entender que la motivación fundamental no puede ser obtener los beneficios que dichos incentivos proponen, esa motivación es contraria a la propuesta y la filosofía de la transformación cultural y del mejoramiento continuo que constituyen la base principal de los sistemas de mejoramiento continuo de la calidad y de los sistemas de gestión centrados en los usuarios. . Por otra parte, los valores agregados pueden dividirse en aquellos que se pueden constatar en forma objetiva y aquellos que existiendo, pueden ser valorados en forma subjetiva y con diferente criterio según el observador.

Debe tenerse en cuenta que el principal objetivo de la acreditación en salud es la transformación cultural de largo plazo en la organización y los valores que genera un sistema de gestión centrado en el usuario. En los últimos años hemos logrado importantes avances en esta materia. La acreditación ha contribuido y agregado valor, tanto a las instituciones que se han presentado al proceso evaluativo como a aquellas que están en proceso de preparación. Es importante considerar los valores agregados en cada etapa del proceso que se ha dividido en tres partes: 1. el proceso de auto evaluación, 2. el proceso de evaluación externa que incluye desde la presentación ante ICONTEC hasta la decisión de la Junta de acreditación y el reporte a la institución de los resultados, y 3. el proceso de seguimiento y mejoramiento continuo independiente del resultado obtenido.

La acreditación en salud ha desarrollado una metodología para agregar valor en cada fase del proceso. Debe tenerse en cuenta que en algunos temas hay mayor desarrollo y que el agregado de valor fundamental planteado hace cinco años: “la

acreditación por la seguridad del paciente”, se ha convertido en una realidad y en un aporte invaluable de la acreditación en salud a la vida de todos los usuarios de este tipo de servicios. <sup>12</sup>

### **Requisitos Legales:**

- Circular 030/2006: Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud; los indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención de salud (autoevaluación de la red prestadora de servicios de salud y atención del usuario) en las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica y el régimen de salud que administren, incluyendo las empresas de medicina prepagada, y los requerimientos de información.
- Resolución 1441 de 2013: Tiene por objeto establecer los procedimientos y condiciones de habilitación así como adoptar el Manual de Habilitación, está orientada hacia la gestión del riesgo y la seguridad del paciente.

### **Beneficios:**

- Mejoramiento continuo del servicio visto como parte de la transformación cultural de la organización.
- Prestación de servicios humanizados, encaminados hacia la seguridad del paciente y colaboradores.
- Aseguramiento de servicios médicos pertinentes.

### **Barreras para el logro:**

#### **El entorno de los sistemas de salud**

- Nuevos actores en la relación con los pacientes.

---

<sup>12</sup> RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, Carlos Edgar. Valores agregados de la acreditación en salud, Artículo revista No. 82. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/REVISTA%20No.%2082.pdf>

- Restricciones de tiempo y presiones para la productividad.
- Barreras de acceso a la atención.
- Limitaciones a la libre elección.
- Preponderancia de los factores financieros sobre los humanos.

### **La Tecnología**

- Avances extraordinarios en las tecnologías médicas, de comunicación y de informática que deberían favorecer al paciente.
- El uso de la tecnología demanda tiempo y esfuerzo.
- Pueden constituir una barrera que no debería existir.
- Los aparatos se interponen entre las personas

### **La desprofesionalización de la Medicina**

- Limitación de la autonomía médica.
- Disminución de los autocontroles éticos
- Mayor acceso público a información médica.
- Mayor actuación esencialmente técnica en muchos procedimientos.

### **Herramientas:**

**Gestión del riesgo principios y directrices NTC-ISO 31000:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo. Conjunto de componentes que brindan las disposiciones de la organización para diseñar, implementar, monitorear, revisar y mejorar continuamente la gestión del riesgo a través de toda la organización.

**Guía Pedagógica, Control estadístico de procesos como generador de una cultura de la medición en las organizaciones de salud (IPS):** Provee a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de instrumentos prácticos,

fáciles de utilizar, que mediante su uso sistemático, permita identificar las variaciones o fallas de mejores prácticas en materia de mejoramiento de la calidad aplicadas al sector salud, que les permita avanzar en los procesos de mejoramiento continuo de procesos y la acreditación por la calidad.

**Guía de Buenas Practicas Seguridad del Paciente:** El propósito de esta guía es brindar a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación práctica de los lineamientos en sus procesos asistenciales, recopilar una serie de prácticas disponibles en la literatura médica que son reconocidas como prácticas que incrementan la seguridad de los pacientes, bien sea porque cuentan con evidencia suficiente, o porque aunque no tienen suficiente evidencia, son recomendadas como tales por diferentes grupos de expertos.

**Gestión del riesgo principios y directrices NTC-ISO 31000:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo. Conjunto de componentes que brindan las disposiciones de la organización para diseñar, implementar, monitorear, revisar y mejorar continuamente la gestión del riesgo a través de toda la organización.

#### **Fuentes sugerida de consulta:**

Guía de Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud.  
[http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia\\_evaluacion\\_de\\_tecnologias\\_en\\_salud.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia_evaluacion_de_tecnologias_en_salud.pdf)

<http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea2/2.2conceptos.html>

<http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2008/InformeReclamaciones.pdf>

**Código del Estándar: DIR 5****Estándar 79:**

La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

**Criterios:**

No aplica

**Descripción:**

La alta dirección debe definir, promover y evaluar la política de atención humanizada, el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad, la cual debe hacer referencia a:

**Relación con los pacientes y su familia**

- Basada en el Respeto.
- Fundamentalmente con el paciente pero debe incluir su entorno.
- Incluye una comunicación clara y fluida.
- Debe generar confianza en el paciente y empatía y solidaridad en el equipo.
- Aunque propicia la confianza debe guardar la distancia que caracteriza el acto profesional.

**Respeto a la autonomía del paciente:****Consentimiento Informado**

- Es un proceso y no simplemente un papel o un requisito Legal.
- Es responsabilidad del médico tratante con apoyo del equipo de salud.

- El paciente debe recibir toda la información, de manera clara y adecuada a sus capacidades.
- Debe existir una amplia oportunidad para las preguntas por parte del paciente y su familia.
- Debe suministrarse toda la información sobre el procedimiento que se va a realizar y sobre sus alternativas, evitando sesgos.
- Debe incluirse una amplia información sobre riesgos, consecuencias, complicaciones y limitaciones.
- El paciente debe tener la entera libertad de rechazar procedimientos propuestos o de interrumpir la terapia en cualquier momento.

**Voluntad Anticipada:** Expresa lo que la persona quiere que se le haga o no se le haga en situaciones críticas, en caso de no estar en condiciones de decidir en ese momento.

- Su plena validez legal.
- El momento ideal para expresarla.
- La posibilidad de revocarla, cambiarla o actualizarla.
- Debe ser lo más detallada posible.
- Solamente se emplea en caso de que el firmante no esté en capacidad de tomar decisiones.

**Respeto a la Intimidad, a la Confidencialidad y a la Privacidad.** (Arquitectura y Actitud Hospitalaria)

**Control del dolor.** (Práctica Clínica)

**Análisis:**

**Marco Teórico:**

La medicina y las ciencias de la salud han tenido un desarrollo científico sin

precedentes en los últimos años; de las otrora rudimentarias técnicas, se ha avanzado hacia el desarrollo de métodos novedosos para el diagnóstico y el tratamiento de cada vez más enfermedades. Las posibilidades de sobrevivencia ante condiciones antes mortales son cada vez mayores y los límites de la vida se han ampliado tanto en sus inicios (bebés cada vez más prematuros, que pueden sobrevivir gracias a los avances en la neonatología) como en el final de la vida (el cual se puede retrasar con nuevas medidas terapéuticas, unidades de cuidado intensivo, nuevos medicamentos, entre otros).

La tecnología contribuye a que tengamos información en línea sobre los antecedentes de los pacientes en tiempo real, lo cual puede ser definitivo a la hora de atender un paciente con una urgencia vital; las imágenes diagnósticas han evolucionado hasta cortes y proyecciones antes inimaginables y permiten conocer en su intimidad más profunda la anatomía y el funcionamiento del cuerpo humano.

En muchos casos, es posible programar en computador la intervención (por ejemplo radioterapia) para garantizar la máxima precisión, a través de simuladores y anticipar los posibles resultados de una intervención determinada. La lista de logros y posibles desarrollos sería interminable. Todos estos elementos, contribuyen a mejorar la calidad de la vida y hacen posible, en forma directa o indirecta, que la esperanza de vida al nacer sea cada vez mayor.

Detrás de los logros maravillosos de la ciencia, hay entonces crecientes efectos paradójicos. Algunas de las críticas mayores al fenómeno de la tecnificación, se relacionan con las imposiciones de poder que ejerce el sector salud sobre el resto de la sociedad, dada la asimetría de información, entre quienes ostentan y determinan el uso de la tecnología y aquellos que la requieren. Es evidente una medicalización creciente de la sociedad. La presión para que se destinen cada vez mayores recursos a los sistemas de salud, pone de presente el riesgo de excesos en los gastos, que no siempre repercuten en resultados positivos para la sociedad

y que pueden generar desbalances con otros sectores que necesitan recursos para poder obtener los beneficios que la sociedad espera de ellos, por ejemplo el sector educativo.

Desde esta perspectiva, la aplicación de la tecnología puede omitir, a veces, los intereses legítimos de los seres humanos a quienes va dirigida y convertirse en un factor de deshumanización en beneficio de otros intereses. Muchos ejemplos podrían ser concluyentes, baste el del llamado encarnizamiento terapéutico en el que se excede innecesariamente la aplicación de recursos tecnológicos, sin claros beneficios para los pacientes, sobre todo si dichos servicios están cubiertos por un determinado seguro.

A la vez, es notoria y creciente, una distancia cada vez mayor entre profesionales de la salud y pacientes. Esta deshumanización es reflejo de la ocurrencia de fenómenos sociales similares en materia de comunicación entre seres humanos y tiene importancia especial en el caso de los servicios de salud, pues es justamente cuando el ser humano enferma, que requiere mayor atención, diálogo y proximidad.

Las propias instituciones de salud contribuyen a la deshumanización desde su estructura y sus procesos a la pérdida de contacto entre los seres humanos. A veces los edificios en los que se atiende la salud, carecen de comodidades y sus estructuras son hostiles y poco sensibles a las necesidades de los usuarios. Con mucha frecuencia se trasgrede la intimidad y la privacidad, a veces las áreas de trabajo son ruidosas e impiden el reposo de los enfermos.

Además las instituciones también pueden expresar signos de deshumanización hacia sus propios colaboradores, imponiéndoles condiciones de trabajo poco dignas, vulnerando sus derechos o limitando sus posibilidades de desarrollo.

La deshumanización es entonces mucho más que un problema de relación entre seres humanos, es un problema sistémico y debe ser visto en forma más global para ser entendido y atendido.

Es evidente que la práctica clínica está cada vez más institucionalizada y es mediada por agentes externos diversos, en nuestro caso las aseguradoras y demás pagadores, los directivos de las instituciones en las que se atienden los pacientes, los productores de tecnología y otros.

En los últimos años, ha tenido un auge importante el desarrollo de procesos de calidad en las instituciones de salud. Los sistemas de gestión de la calidad sirven a las instituciones para orientar mejor su trabajo y obtener resultados positivos para los pacientes, sus familias y la comunidad en general. En el caso de los servicios de salud, los modelos de evaluación con estándares específicos para salud han tenido una acogida importante, en especial la acreditación en salud.

La especificidad de la evaluación de los estándares de acreditación en salud sirve para que las instituciones mejoren en aspectos significativos para la vida de los usuarios, que es el fin último de las actuaciones de todos los trabajadores de la salud.<sup>13</sup>

**Requisitos Legales:**

No aplica

**Beneficios:**

- Generar en los colaboradores un sentido humano durante la prestación del servicio.

---

<sup>13</sup> RODRÍGUEZ, Carlos Edgar. Humanización de la atención en salud y acreditación. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Revista%20Normas%20y%20Calidad%20N%C2%B0%2087.pdf>

- Mejorar la empatía de los colaboradores con el paciente, lo cual mejora la percepción y la imagen de la IPS.
- Respeto al criterio del paciente.
- Debe generar confianza en el paciente y empatía y solidaridad en el equipo.
- Propicia confianza respetuosa entre el paciente y el profesional
- Se orienta hacia una comunicación clara y fluida
- El paciente debe recibir toda la información, de manera clara y adecuada a sus capacidades.
- Abre un amplio espacio para que las familias y paciente realicen las preguntas que requieran para conocer claramente su diagnóstico, tratamiento, beneficios, consecuencias, complicaciones y limitaciones.
- El paciente debe tener la entera libertad de rechazar el procedimiento propuesto o de interrumpir la terapia en cualquier momento.
- Permite que el paciente exprese los procedimientos que quiere que se le haga o no se le haga en situaciones críticas, en caso de no estar en condiciones de decidir en ese momento.

### **Barreras para el logro:**

#### **El entorno de los sistemas de salud**

- Nuevos actores en la relación con los pacientes.
- Restricciones de tiempo y presiones para la productividad.
- Barreras de acceso a la atención.
- Limitaciones a la libre elección.
- Preponderancia de los factores financieros sobre los humanos.

#### **La Tecnología**

- Avances extraordinarios en las tecnologías médicas, de comunicación y de informática que deberían favorecer al paciente.
- El uso de la tecnología demanda tiempo y esfuerzo.
- Pueden constituir una barrera que no debería existir.

- Los aparatos se interponen entre las personas.

### **La desprofesionalización de la Medicina**

- Limitación de la autonomía médica.
- Disminución de los autocontroles éticos
- Mayor acceso público a información médica.
- Mayor actuación esencialmente técnica en muchos procedimientos.<sup>14</sup>

### **Herramientas:**

Estrategias para humanizar y promover el buen trato en la atención a personas mayores dependientes institucionalizadas en residencias y centros de día.

### **Fuentes sugerida de consulta:**

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/11622/1/proyecto%20maltrato2.pdf>  
"Bioethics, the science of survival" .(Potter, Van Rensselaer, *Bioethics the science of survival*. Perspectives in Biology and Medicine. Vol 14(1970)pp 127-153.)

---

<sup>14</sup> ESGUERRA G., Roberto. Humanización de la atención hospitalaria. Presentación del I Congreso de Acreditación en Salud. 2013.

**Código del Estándar: DIR 6****Estándar 80:**

La organización tiene diseñada, implementada y evaluada una política de prestación de servicios de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población a la que sirve, sin discriminación. La política es parte del direccionamiento estratégico y se articula con la política de calidad de la institución.

**Criterios:**

-

La política de prestación de servicios está dirigida a usuarios, familiares y colaboradores.

- La política refleja las necesidades en salud del tipo de usuarios o de la población a la que presta sus servicios y promueve el uso de la evidencia y de buenas prácticas en atención primaria en salud y salud pública, según corresponda.

- La organización asegura que las políticas, las directrices, los procesos y los procedimientos de prevención de enfermedades y promoción de la salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de salud pública.

- Tiene definidos el despliegue y la asignación de recursos y responsabilidades para su aplicación, evaluación y revisión.

- El personal está familiarizado con la política de prevención de enfermedades y promoción de la salud y se incluye en los procesos de inducción del personal nuevo.

- Se asegura un plan para la evaluación de la política, incluidas las directrices para la recolección y el análisis de datos sobre la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud y se verifica su cumplimiento.

- Se asegura la competencia necesaria del personal asistencial y de apoyo que tiene a su cargo la implementación de la política para llevar a cabo la prevención

de enfermedades y la promoción de la salud.

- Se asegura la presencia de estructuras e instalaciones, incluidos los recursos, espacio, equipo, etc., a fin de aplicar la prevención de las enfermedades y las actividades de promoción de la salud.

### **Descripción:**

La alta dirección debería establecer una política para la prestación de servicios de salud, orientada e implementada en los usuarios, familiares y colaboradores hacia la promoción y prevención de enfermedades, por la cual la organización se compromete al cumplimiento y medición de servicios de salud orientados al cumplimiento de atributos de la calidad establecidos para el sistema único de acreditación en salud tales como seguridad, Eficacia, accesibilidad, oportunidad, pertinencia, efectividad, aceptabilidad, competencia, coordinación y continuidad, así mismo se debe asegurar la infraestructura adecuada para la prestación del servicio.

### **Análisis:**

#### **Marco Teórico:**

Los sistemas de salud actuales son inapropiados, pues fueron concebidos para manejar pacientes con afecciones agudas y hoy el principal problema sanitario lo constituyen las enfermedades crónicas.

Los hospitales surgieron para aislar y tratar pacientes con enfermedades infecciosas, y con el paso del tiempo se desarrollaron los sistemas de salud teniendo al hospital como centro. Ese modelo, el que persiste hasta el momento actual, es adecuado para tratar pacientes con colecistitis, angina inestable o un traumatismo, pero es inapropiado para manejar pacientes con afecciones

crónicas.

La carga global de enfermedad del mundo actual está determinada por enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, asma, depresión, cardiopatía isquémica y artrosis, las cuales necesitan fácil accesibilidad al equipo de salud, junto a tiempos de consulta más extendidos, algo que los actuales sistemas de salud no están en condiciones de brindar. Esto llevó a que la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) planteara la necesidad de perfeccionar los sistemas de salud, tratando de hacer efectivo el principio de salud para todos basándose en evidencia.

Esta propuesta de la O.M.S. implica un cambio de paradigma: pasar de un modelo de asistencia basado en el manejo de la enfermedad en el hospital a otro basado en la promoción de la salud en la comunidad, para lo cual los médicos no están preparados.<sup>15</sup>

**Requisitos Legales:**

- Decreto 2193 de 2004: El decreto tiene por objeto establecer las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional.
- Circular externa 064 de 11 de agosto de 2004: La circular son las instrucciones a los procedimientos para el reporte de la información de las instituciones públicas prestadoras de servicio de salud.

---

<sup>15</sup> SANDOVAL, Edgardo. ¿Qué es la gestión clínica? Disponible en: [http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes33/art\\_09.pdf](http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes33/art_09.pdf)

### **Beneficios**

- Contar con personal capacitado para la prestación del servicio.
- Prestación de servicios adecuados y pertinentes a las necesidades de los usuarios.
- Minimización de las enfermedades crónicas en los pacientes.
- Comodidad del paciente.

### **Barreras para el logro:**

- Ingreso de personal a la organización sin mallas de entrenamiento.
- La organización no cuente con los recursos necesarios para la prestación adecuada del servicio.
- Inadecuado despliegue de los lineamientos de la organización a los colaboradores.
- Falta de sensibilización del personal en la implementación de las normas establecidas por la organización para el desarrollo de sus actividades.
- 

### **Herramientas:**

**Guía de Instrucción Instrumento para la Gestión del Cambio Organizacional en IPS Con énfasis en Evaluación de los Procesos de Mejora:** es el resultado del trabajo de una búsqueda sistemática de evidencias y mejores prácticas en evaluación de las necesidades de los clientes por medio de la identificación de mejores prácticas, así como de las experiencias exitosas que al respecto se han podido documentar dentro del contexto del sector salud.

### **Fuentes sugerida de consulta:**

[http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes33/art\\_09.pdf](http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes33/art_09.pdf)

<http://www.cgh.org.co/blogs/wp-content/uploads/2009/03/gestion.pdf>

[http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia\\_gestion\\_cambio\\_organizacional.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia_gestion_cambio_organizacional.pdf)

<b>Código del Estándar: DIR 7</b>
<b>ESTANDAR 81:</b>
<p>Existe un proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.</p>
<b>Criterios:</b>
No aplica
<b>Descripción:</b>
<p>Debe existir un proceso que garantice la ejecución del plan estratégico y planes operativos y además asegura la disponibilidad de recursos para la prestación de servicios en la actualidad y en el futuro.</p>
<b>Análisis:</b>
<p><b><u>Marco Teórico:</u></b></p> <p>El estudio financiero es el análisis de la capacidad de una empresa para ser sustentable, viable y rentable en el tiempo. La viabilidad de una organización consiste en su capacidad para mantenerse operando en el tiempo. En las empresas, la viabilidad está íntimamente ligada con su rentabilidad.</p> <p>En los últimos años la viabilidad financiera del Sistema de Salud y por ende de las entidades que pertenecen a este ha decaído debido a que los recursos no son planificados y gestionados de manera adecuada para esto se deben realizar</p>

ajustes necesarios que garanticen el funcionamiento del Sistema de Salud a largo plazo de tal manera que las entidades pertenecientes al mismo sean viables financieramente; el problema principal de las entidades prestadoras de servicios de salud es maximizar su utilidad y minimizar sus costos de producción.

**Requisitos Legales:**

- Constitución Política de Colombia. Artículos 360. “La ley determinará las condiciones para la explotación de los recursos naturales no renovables así como los derechos de las entidades territoriales sobre los mismos.
- Ley 643 de 2001: Por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar.

**Beneficios:**

- Disponibilidad de recursos para las unidades funcionales, colaboradores y las diferentes actividades propuestas en la organización.
- Recursos financieros debidamente planificados y gestionados para responder adecuadamente en la prestación de servicios a corto y mediano plazo.

**Barreras para el logro:**

- Realización no adecuada de estudios de mercados en los que se identifique claramente las necesidades y expectativas de los usuarios
- Oferta de servicios no coherente con la capacidad de la organización y la demanda.

**Herramientas:**

La siguiente herramienta consiste en determinar cómo la organización asegura la disponibilidad de recursos necesarios para llevar a cabo el plan estratégico y operativo, y estar en la capacidad de prestar los servicios actuales y futuros

Cuadro 7. Aseguramiento de los recursos.

PLAN ESTRATEGICO PLANES OPERATIVOS	SERVICIOS ACTUALES SERVICIOS FUTUROS
Asegurar la disponibilidad de recursos mediante prestación de servicios que sean sostenibles económicamente	

Otra herramienta que suministra valiosa información a la empresa es la medición y seguimiento de indicadores financieros con respecto a su patrimonio, ventas, activos.

**Fuentes sugerida de consulta:**

Núñez, Jairo. Zapata, Juan Gonzalo. La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano -Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. 2012. Disponible en: [http://adida.org.co/pdf/salud\\_2012/la\\_sostenibilidad.pdf](http://adida.org.co/pdf/salud_2012/la_sostenibilidad.pdf)

<b>Código del Estándar: DIR 8</b>
<b>Estándar 82:</b>
Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le hace seguimiento a:
<b>Criterios:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultado de los indicadores del sistema de información para la calidad.</li> <li>- Evaluación de la gestión clínica incluyendo los resultados clínicos ajustados.</li> <li>- Evaluación de los atributos de la calidad y su mejoramiento</li> <li>- Evaluación de la revisión de utilización de los servicios: Sobreutilización y subutilización</li> <li>- El enfoque y los resultados de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la organización.</li> <li>- Evaluación de gestión de riesgo.</li> <li>- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</li> </ul>
<b>Descripción:</b>
<p>Los directivos de la organización deben actuar como facilitadores de la gestión clínica, realizar una toma de decisiones adecuadas y efectivas, a través del liderazgo de los profesionales en los procesos, en torno al cual se articulan el resto de los procesos de apoyo, basados en la información que arroja la atención integral la cual idealmente debe ser en una atención sistémica, continua y sin barreras de proceso del paciente (Gestión del riesgo, control de caídas, control de infecciones, registros completos, indicadores clínicos, entre otros) a través de la estandarización de los procesos clínicos, para lo cual se debe educar y entrenar a todo el personal de salud, educar a los pacientes y sus familias así como a los aseguradores.</p> <p>Por lo anterior se requiere de un ambiente abierto y participativo, desarrollar una</p>

dimensión multiprofesional en el trabajo y generando estrategias, políticas operativas y estructura de gobierno alineadas para facilitar e incentivar la buena práctica asistencial, entre otros.

Esto por esto que la organización se orienta a la prestación de servicios al paciente con la mejor atención posible con los recursos disponibles, para ello puede establecer una metodología que permita evaluar periódicamente los resultados de la prestación de los servicios, orientado a la toma de decisiones según su comportamiento, del cual se derivan oportunidades de mejoramiento que aportan al crecimiento de la organización.

Así mismo a través del Pamec se gestiona la calidad de una organización que requiere que sus integrantes comprendan el propósito de la calidad y sus beneficios; aplicando metodologías de evaluación y mejoramiento técnicamente diseñadas y basadas en evidencia científicamente probada, de acuerdo a la complejidad de los problemas de calidad enfrentados, de tal manera que los esfuerzos dedicados a la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud sean costo-efectivos.

La IPS puede implementar la gestión del riesgo, con el fin prevenir la ocurrencia de eventos que podrían impactar y afectar la prestación del servicio, colaboradores, usuarios y sus familias.

#### **Análisis:**

#### **Marco Teórico:**

Las responsabilidades de las organizaciones de salud son mayores, considerando las circunstancias sociales generadas por los movimientos de derechos humanos y civiles en los años 70, los cambios en los modelos de salud que confieren y ratifican los derechos y deberes a los usuarios de salud, las tendencias financieras, informáticas, políticas y de globalización presentadas a finales del

siglo XX y comienzos del siglo XXI.

La promoción de la salud tiene como una de sus cinco estrategias claves la reorientación de servicios de salud con el fin de mejorar el bienestar de la población usuaria fortaleciendo el componente preventivo dentro del Modelo de Salud.

Las otras estrategias claves son: el desarrollo de habilidades personales en salud mediante la educación en comportamientos saludables, la participación comunitaria que busca el empoderamiento, la formulación de políticas públicas saludables que tengan en cuenta la evaluación del impacto en salud y la creación de entornos que favorezcan la salud en las personas.

La gestión integral de las organizaciones de salud a través de estrategias como la gestión clínica proporciona herramientas de transformación organizacional imprescindibles para modificar la composición de los recursos utilizados al prestar los servicios de atención médica. Siguiendo los principios gerenciales de la calidad como son una organización enfocada hacia el cliente, la participación de las personas asumiendo responsabilidades para controlar sus procesos, una política de toma de decisiones basada en hechos y el desarrollo de una relación benéfica con los proveedores, se presenta un sistema gerencial de la organización en salud con herramientas y metodologías para mantener y mejorar la calidad de los procesos clínicos, administrativos y de agenciamiento de la salud.

La relevancia de este trabajo radica en que la Organización Mundial de la Salud evidenció en su informe anual del 2000 "La evaluación del desempeño de los servicios de salud del mundo"<sup>23</sup> que el desempeño de los servicios de salud es inferior al esperado dado el avance de la medicina moderna.

Para superar este desempeño sub-óptimo en el mundo se están formulando

Modelos de Salud. Algunos de los más difundidos son variantes de la estrategia de fortalecimiento de la Atención Primaria promulgada en la declaración de Alma-Ata<sup>24</sup>. Sin embargo, desde la declaración de Alma-Ata han surgido nuevos conocimientos a partir de los cuales es posible generar modelos de salud con nuevos énfasis y atributos.<sup>16</sup>

**Requisitos Legales:**

- Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 1446 de 2006: por el cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan indicadores para la monitoria para el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en la atención en salud. Anexo 1.
- Circular 030/2006: Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud; los indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención de salud (autoevaluación de la red prestadora de servicios de salud y atención del usuario) en las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica y el régimen de salud que administren, incluyendo las empresas de medicina prepagada, y los requerimientos de información.
- Guías Indicativas del PAME. Decreto 1011 de 2006: define Auditoria para el Mejoramiento como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud” que reciben los usuarios; y en el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006 establece que el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, PAMEC “es la forma a través de la cual la institución implementará el componente de Auditoria para el

---

<sup>16</sup> MODELO UNISALUD, 2. Modelo de Salud. Disponible en; <http://www.bdigital.unal.edu.co/637/5/9587016084.04.pdf>

Mejoramiento de la Calidad. "Por tanto el PAMEC es la manera particular en que cada Institución pone en marcha, operativiza o implementa el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud.

Si usted es Profesional Independiente considere los archivos de Auditoría aquí dispuestos a título informativo. El programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), en el componente de Auditoría Interna, NO se aplica a los Profesionales Independientes. **TENGA EN CUENTA** No son actividades de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud: -Revisiones del cumplimiento de requisitos de la estructura o de la existencia de procesos que desplieguen la Habilitación y no estén de manera explícita centrados en la funcionabilidad de procesos prioritarios. La Autoevaluación incluida en los Pasos de la Ruta Crítica del PAMEC, corresponde a un proceso diferente al de Autoevaluación para Habilitación.-Actividades de vigilancia y control -El documento que debe adjuntar al inscribir la Institución corresponde a la etapa de planeación (Pautas MPS versión 2007) por lo que se envía solamente el plan a realizar para el desarrollo de la auditoría. En la visita de verificación se evalúan las fases de ejecución, recomendar soluciones y seguimiento. -Si su IPS pertenece a una Red de Prestadores bajo una misma personería jurídica, pueden presentar al momento de inscripción de las diferentes sedes, un mismo PAMEC por cuanto los objetivos, metas y metodología son comunes.

- Circular 009 de 2012: La Superintendencia Nacional de Salud, por medio de la Circular 009 de 2012, modifica la Circular Única y establece la obligatoriedad de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), del reporte a esta entidad de indicadores de alerta temprana y calidad con una periodicidad pre establecida.

- Resolución 710 de 2012: La presente resolución tiene por objeto adoptar las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y su evaluación por parte de la junta Directiva.

- Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: busca "lograr la equidad en salud y el desarrollo humano" de todos los colombianos y colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial.

**Beneficios:**

- Adecuada gestión de la capacidad instalada de la IPS.
- Minimización de riesgos asociados a la prestación del servicio.
- Mejoramiento continuo de la organización, basado en el análisis de datos.
- Orientación a la prevención de eventos.

**Barreras para el logro:**

- Desconocimiento de metodologías para la implementación de estrategias para la gestión clínica.
- Desconocimiento de los beneficios económicos de la implementación de buenas prácticas.
- Limitación del recurso económico.
- Conflictos de valores y diferencias culturales, ética v/s economía

**Herramientas:**

**Guía de instrucción despliegue de la estrategia mediante el cuadro de mando integral:** Establecer los principios y las directrices que permiten a una IPS cuya gestión está basada en lo establecido por el SOGC y por tanto en la gestión de procesos transversales de atención a pacientes, adoptar de manera efectiva la herramienta de CMI como un instrumento útil para el cierre de ciclos de mejora de calidad.

**Guía Pedagógica, Control estadístico de procesos como generador de una cultura de la medición en las organizaciones de salud (IPS):** Provee a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de instrumentos prácticos, fáciles de utilizar, que mediante su uso sistemático, permita identificar las variaciones o fallas de mejores prácticas en materia de mejoramiento de la calidad aplicadas al sector salud, que les permita avanzar en los procesos de mejoramiento continuo de procesos y la acreditación por la calidad.

**Guías pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud:** Establecer cuáles son los principales problemas de calidad que la institución presenta, así como los procesos involucrados en su generación, los que serán objeto del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad. Para ello es necesario que se identifiquen fortalezas, carencias y oportunidades de mejoramiento.

**Gestión del riesgo principios y directrices NTC-ISO 31000:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo. Conjunto de componentes que brindan las disposiciones de la organización para diseñar, implementar, monitorear, revisar y mejorar continuamente la gestión del riesgo a través de toda la organización.

**Fuentes sugerida de consulta:**

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Control%20estad%C3%ADstico%20de%20Procesos%20en%20las%20Organizaciones%20de%20Salud.pdf>

[http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia\\_de\\_uso\\_cuadro\\_de\\_mando.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia_de_uso_cuadro_de_mando.pdf)

<b>Código del Estándar: DIR 9</b>
<b>Estándar 83:</b>
<p>La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.</p>
<b>Criterios:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.</li> <li>- Inducción y reinducción.</li> <li>- Evaluación de la aplicación del direccionamiento estratégico en el desempeño del colaborador.</li> <li>- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</li> <li>-</li> </ul>
<b>Descripción:</b>
<p>Este estándar se dirige al cumplimiento y medición de la implementación de los lineamientos de la alta dirección que garantizan desde el ingreso y de manera continua que los colaboradores de la organización conozcan la importancia de la seguridad del paciente, incentivando, promoviendo y gestionando la implementación de prácticas seguras, así como la prestación de servicios humanizados el cual se refleja en el respeto absoluto a la autonomía del paciente y a su derecho a tomar las decisiones en todo lo que tiene que ver con su vida, su salud y su muerte, en una atención amable, cálida, respetuosa, tolerante y esperanzadora al usuario, su familia y la comunidad, igualmente la gestión riesgo, le permite al colaborador conocer las medidas de protección a los usuarios, ante sus principales riesgos durante la prestación de servicios y haciendo énfasis en la prevención, finalmente la gestión de la tecnología, la cual a través de un</p>

adecuado manejo de equipos biomédicos se proporciona el mayor beneficio a los usuarios y la organización.

### **Marco Teórico:**

La orientación del personal en el sector salud se ha enfocado en adquirir conocimientos técnicos avanzados, sin embargo se ha dejado a un lado el potencializar aquellas habilidades blandas influyentes en la atención del pacientes, como son humanización, ética profesional

### **Requisitos Legales:**

- Resolución 1441 de 2013: Tiene por objeto establecer los procedimientos y condiciones de habilitación así como adoptar el Manual de Habilitación, está orientada hacia la gestión del riesgo y la seguridad del paciente.
- Resolución 13437 de 1991. En la cual se establecen los derechos y deberes de los pacientes.
- Ley 23 de 1981: Por la cual se dictan normas en materia de ética médica
- Ley 911 de 2004: Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

### **Beneficios:**

- Aseguramiento de la estandarización en la prestación del servicio por parte de los colaboradores.
- La organización se destaca por la prestación de servicios humanizados.
- El personal se orienta a la prestación de servicios de manera preventiva.

### **Barreras para el logro:**

- Falta de claridad en los lineamientos de la organización en temas de seguridad del paciente, humanización del servicio, gestión del riesgo y tecnología.

- No se tiene claramente establecido dentro de la malla de entrenamiento del personal la formación que el personal requiere para su adecuada prestación del servicio.
- La alta dirección no comprende la importancia de las tareas realizadas por el talento humano y su impacto en la atención al usuario.

**Análisis:**

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias, según los Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Pacientes del Ministerio de la Protección Social. Igualmente es uno de los ejes del Sistema Único de Acreditación en Salud e implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

Humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización. Por ello es de gran importancia tener en cuenta la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios, que debe realizarse en el contexto de la ética y los valores, de este modo se pretende atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social. Es de gran importancia que las instituciones prestadoras de servicios de salud, las universidades y organizaciones que forman profesionales en salud, implementen capacitaciones en humanización y que dichas temáticas sean

fundamentales en la atención y formación del personal, así se logra que las personas y usuarios de la salud sean considerados como seres humanos en un sentido global.

En enfoque del riesgo se establece la protección a los usuarios, de los principales riesgos en la prestación de servicios, por parte de los prestadores, haciendo énfasis en el cumplimiento de requisitos para evitar la presentación del riesgo. La calidad es uno de los tres ejes de la política de Prestación de Servicios y el Sistema Obligativo de Garantía de Calidad establece en sus componentes, un conjunto de normas que buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios.

El enfoque de la gestión de la tecnología cuenta con el manual de adquisición de tecnología biomédica del Ministerio de la Protección Social establece que a nivel de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) se requiere de una planeación en tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que las beneficie e igualmente que beneficie a los usuarios y al sistema en general. Propone adoptar metodologías de adquisición, prevenir el desbordamiento de los costos que puede producir la compra indiscriminada de alta tecnología y realizar esfuerzos en este sentido.<sup>17</sup>

#### **Herramientas:**

Para proporcionar orientación adecuada al personal se propone aplicar las siguientes guías, de manera que esa orientación sea integral y permita elevar las competencias del personal.

---

<sup>17</sup> COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, SEGURIDAD DEL PACIENTE, lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Disponible en: [http://201.234.78.38/ocs/public/seg\\_paciente/](http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/)

**Guía Pedagógica de Gestión por Competencias en Salud para el personal de las IPS.** Se fundamenta en un ejercicio de identificación de competencias tanto en la cultura de desempeño del recurso humano como en la cultura propia de la institución, que fortalezca el plan de mejoramiento del clima organizacional soportado en los fundamentos de la calidad. Con la aplicación de esta guía se pretende fortalecer el desarrollo de los Estándares de Acreditación del SOGC, relacionados con la adecuada calificación y competencia del personal para el trabajo a desarrollar, la definición de las calificaciones y competencias para el puesto de trabajo; la identificación de las necesidades de educación continua por el personal y la institución y la retroalimentación por los diferentes clientes relacionados con el puesto de trabajo.

**Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud:** El propósito de esta guía es brindar a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación práctica de los lineamientos en sus procesos asistenciales, recopilar una serie de prácticas disponibles en la literatura médica que incrementan y garantizan la seguridad de los pacientes.

**Guía para Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes:** Esta guía contiene las recomendaciones pedagógicas necesarias para abordar la temática; se recomienda al instructor sobre las herramientas y estrategias pedagógicas propuestas.

**Guía para la evaluación de tecnologías de salud (ETS) en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS):** Orienta al Fortalecimiento de la capacidad de analizar estudios de evaluación de tecnologías de salud y realizar evaluaciones económicas en IPS y EPS, para tomar mejores decisiones en el ámbito de la gestión estratégica y la práctica clínica.

**NTC-ISO 31000. Gestión del riesgo. Principios y directrices:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo. Conjunto de componentes que brindan las disposiciones de la organización para diseñar, implementar, monitorear, revisar y mejorar continuamente la gestión del riesgo a través de toda la organización.

**Fuentes sugerida de consulta:**

COLOMBIA, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD. Módulo Ejes de la acreditación. Disponible en internet <http://www.acreditacionensalud.org.co>  
Guía Pedagógica de Gestión por Competencias en Salud para el personal de las IPS. Disponible en internet [http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia\\_gestion\\_por\\_competencias.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia_gestion_por_competencias.pdf)

COLOMBIA., MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud. Disponible en internet <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>

COLOMBIA., MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía para Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes. Disponible en internet [http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia\\_estrategia\\_de\\_comunicacion.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia_estrategia_de_comunicacion.pdf).

COLOMBIA., MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía para la evaluación de tecnologías de salud (ETS) en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). Disponible en internet [http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia\\_evaluacion\\_de\\_tecnologias\\_en\\_salud.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia_evaluacion_de_tecnologias_en_salud.pdf)

COLOMBIA., MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Perfiles ocupacionales y normas de competencia laboral para auxiliares en las áreas de la salud. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud PARS. ISBN: 958-683-783-1. Bogotá. 2005

<b>Código del Estándar: DIR 10</b>
<b>Estándar 84:</b>
Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva.
<b>Criterios:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Todos los integrantes de la junta directiva reciben a su ingreso orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, así como sobre cómo realizar reuniones exitosas. Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo.</li> <li>- La educación continuada debe estar en el contexto de la filosofía, las políticas y los procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias.</li> <li>- Está definido cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta.</li> <li>- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</li> </ul>
<b>Descripción:</b>
Este estándar hace referencia a que se debe establecer una metodología para brindar asesoría y/o educación continua a la junta directiva idealmente de manera estructurada, iniciando con la orientación de la organización y sus funciones, metodologías de implementación de los procesos de direccionamiento en salud, estrategias de desempeño, innovación, competitividad y demás que se determinen en un periodo de tiempo con el fin de satisfacer las necesidades de actualización o desarrollo de conocimientos, actitudes, frente a los procesos de atención al usuarios y familias.

### **Marco Teórico:**

En Colombia el rápido crecimiento de la economía y el grado de inversión la hacen un lugar atractivo para los inversionistas, es por ello la importancia que las organizaciones estén preparadas y tener claramente definido y desplegado el código de buen gobierno.

Las juntas directivas tienen un papel muy importante en el desarrollo y despliegue de la estrategia, por lo que cada vez a sus integrantes se les exige mayor preparación para que sus aportes sean más productivos en la conducción de los destinos de los negocios.

Las prioridades de las juntas directivas se pueden dividir en once puntos: administración del riesgo, desarrollo sostenible, desarrollo de la estrategia, ejecución de la estrategia, planeación empresarial, participación de los accionistas, evaluaciones de la junta directiva, eficiencia de la junta, actualización profesional de sus miembros, planeación de la sucesión y cambios regulatorios.

Un punto clave es la administración del riesgo, por la forma rápida como está creciendo Colombia hace que el riesgo aumente, pues se mueven más rápido, hay más competencia y toca tomar riesgos para poder competir. La junta debe hacer seguimiento de los movimientos y evitar ese riesgo o preverlo.

Un punto importante es la educación, ya que las juntas directivas están incluyendo a personas más preparadas y hay mayor diversidad en la capacitación de los mismos en diferentes temas que tienen que ver con las áreas de la empresa, así mismo deben tener la capacidad de hacer una lectura adecuada del entorno y proyectar el futuro de la empresa. Sin olvidar que en la medida que la junta directiva cuente con una mayor preparación

La gerencia y la junta directiva trabajan juntas como parte de la estrategia, algunas

juntas directivas se preocupan por ella y otras la dejan de la mano de la gerencia. El papel que va a jugar la junta directiva es un acuerdo que deben hacer con la gerencia, aunque es un tema que suele generar conflictos. <sup>18</sup>

### **Requisitos Legales:**

- Ley 964 de 2005: Por la cual se dictan normas generales y se señalan en ellas los objetivos y criterios a los cuales debe sujetarse el gobierno nacional para regular las actividades de manejo, aprovechamiento e inversión de recursos captados del público que se efectúen mediante valores.
- Código de Comercio: Señala que los miembros de la Junta Directiva se deben elegir por la Asamblea General de Accionistas a través del sistema de cociente electoral, señala de manera general las normas de funcionamiento de este órgano social, pero deja su detalle a lo que establezca cada entidad a nivel de los Estatutos Sociales. En todo caso, en relación con el quórum para deliberar deben estar presentes la mayoría de los miembros, respecto del quórum para decidir las decisiones se adoptan por la mayoría de los votos presentes, salvo que estatutariamente se establezca un quórum deliberatorio o decisorio superior.

### **Beneficios:**

- Permite que la junta directiva conozca del desempeño de las estrategias y el desempeño de la organización, lo cual puede reflejarse nuevos lineamientos ajustados a las necesidades del negocio.
- Permite que la junta directiva se mantenga actualizada y orientada al desarrollo de nuevas.

### **Barreras para el logro:**

- Falta de claridad en la importancia de la implementación de esta

---

<sup>18</sup> PORTAFOLIO, Colombia se ha convertido en un sitio atractivo para la inversión extranjera. Disponible en: <http://www.portafolio.co/negocios/las-juntas-directivas-se-deben-sofisticar>

metodología de educación para la junta directiva.
<b>Análisis:</b>
<p>La Educación Continua es una modalidad educativa, dirigida a satisfacer las necesidades de actualización o perfeccionamiento de conocimientos, actitudes y prácticas que permiten lograr una mejor inserción y desempeño laboral de los profesionales, por tanto, en el concepto de educación continua normalmente no se incluye instrucción básica del lenguaje o alfabetización. Puede o no incluir programas de capacitación vocacional o desarrollo educacional general. Habitualmente el estudiante de formación continua tiene cierto nivel educativo o profesional y quiere mejorarlo u obtener el reconocimiento oficial a su capacitación o simplemente continuar y profundizar en su educación.</p>
<b>Herramientas:</b>
<p>La formación a la junta directiva se puede desarrollar a través de herramientas virtuales, a través de software que permiten la interacción del grupo de manera didáctica e innovadora.</p>
<b>Fuentes sugerida de consulta:</b>
<p><a href="http://portal2.edomex.gob.mx/dae/docencia/educacion_continua/index.htm">http://portal2.edomex.gob.mx/dae/docencia/educacion_continua/index.htm</a></p> <p><a href="http://www.deloitte.com/view/es_CO/co/servicios-ofrecidos/auditoria/gobierno-corporativo/juandas-directivas/">http://www.deloitte.com/view/es_CO/co/servicios-ofrecidos/auditoria/gobierno-corporativo/juandas-directivas/</a></p>

**Código del Estándar: DIR 11****Estándar 85:**

En las instituciones con sedes integradas en red, existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Lo anterior no es óbice para que cada uno de los prestadores posea un plan estratégico de trabajo fundamentado en los objetivos y metas del direccionamiento estratégico de la red, mencionado anteriormente.

**Criterios**

- El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se generan la sinergia y la coordinación en torno al usuario entre las diferentes sedes. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia.
- El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos.
- El presente estándar no exime a cada uno de los diferentes prestadores que hacen parte de la red de cumplir con los demás estándares y secciones descritos en este manual.
- La planeación y el gerenciamiento del estándar, si bien deben ser centralizados en cabeza de una red, no implica que las instituciones que la conforman no hagan parte de la planeación, la monitorización y la mejora de dichos procesos, de acuerdo con las directrices emanadas de la gerencia de la red.
- El estándar debe ser cumplido sin importar si las instalaciones físicas de los diferentes prestadores son propiedad o no de la organización que gerencia la red

<p><b>Descripción:</b></p>
<p>Este estándar establece un proceso de direccionamiento estratégico para las organizaciones con sedes integradas en red con el objetivo de apuntar a la promoción de alianzas entre las instituciones que conforman las redes y entre ellas, con el fin de tener en primera instancia un mayor conocimiento de la disponibilidad de los servicios que posee la red, de sus procesos y estructuras administrativas, los cuales son necesarios a la hora de coordinar la utilización de dichos servicios, que pueden ser, a su vez, fácilmente compartidos en sus prácticas, en su gestión y desarrollo, con el ánimo de generar un mejoramiento continuo y una retroalimentación mutua entre las entidades que pertenecen a la red orientados al cumplimiento de los objetivos estratégicos.</p>
<p><b>Análisis:</b></p>
<p><b><u>Marco Teórico:</u></b></p> <p>Las constantes reformas al Sistemas de salud han traído consigo cambios en los propósitos sociales, asistenciales, políticos y económicos, y al interior de las instituciones que lo integran, de esos cambios han surgido las redes de servicios de salud como medidas para la mejora del acceso a dichos servicios.</p> <p>La organización panamericana de la Salud (OPS), en el año 2010, define las redes integradas de servicios de salud como: “la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”</p> <p><b><u>Requisitos Legales:</u></b></p> <p>No aplica</p>

**Beneficios:**

- Prestación de servicios de orientados a mejorar la salud del usuario.
- Sinergia entre las instituciones que conforman la red y la principal.

**Barreras para el logro:**

- Falta de coordinación entre las instituciones que conforman la red.
- Los servicios ofertados no dan respuesta a las necesidades y expectativas de usuarios y familias.
- Modelos de atención centrados en la enfermedad.

**Herramientas:**

Las herramientas a utilizar para la implementación de este estándar deben ser las mismas utilizadas en los estándares 1 y 2, sin embargo los modelos y estructuras, deben ser constantemente revisados y socializados por todos los integrantes de la red para encontrar debilidades y fortalezas con el propósito de robustecer el funcionamiento de la red. Las redes de servicios de salud deben ser evaluadas en sus recursos financieros, humanos e infraestructura y de igual manera debe existir reciprocidad entre las instituciones que conforman la red en la planeación, gestión y prestación de los servicios de salud.

**Fuentes sugerida de consulta:**

MORALES ERASO, Natalia. Las redes integradas de salud: una propuesta en construcción [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/ab/abe56836-f233-459d-bc20-f5f29bf89ed3.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/ab/abe56836-f233-459d-bc20-f5f29bf89ed3.pdf)

<b>Código del Estándar: DIR 12</b>
<b>Estándar 86:</b>
Existe un proceso para establecer los parámetros de la relación docencia-servicio, alineados con el direccionamiento estratégico de la organización.
<b>Criterios:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal clínico-docente con formación en pedagogía.</li> <li>- Experiencia docente.</li> <li>- Políticas de formación y educación continuada.</li> <li>- Políticas de investigación.</li> <li>- Plan de desarrollo docente.</li> <li>- Definición clara de roles.</li> <li>- Asignación de responsabilidades.</li> <li>- Definición de recursos aportados por las partes. Evaluación de competencias.</li> <li>- Evaluación de la relación docencia-servicio por parte de la alta dirección.</li> </ul>
<b>Descripción:</b>
<p>Este estándar plantea que desde la alta dirección se implementen se establezcan y evalúen los lineamientos en la relación docencia- servicio, la cual se orienta a la formación de talento humano en salud competente, con alto sentido ético, de responsabilidad y compromiso social, a través del aseguramiento de las alianzas y planes de largo plazo entre las instituciones educativas e instituciones prestadoras o aseguradoras de servicios de salud, instituciones de servicios, de investigación o espacios comunitarios que intervienen en la atención integral en salud de la población para el desarrollo y fortalecimiento de escenarios de practica fundados en objetivos, principios y estrategias pedagógicas compartidas, para la</p>

generación de conocimiento y el desarrollo de soluciones a los problemas de salud de la población.

El personal clínico – docente se tienen en cuenta parámetros tales como su formación pedagógica, experiencia docente y evaluación de competencias.

Frente a los procesos se tiene en cuenta parámetros de formación y educación continuada, evaluación de competencias, plan de desarrollo docente y la asignación de responsabilidades.

En la estructura organizacional se tienen determinadas políticas de investigación y recursos aportados por las partes.

Para la evaluación de la relación docencia - servicio por parte de la alta dirección se establecer como metodología la evaluación de las fortalezas y debilidades, de acuerdo a ello se toman acciones para el mejoramiento.

#### **Análisis:**

##### **Marco Teórico:**

La relación docencia – servicio es el vínculo funcional que se establece entre las instituciones educativas y otras instituciones, con el propósito de formar talento humano en salud o entre instituciones educativas cuando por lo menos una de ellas disponga de escenarios de práctica en salud. Este vínculo se funda en un proceso de planificación académica, administrativa e investigativa de largo plazo, concertado entre las partes relación docencia- servicio.

Las prácticas Formativas en salud son las estrategias pedagógicas planificadas y organizadas desde una institución educativa que busca integrar la formación académica con la prestación de servicios de salud, con el propósito de fortalecer y generar las competencias, capacidades y nuevos conocimientos en los estudiantes y docentes de los programas de formación de salud, en un marco que promueve la calidad de la atención y el ejercicio profesional autónomo,

responsable y ético profesional.

El convenio docencia – servicio es el acuerdo de voluntades suscrito entre las instituciones participantes en la relación docencia – servicio, frente a condiciones, compromisos y responsabilidades de cada una de las partes formalizado en un documento. Cuando el escenario de práctica y la institución educativa tienen integración de propiedad, deberá existir un documento donde se definan los lineamientos de la relación docencia- servicio, el cual remplazara el convenio.

**Requisitos Legales:**

- Acuerdo 000003 (12 Mayo DE 2003): por el cual se adoptan los criterios de evaluación y verificación de los convenios docente-asistenciales necesarios para desarrollar los programas de pregrado o postgrado en el área de salud.
- Decreto 190 de 1996: Por el cual se dictan normas que reglamentan la relación Docente-Asistencial en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 3409 de 2012: Tiene por objeto definir los documentos que se deben presentar en aras de acreditar los requisitos exigidos en el artículo 100 de la ley 1438 de 2011, para el reconocimiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud “hospitales universitarios”.
- Ley 1438 de 2011: Tiene por objeto el fortalecimiento del sistema general de seguridad social de salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia atención primaria en salud permite la acción coordinada del estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.
- Decreto 2376 de 2010: El presente decreto tiene por objeto regular los aspectos atinentes a la relación docencia- servicio en programas académicos del área de la salud, sin importar el grado de participación o ausencia de ella en la propiedad que en las instituciones educativas tengan sobre los escenarios de

práctica o la naturaleza jurídica de los participantes.

- Resolución 3409 de 2012: La presente tiene por objeto definir los documentos que se deben presentar en aras de acreditar los requisitos exigidos en el Art. 100- ley 1438 de 2011, para el reconocimiento de las instituciones prestadoras de servicio de salud como “ Hospitales Universitarios”

- Ley 1438 de 2011: tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

- Decreto 2376 de 2010: El presente decreto tiene por objeto regular los aspectos atinentes a la relación docencia - servicio en programas académicos del área de la salud, sin importar el grado de participación o ausencia de ella en la propiedad que las instituciones educativas tengan sobre los escenarios de práctica o la naturaleza jurídica de los participantes.

- Ley 1188 de 2008: Por la cual se regula el registro calificado de programas de educación superior, para poder ofrecer y desarrollar un programa académico de educación superior que no esté acreditado en calidad, se requiere haber obtenido registro calificado del mismo.

El registro calificado es el instrumento del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior mediante el cual el Estado verifica el cumplimiento de las condiciones de calidad por parte de las instituciones de educación superior, esas condiciones son:

La correspondencia entre la denominación contenidos curriculares, metas, Justificación y pertinencia.

Contenidos curriculares.

Formación en investigación.

Relación efectiva que proyecte a la universidad con la sociedad.

Número y calidad del personal docente

Medios educativos de enseñanza

Infraestructura física en aulas, bibliotecas, auditorios, laboratorios y espacios para la recreación y la cultura,

- Ley 1164 de 2007: La presente ley tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos. Por Talento Humano en Salud se entiende todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud.

**Beneficios:**

- Reconocimiento y prestigio de la IPS y/o universidad por motivo del convenio de docencia- servicio.

**Barreras para el logro:**

- Diferencias entre los lineamientos de la organización y las entidades educativas.

- Altos niveles de exigencia para el establecimiento de convenio docencia-servicio no puedan ser alcanzados por las universidades interesadas.

-

**Herramientas:**

**Lineamientos para una política nacional de investigación en salud:** La presente propuesta se orienta a definir mecanismos estratégicos y operativos para implementar una Política Nacional de Investigación en Salud para Colombia, con

énfasis en salud pública, en la perspectiva de que se constituya en un instrumento socialmente legitimado, que permita concertar intereses, movilizar recursos, coordinar acciones de las diferentes instituciones, públicas y privadas, y de otros actores y sectores sociales comprometidos con los procesos de investigación en salud, y la disseminación y uso de sus resultados en el país.

**Programa apoyo a la reforma en salud - organización panamericana de la salud OPS/OMS programa de recursos humanos- Modelo de Evaluación de la Relación Docencia-Servicio Criterios Básicos de Calidad para Centros de Prácticas Formativas:** identifica y precisa requerimientos básicos de calidad, estándares o criterios de evaluación, a los cuales deben responder tanto la misma relación interinstitucional, como los escenarios de los servicios de salud en los cuales se desarrollan las “prácticas formativas”, de los diferentes programas educativos del personal de salud.

**Guía pedagógica de gestión por competencias en salud para el personal de las IPS:** Contribuir al fortalecimiento de la mejora de la calidad de los hospitales y clínicas de Colombia, mediante el uso y aplicación de la guía pedagógica como instrumento que proporciona el mejoramiento continuo de la calidad para el personal que trabaja en la Institución y contribuye al fortalecimiento de la cultura organizacional en los procesos y procedimientos requeridos para el logro de la Acreditación Institucional.

**Política Docente Asistencial Hospital San Blas:** Diseño de la política Docente Asistencial para establecer las características y los alcances de los convenios docente asistenciales suscritos por entidades formadoras y a la ESE Hospital San Blas y evaluar el grado de cumplimiento de los requisitos y normas que se definen para estos propósitos en el decreto 190 de 1996.

**Fuentes sugerida de consulta:**

[http://www.cedetes.org/files/LINEAMIENTOS\\_POLITICA\\_INVESALUD\\_14-12-07.pdf](http://www.cedetes.org/files/LINEAMIENTOS_POLITICA_INVESALUD_14-12-07.pdf)

[http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia\\_gestion\\_por\\_competencias.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia_gestion_por_competencias.pdf)

[http://pujportal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/vice\\_academica/1documentos\\_vice/MODELO%20EVALUACION%20RELACIONES%20DOCENCIA-SERVICIO.pdf.pdf](http://pujportal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/vice_academica/1documentos_vice/MODELO%20EVALUACION%20RELACIONES%20DOCENCIA-SERVICIO.pdf.pdf)

## **6.2 ESTÁNDARES DE GERENCIA**

Los estándares de gerencia permiten a la organización llevar a las unidades funcionales el direccionamiento estratégico de manera que los colaboradores desarrollen sus actividades encaminados a cumplir con los objetivos organizacionales planteados.

A continuación se muestra descripción, análisis y herramientas para cada uno de los estándares de direccionamiento:

**Código del Estándar: GER 1****Estándar 88:**

Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos.

**Criterios:**

- Una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores.
- Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de las respuestas.
- La descripción del proceso de atención al cliente.

**Descripción:**

Los procesos de las entidades, deben identificar y responder a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evaluar la efectividad de su respuesta a los procesos. Se debe tener en cuenta un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de las respuestas y una metodología para conocer e identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores, y tener en cuenta la descripción del proceso de atención al cliente.

**Análisis:****Marco Teórico:**

Donabedian y Williams, en los que se reconoce que la satisfacción del usuario

deber ser incluida en las evaluaciones del aseguramiento de la calidad, como un atributo de un cuidado de calidad; como un legítimo y deseable resultado, dado que la atención en salud no puede ser de alta calidad a menos que el usuario esté satisfecho. Por tanto, la satisfacción del usuario se entiende como uno de los atributos de la calidad.

Teóricamente también se partió de considerar las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, del modelo desarrollado por Donabedian, el cual propone un análisis de la calidad a partir de tres dimensiones -estructura, procesos y resultados.

Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura. Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta y en los trámites) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida).<sup>19</sup>

El sistema de información y atención al usuario (SIAU), propuesto por el ministerio de salud, y la aplicación del mismo como herramienta gerencial para la toma de decisiones y como pilar básico del SGCS, permite al usuario externo contar con un mecanismo de comunicación directo con los niveles gerenciales, a quienes expresan sus necesidades y expectativas para el logro de nuevos servicios o el mejoramiento de los mismos. Así mismo el ejercicio de participación ciudadana se ha hecho palpable a través de la participación de la asociación de usuarios, a

---

<sup>19</sup> GARCÍA, Evaristo. Calidad en la atención en salud, percepción de los usuarios, Hospital Universitario del Valle, HUV, ESE Cali, Valle, Colombia.2010. Disponible en: <http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/calidad-de-la-atencion-en-salud.pdf>

través del acompañamiento y veeduría que esta realiza durante el desarrollo de los planes de mejoramiento encaminados a la atención del usuario.<sup>20</sup>

**Requisitos Legales:**

- Decreto 2309 de 2002: Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 3. De la atención de salud. La Atención de Salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Artículo 4. De la calidad de la atención de salud. La Calidad de la Atención de Salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

**Beneficios:**

- Altos niveles de satisfacción de los usuarios, familiares y colaboradores.
- Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor.
- Reconocimiento de la organización.
- Estandarización del proceso de atención del usuario.

**Barreras para el logro:**

- No adherencia al proceso de atención al usuario establecido por la organización.
- Incumplimiento en los tiempos de respuesta establecidos.

---

<sup>20</sup> INSTITUTO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, CASO SIAU.

- Inadecuada identificación de las necesidades del usuario.
<b>Herramientas:</b>
Manual de apoyo para la implantación de la gestión de la calidad según la norma UNE 13816: Capítulo 5. Satisfacción del cliente.
<b>Fuentes sugerida de consulta:</b>
<a href="http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/calidad-de-la-atencion-en-salud.pdf">http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/calidad-de-la-atencion-en-salud.pdf</a> <a href="http://www.fomento.es/NR/rdonlyres/46E6424E-F140-4F6B-9463-FD0B2CAA31A8/25587/Cap5Medirlasatisfacciondelosclientes1.pdf">http://www.fomento.es/NR/rdonlyres/46E6424E-F140-4F6B-9463-FD0B2CAA31A8/25587/Cap5Medirlasatisfacciondelosclientes1.pdf</a>

<b>Código del Estándar: GER 2</b>
<b>Estándar 89:</b>
<p>La alta dirección promueve, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre el autocuidado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p>
<b>Criterios:</b>
<p>No aplica.</p>
<b>Descripción:</b>
<p>De acuerdo a los los lineamientos establecidos por la alta dirección, la organización desarrolla sus procesos de atención al usuario dirigidos a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, con el fin mantener y mejorar la salud del usuario, su familia y colaboradores, asegurando la adecuada ejecución de estos procesos a través de la socialización y evaluación al personal de salud.</p>
<b>Análisis:</b>
<p><b><u>Marco Teórico:</u></b></p> <p>En las últimas décadas el auge en las ciencias sociales trajo consigo un replanteamiento en los paradigmas en salud, lo cual fortaleció el enfoque de Promoción de la Salud que venía perfilándose desde 1945 con Henry Sigerist.<sup>2</sup></p>

Con este enfoque actualmente se pretende privilegiar el fomento y protección de la salud sin olvidar la necesidad de prevenir, tratar y rehabilitar al individuo.<sup>21</sup>

En el marco de estos movimientos en salud en el mundo, en Colombia, en 1991 se reformó la Constitución Política la cual consagra en su artículo 48 la Seguridad Social y la salud como derechos colectivos, y en el artículo 49 plantea que “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.”<sup>22</sup>

La Constitución aporta elementos esenciales que favorecen la convivencia, la solidaridad, la equidad en salud, la formulación e implementación de políticas públicas saludables y la descentralización como requisitos para conseguir mejores condiciones de vida para los colombianos. Estos elementos fueron retomados por el sector salud e implementados a través de la ley 100 “Ley de Seguridad Social Integral en Salud”<sup>23</sup>, considerada como el acto legislativo de mayor importancia en salud, puesto que pretende crear un servicio único, integrando el sistema de salud al Sistema de Seguridad Social.

En el plan decenal 2012- 2021 se establece la línea de promoción de la salud la cual reúne las acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios, necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su

---

<sup>21</sup> GARCIA OSPINA, Consuelo; TOBÓN CORREA, OFELIA. Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención Básica. Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205\\_2.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205_2.pdf)

<sup>22</sup> COLOMBIA, LEYES, DECRETOS, ETC. Constitución Política de Colombia. Santafé de Bogotá: ImpreAndes S.A. 1994. p 22, 23.

<sup>23</sup> COLOMBIA, LEYES, DECRETOS, ETC. Ley 100 de Seguridad Social Integral. Libro II, capítulo III, artículo 165. Santafé de Bogotá. 1993.

conjunto, logren intervenir y modificar los determinantes sociales de la salud en ese territorio y así las condiciones de calidad de la vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de su vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos.<sup>24</sup>

**Requisitos Legales:**

- Ley 100 de 1993: El conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.
- Resolución 412 del 2000: Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 1446 de 2006: por el cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan indicadores para la monitoria para el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en la atención en salud. Anexo 1.

---

<sup>24</sup> COLOMBIA, Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá, Marzo 15 de 2013

- Circular 030/2006: Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud; los indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención de salud (autoevaluación de la red prestadora de servicios de salud y atención del usuario) en las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica y el régimen de salud que administren, incluyendo las empresas de medicina prepagada, y los requerimientos de información.

- Guías Indicativas del PAMEC. Decreto 1011 de 2006: define Auditoria para el Mejoramiento como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud” que reciben los usuarios; y en el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006 establece que el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, PAMEC “es la forma a través de la cual la institución implementará el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad. ”Por tanto el PAMEC es la manera particular en que cada Institución pone en marcha, operativiza o implementa el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud.

El programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), en el componente de auditoría interna, no se aplica a los profesionales independientes, tenga en cuenta no son actividades de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud: -Revisiones del cumplimiento de requisitos de la estructura o de la existencia de procesos que desplieguen la Habilitación y no estén de manera explícita centrados en la funcionabilidad de procesos prioritarios. La Autoevaluación incluida en los pasos de la Ruta Crítica del PAMEC, corresponde a un proceso diferente al de Autoevaluación para Habilitación.- Actividades de vigilancia y control -El documento que debe adjuntar al inscribir la Institución corresponde a la etapa de planeación (Pautas MPS versión 2007) por lo que se envía solamente el plan a realizar para el desarrollo de la auditoria. En la

visita de verificación se evalúan las fases de ejecución, recomendar soluciones y seguimiento. -Si su IPS pertenece a una Red de Prestadores bajo una misma personería jurídica, pueden presentar al momento de inscripción de las diferentes sedes, un mismo PAMEC por cuanto los objetivos, metas y metodología son comunes.

- Circular 009 de 2012: La Superintendencia Nacional de Salud, por medio de la cual se modifica la Circular Única y establece la obligatoriedad de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), del reporte a esta entidad de indicadores de alerta temprana y calidad con una periodicidad pre establecida.

- Resolución 710 de 2012: La presente resolución tiene por objeto adoptar las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y su evaluación por parte de la junta Directiva.

- Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: busca "lograr la equidad en salud y el desarrollo humano" de todos los colombianos y colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial.

**Beneficios:**

- Población con hábitos de vida saludable.
- Disminución del riesgo de patologías crónicas.
- Prevención de enfermedades no trasmisibles y transmisibles.

**Barreras para el logro:**

- Personal con desconocimiento en promoción y prevención.
- Falta de adherencia de los usuarios los programas de promoción y

prevención.

- Falta de conciencia del usuario en la aplicación de actividades de autocuidado.

#### **Herramientas:**

##### **Prevenir el cansancio del personal de salud, paquetes instruccionales “Guía de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud:**

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias relacionadas con la prevención del cansancio del personal de salud, como causa de posibles eventos adversos.

##### **Guía Pedagógica, Control estadístico de procesos como generador de una cultura de la medición en las organizaciones de salud (IPS):**

Provee a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de instrumentos prácticos, fáciles de utilizar, que mediante su uso sistemático, permita identificar las variaciones o fallas de mejores prácticas en materia de mejoramiento de la calidad aplicadas al sector salud, que les permita avanzar en los procesos de mejoramiento continuo de procesos y la acreditación por la calidad.

##### **Guías pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención**

**en salud:** Establecer cuáles son los principales problemas de calidad que la institución presenta, así como los procesos involucrados en su generación, los que serán objeto del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad. Para ello es necesario que se identifiquen fortalezas, carencias y oportunidades de mejoramiento.

#### **Fuentes sugerida de consulta:**

<http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Control%20estad%c3%adstico%20de%20Procesos%20en%20las%20Organizaciones%20de%20Salud.pdf>

[http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia\\_de\\_uso\\_cuadro\\_de\\_mando.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia_de_uso_cuadro_de_mando.pdf)

[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205\\_2.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205_2.pdf)

[http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Prevenir\\_el\\_cansancio\\_del\\_personal\\_de\\_salud.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Prevenir_el_cansancio_del_personal_de_salud.pdf)

<b>Código del Estándar: GER 3</b>
<b>Estándar 90:</b>
Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.
<b>Criterios:</b>
No aplica
<b>Descripción:</b>
La organización debe definir lineamientos para direccionar y gestionar los servicios en características de tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud.
<b>Análisis:</b>
<p><b><u>Marco Teórico:</u></b></p> <p>La cobertura universal es un factor de equidad importante que puede ayudar a contrarrestar las grandes desigualdades que existen por ejemplo en los niveles de ingresos</p> <p>En Colombia la cobertura universal se ha planteado de la siguiente manera:</p> <p>El sistema colombiano reúne tres características que hacen parte de las principales lecciones o recomendaciones de la experiencia internacional (Informe WHO, 2010):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguro solidario (subsídios cruzados) con afiliación gratuita para personas de bajos ingresos.</li> <li>- La contribución es obligatoria.</li> <li>- El plan de beneficios (pool) es único y está financiado mediante un fondo nacional.</li> </ul> <p>Para el año 2012, la cobertura en salud estaba por encima del 90%</p> <p>Colombia está inserta definitivamente en la aplicación de la teoría escrita por el profesor Alan Enthoven de la Universidad de Stanford y fue el primer país del</p>

mundo que tomó esta teoría de la competencia administrada como una política de Estado vinculada al sector salud.<sup>25</sup>

**Requisitos Legales:**

- Constitución Política (art. 49). La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado.
- Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Art. 152. Los objetivos del sistema general de seguridad social en salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Art. 157. A partir del año 2000, todo colombiano deberá estar vinculado al sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el plan obligatorio de salud.

- Ley Ordinaria a la Salud de 2013. Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

**Beneficios:**

- Prestación de servicios de acuerdo a la capacidad de la organización en materia financiera, de infraestructura, recurso humano y demás recursos necesarios.

**Barreras para el logro:**

- Definición de estas características sin objetividad y debida planeación.

**Herramientas:**

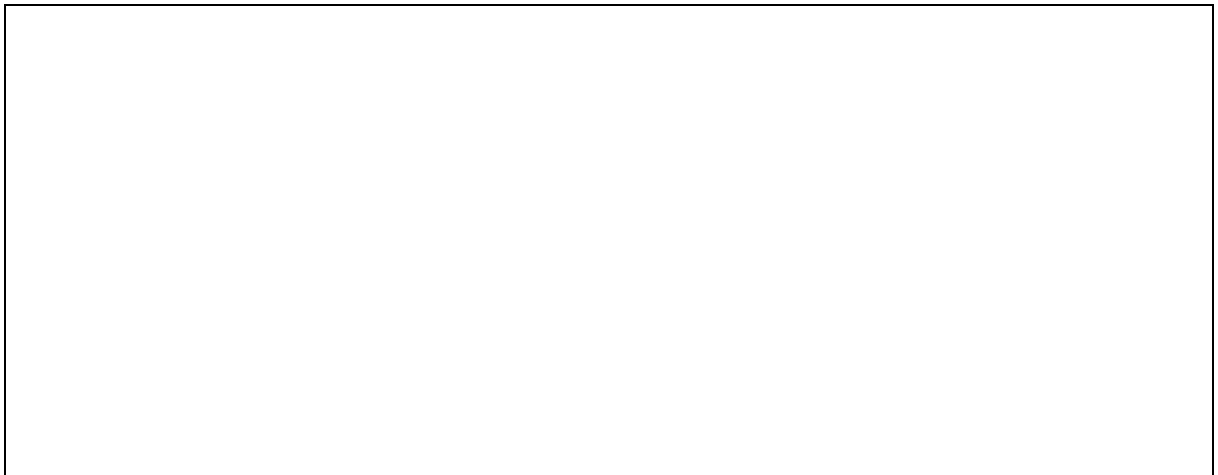
---

<sup>25</sup> UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Facultad de ciencias económicas. Alternativas para financiar el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia: avances, limitaciones y retos. Noviembre 8 y 9 de 2012.

La organización debe establecer lineamientos dirigidos a determinar claramente los servicios a proveer incluyendo características de suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud y de esta manera satisfacer a cabalidad las necesidades y expectativas de usuarios y familias.

**Fuentes sugerida de consulta:**

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Facultad de ciencias económicas. Alternativas para financiar el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia: avances, limitaciones y retos. Noviembre 8 y 9 de 2012.



<b>Código del Estándar: GER 5</b>
<b>Estándar 92:</b>
La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye:
<b>Criterios:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Un proceso planificado para la referenciación en el que se priorizan las prácticas que son objeto de esta referenciación.</li><li>- Una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.).</li><li>- Procesos de gestión clínica: adherencia a guías de práctica clínica, diligenciamiento de historia clínica y pertinencia diagnóstica, entre otros.</li><li>- Evaluación de resultados ajustados por riesgo.</li><li>- Eventos adversos.</li><li>- Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.</li><li>- Se implementan acciones de mejora a partir de los procesos de referenciación</li></ul>

realizado.

### **Descripción:**

Este estándar se orienta a que la organización se compare ya sea con referentes internos o externos, este proceso consiste en investigar, identificar, comparar y aprender de las mejores prácticas de otras organizaciones, sean del mismo sector o no, analizando ordenadamente el conjunto de factores que inciden en el éxito de las mismas, aprender de sus logros y aplicarlos en nuestros propios procesos de mejora.<sup>26</sup>

En el sector salud realiza un análisis comparativo de la práctica clínica, estadísticas del desarrollo de los procesos dentro de la IPS, implementación de los ejes de acreditación y demás que se consideren pertinentes, frente a estos resultados se desarrollan acciones de mejoramiento que permitan a la organización implementar mejores prácticas.

### **Análisis:**

#### **Marco Teórico:**

El Benchmarking como tendencia y técnica en apoyo a los procesos de mejoramiento de la calidad fue promovido y desarrollado desde y hacia los sectores industriales (Xerox Company, 1982), por ende, desde una óptica

---

<sup>26</sup> BENCHMARKING PARA LA REFERENCIACIÓN COMPETITIVA Y COMPARATIVA EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS)., pag 23, 1.1 Conceptos Generales de Benchmarking; Alcance y Tipos de Benchmarking <http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea2/2.2conceptos.html>

estratégica orientada a mercados altamente competitivos, progresivamente otros sectores de servicios y más tardíamente los sectores sociales entre ellos el sector salud, las aseguradoras de planes de salud y los hospitales, han ido incorporando progresivamente estas metodologías para la referenciación competitiva y en este caso más orientadas a la competencia basada en mejores prácticas de atención, mejora de procesos y mejora continua de la calidad.<sup>1</sup>

En la actualidad es una de las herramientas más utilizada en las organizaciones, con el fin de fortalecer sus áreas comerciales y de marketing estratégico de servicios, logrando ser competitivo en el mercado.

**Requisitos Legales:**

No aplica

**Beneficios:**

- Es aplicable a cualquier proceso.
- Es una excelente herramienta de mejoramiento continuo, pues exige el estudio continuo de los propios procesos de trabajo y el de otras empresas, detectado continuamente oportunidades de mejora.
- Es útil para hacer pronósticos del comportamiento de los mercados, y de los efectos de poner en práctica tal o cual estrategia, al estudiar los efectos de estrategias similares puestas en práctica por otras organizaciones.
- Es fuente de nuevas ideas para mejorar procesos y prácticas laborales.
- Ayuda a la fijación de objetivos y metas, al establecer estándares, o modelos con los cuales compararse se da a la organización un norte hacia el cual dirigirse.
- Ayuda a la planificación estratégicas de las organizaciones, pues es una herramienta útil para recopilar información sobre el mercado meta, los requerimientos financieros, lo más avanzado en los productos o servicios, etc.<sup>27</sup>

---

27

Benchmarking,  
[benchmarking.shtml#ventajasda#ixzz2gj9vGvG6](http://www.monografias.com/trabajos91/sobre-benchmarking/sobre-benchmarking.shtml#ventajasda#ixzz2gj9vGvG6)

<http://www.monografias.com/trabajos91/sobre-benchmarking/sobre-benchmarking.shtml#ventajasda#ixzz2gj9vGvG6>

**Barreras para el logro:**

- No contar con el pleno respaldo de la alta gerencia.
- Selección inadecuada del equipo de trabajo correcto y el tipo y método de benchmarking más adecuado al objetivo de mejoramiento.
- No ser realistas en la formulación del objetivo de búsqueda y sus potenciales resultados.
- Seleccionar inadecuadamente el proceso de Benchmarking más ligado a los objetivos estratégicos de la organización y a sus procesos centrales o clave.
- No desarrollar una amplia búsqueda de información dentro y fuera del sector.
- No comunicar durante el proceso los distintos avances obtenidos.
- Falta de claridad en la seleccionar adecuadamente las compañías objeto de comparación dentro y fuera del sector.
- No contar con una política de incentivos a las instituciones objeto de análisis (reconocimiento, publicaciones, menciones especiales, premios).
- Incluir en el equipo de benchmarking tanto a defensores como escépticos del proceso.

**Herramientas:**

**Guía pedagógica benchmarking para la referenciación competitiva y comparativa en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS):** Esta guía pedagógica responde a la combinación de las mejores prácticas identificadas a nivel nacional e internacional en materia de benchmarking para la referenciación comparativa y competitiva, que se constituye en una metodología útil e innovadora para su aplicación en forma generalizada en las clínicas y hospitales del país.

**Análisis y benchmarking del tratamiento de las reclamaciones y sugerencias en el sistema nacional de salud:** El objetivo principal de este proyecto es analizar y comparar todas las experiencias en los servicios regionales de salud e

identificar las buenas prácticas en el tratamiento de reclamaciones y sugerencias, en el sector de servicios sanitarios, u otros servicios que puedan ser utilizados como modelo para todo el Sistema Nacional de Salud.

**Fuentes sugerida de consulta:**

<http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea2/2.2conceptos.html>

<http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2008/InformeReclamaciones.pdf>

}

**Código del Estándar: GER 4****Estándar 91:**

La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico

**Criterios:**

- Responde a una política organizacional.
- Cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos.
- Incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos.
- Realiza acciones de evaluación y mejora.

**Descripción:**

En el desarrollo de sus actividades las organizaciones se enfrentan a factores externos e internos que influyen positiva o negativamente en el logro de los objetivos por lo tanto estos factores deben ser identificados así como el efecto que generan en la organización, lo cual se llama riesgo, además de realizar su análisis y evaluación con el propósito de determinar el tratamiento adecuado para gestionar dichos riesgos.

**Análisis:****Marco Teórico:**

La gestión del riesgo las entidades prestadoras de servicios de salud se ha enfocado en la seguridad del paciente, específicamente en la prevención de

errores y de eventos adversos. El riesgo es inherente en la prestación de servicios de salud debido a los diversos factores que hacen parte de ella y a la variabilidad de procedimientos clínicos

La eliminación definitiva de los riesgos es imposible, sin embargo se debe garantizar su identificación, prevención y mitigación de aquellos eventos adversos que pueden ser prevenibles y evitables.

Con la Ley 100 de 1993 se inició incipientemente con la gestión del riesgo o por lo menos con la identificación de la necesidad de analizar y evaluar los riesgos a través de la conformación del Sistema único de acreditación en salud así como el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en Salud.

En 2002 se adoptan los Manuales de estándares del Sistema Único de Acreditación por medio de la Resolución 1174 del mismo año, la cual fue modificada por la Resolución 1445 de 2006.

El Estudio IBEAS (Prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica) fue un proyecto desarrollado por Colombia en conjunto con México, Costa Rica, Perú y Argentina, con el patrocinio de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (OMS), la Organización Panamericana de Salud y el Soporte Técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo (España). En Colombia se seleccionaron doce instituciones públicas y privadas, distribuidas en 7 ciudades. El objetivo era conocer la prevalencia de eventos adversos en los hospitales y desarrollar metodologías para definir, registrar, diagnosticar, clasificar, reportar los eventos. Con el Estudio IBEAS no se inicia la política de seguridad del paciente de Colombia, pero si se integra exitosamente en ella y le hace importantes aportes. En 2007 el Ministerio de Protección Social publica unas herramientas dirigidas a los prestadores, con el fin de promover la implementación de la estrategia de seguridad de los pacientes. Por su parte la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá publicó los Lineamientos para la gestión del riesgo en las instituciones de salud del Distrito Capital, el concepto de gestión de riesgo fue enfocado más hacia

amenazas y riesgos de emergencias y desastres, con el fin de implementar la política de hospitales seguros y formular los planes hospitalarios de emergencia y en el 2008 ya se empieza a promulgar la Política de Seguridad del Paciente y la cual es un componente del SOGC.

En el 2010 el Ministerio de Protección Social divulga la Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, en la cual describe los principales procesos institucionales y asistenciales seguros para los pacientes, incentivando prácticas que mejoren la actuación de los profesionales e involucrando a los pacientes y sus allegados en su seguridad.

**Requisitos Legales:**

- Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1445 de 2006. la cual adopta los manuales de estándares de acreditación para las IPS y EAPB.
- Resolución 1043 de 2006. Por la cual se establece el Sistema Único de Habilitación para prestadores, que pretende controlar el riesgo asociado a prestación de servicios de salud y las condiciones en que se ofrecen estos servicios.

**Beneficios:**

- Los objetivos tienen más probabilidad de cumplirse
- Existe la necesidad de identificar y tratar los riesgos en la organización
- Incremento en el buen desempeño empresarial
- Generación de valor para las partes interesadas

**Barreras para el logro:**

- No inclusión del enfoque gestión del riesgo en el direccionamiento estratégico.
- La no definición de herramientas para identificar, evaluar y tratar riesgos.

- La no determinación de factores internos y externos que generan incertidumbre en la organización.

### **Herramientas:**

Para la gestión del riesgo se sugiere seguir la metodología propuesta en NTC ISO 31000 Gestión del Riesgo. Directrices y principios, la cual consiste en:

- Establecer el contexto interno: estructura organizacional, gobierno corporativo; políticas, estrategias y programas; sistemas de información y flujos de comunicación; cultura de la organización, entre otros
- Establecer contexto externo: ambiente social y cultural, político, legal, financiero, tecnológico, competitivo, entre otros a nivel regional, nacional e internacional en el que opera la organización.
- Comunicación y consulta: La organización debe determinar los mecanismos de comunicación interna y externa con los diferentes grupos de interés, además de la presentación de informes y rendición de cuentas ante ellos en cada una de las etapas del proceso de gestión del riesgo.
- Identificar riesgos: La organización debe determinar las fuentes de riesgo, áreas de impacto de la misma, causas y consecuencias, el propósito es obtener una lista de riesgos de acuerdo a aquellos eventos que pueden originar, aumentar, prevenir, retrasar el logro de los objetivos.
- Analizar riesgos: Esta etapa implica el desarrollo y comprensión del riesgo, considerando causas, fuentes de riesgo, consecuencias positivas y negativas y la probabilidad de que estas ocurran.
- Evaluar riesgos: Se toman decisiones para determinar cuáles riesgos requieren tratamiento de acuerdo al análisis realizado y la priorización de los mismos para la implementación del tratamiento adecuado.
- Tratamiento de riesgos: En esta fase se debe seleccionar una o más opciones para modificar los riesgos, y la implementación de dichas alternativas para ya sea su asimilación, eliminación, reducción o evitación.

**Monitoreo y revisión de riesgos:** Con estas actividades se puede garantizar que los controles determinados previamente sean eficaces y eficientes, mejorar la valoración del riesgo, identificar riesgos emergentes, cualquier cambio que implique revisión del tratamiento y priorización de riesgos.

**Fuentes sugerida de consulta:**

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN-ICONTEC. Gestión del Riesgo. Principios y directrices. NTC-ISO 31000. 2011.

PUERTO JÍMENEZ, Devi Nereida. La gestión del riesgo en salud en Colombia. Trabajo final presentado como requisito parcial para optar al título de Maestría en Administración Línea de Profundización. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Económicas. Bogotá. 2011. Disponible en internet <http://www.bdigital.unal.edu.co/7023/1/940622.2011.pdf>.

**Código del Estándar: GER 6****Estándar 93:**

Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad.

**Criterios:**

- Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades.
- Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación.
- Apoyo al desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
- Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento.
- Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización.

**Descripción:**

La alta gerencia debe proporcionar los recursos necesarios para el soporte de todas las actividades de seguimiento y mejoramiento de la calidad.

**Análisis:****Marco Teórico:**

La garantía de la calidad constituye un componente esencial de la gestión organizacional de cualquier tipo de empresa. La garantía de la calidad exige que se establezcan mecanismos de estandarización de procesos, de monitorización y evaluación que a su vez habrán de propiciar el mejoramiento continuo. Sin la

garantía de la calidad, la supervivencia y la competitividad no son posibles en ningún sector de la economía. En los servicios de salud, además, “la calidad constituye la dimensión ética de la vida profesional”, tal como lo expresa Donabedian.

Si se pretende el mejoramiento de la calidad, (garantía de la calidad en el lenguaje actual), se debe reconocer humildemente que es necesario todo tipo de acciones formales dentro de las instituciones de salud pero que sean sistemáticas y permanentes, tal como lo expresan Jessé (1989) y Ruelas (1990).<sup>28</sup>

En la garantía de la calidad en salud están inmersos lineamientos para la prestación de servicios enfocados en la seguridad del paciente y humanizados gestionando riesgos y recursos como la tecnología.

**Requisitos Legales:**

- Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Beneficios:**

- Prestación de servicios garantizando la calidad de la atención en salud

**Barreras para el logro:**

- No proporcionar y gestionar los recursos necesarios para las actividades de monitorización y mejoramiento

**Herramientas:**

Para garantizar que los recursos se gestionan adecuadamente se deben definir

<sup>28</sup> UNIVERSIDAD DEL ROSARIO. Garantía de la calidad en salud. Disponible en internet [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/7c/7cd57b74-a757-428a-b97c-c661e31b0c36.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/7c/7cd57b74-a757-428a-b97c-c661e31b0c36.pdf)

que actividad se va a monitorear, se determina el responsable de llevar a cabo esto, los mecanismos a utilizar definiendo cómo se realizará, los recursos necesarios para ello, la frecuencia de monitoreo y evidencia de que esta actividad se realizó

Para la implementación de este estándar se pueden tomar como referencia las siguientes guías

**Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud:** El propósito de esta guía es brindar a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación práctica de los lineamientos en sus procesos asistenciales, recopilar una serie de prácticas disponibles en la literatura médica que incrementan y garantizan la seguridad de los pacientes.

**Guía para Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes:** Esta guía contiene las recomendaciones pedagógicas necesarias para abordar la temática; se recomienda al instructor sobre las herramientas y estrategias pedagógicas propuestas.

**Guía para la evaluación de tecnologías de salud (ETS) en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS):** Orienta al Fortalecimiento de la capacidad de analizar estudios de evaluación de tecnologías de salud y realizar evaluaciones económicas en IPS y EPS, para tomar mejores decisiones en el ámbito de la gestión estratégica y la práctica clínica.

**Fuentes sugerida de consulta:**

COLOMBIA., MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud.

Disponible en internet  
<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20OT%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>

COLOMBIA., MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía para la evaluación de tecnologías de salud (ETS) en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). Disponible en internet  
[http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia\\_evaluacion\\_de\\_tecnologias\\_en\\_salud.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia_evaluacion_de_tecnologias_en_salud.pdf)

**Código del Estándar: GER 7****Estándar 94:**

La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos.

**Criterios:**

- Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.
- Proveen orientación para el proceso de atención del cliente.
- Son consistentes con el proceso de atención del cliente y su familia.
- Cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento

**Descripción:**

Debe existir un proceso que garantice el desarrollo y cumplimiento de metas y objetivos de los planes operativos, a este proceso se le debe hacer seguimiento y evaluación

**Análisis:****Marco Teórico:**

El Plan operativo es la principal herramienta de planeación de las entidades con la cual se hace la programación anual de las actividades estratégicas definidas para el cumplimiento de la política y objetivos estratégicos establecidos. Es el elemento articulador de lo estratégico y lo operativo, es decir, convierte la planeación estratégica en acciones concretas. Su construcción debe ser

participativa y concertada con todos los grupos de interés.

**Requisitos Legales:**

No aplica

**Beneficios:**

- Cumplimiento de objetivos y políticas
- Fomenta en la organización la gestión de recursos y orientación hacia el cumplimiento de objetivos
- Mejoramiento del proceso reflejado en una definición y ejecución adecuada del plan operativo.

**Barreras para el logro:**

- No coherencia con la misión y visión de la organización.
- Las actividades y recursos definidos no contribuyen al cumplimiento de objetivos.

**Herramientas:**

Para este estándar se debe tener en cuenta lo planteado en el estándar 2 de Direccionamiento en relación al plan operativo, en el que se hace el despliegue de los objetivos estratégicos describiendo actividades y recursos necesarios para su cumplimiento. Para la elaboración del Plan Operativo se deben considerar el entorno, los recursos humanos y financieros, la infraestructura técnica y tecnológica, datos históricos y las políticas públicas, entre otros aspectos. Por lo tanto se debe tener en cuenta las herramientas planteadas en el estándar 2 de Direccionamiento

Después de determinar los parámetros del planear como son objetivos estratégicos, estrategias y plan operativo se continua con la etapa del hacer la

cual consiste en ejecutar todas las actividades planeadas en los tiempos establecidos y con recursos disponibles; en la etapa del verificar se tiene como propósito determinar si las actividades ejecutadas corresponden a las planeadas y si se dio cumplimiento en su totalidad; en la etapa del actuar se toman acciones y decisiones para corregir o prevenir desviaciones. Para facilitar el desarrollo de cada etapa a continuación se muestra una herramienta para consignar como se desarrollan las mismas y la toma de acciones para su mejoramiento.

Cuadro 8. Herramienta para el logro de metas

<b>PLANEAR</b>	Objetivo estratégico
	Estrategia
	Plan operativo
<b>HACER</b>	Ejecución de estrategias en fecha establecidas
<b>VERIFICAR</b>	Actividades de seguimiento y monitoreo a los planes y estrategias, medición y análisis de indicadores
<b>ACTUAR</b>	Toma de acciones correctivas, preventivas y de mejora para la definición y ejecución de planes y estrategias

**Fuentes sugerida de consulta:**

Metodología para la elaboración del Programa Operativo Anual. Disponible en internet <http://ayuntamientoaguadulce.files.wordpress.com/2011/05/metodologia-para-elaborar-el-poa.pdf>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBA. Unidad de Emprendimiento. Direccionamiento estratégico. Disponible en internet <http://www.emprendimiento.unal.edu.co/DireccionamientoEstrategico.pdf>

**Código del Estándar: GER 10****Estándar 97:**

Existe un mecanismo implementado y evaluado en el ámbito organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y de los pacientes, sus familias o sus responsables, dirigido hacia otros clientes, familias, visitantes y colaboradores.

**Criterios:**

- Una política clara emanada de la alta gerencia que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y los compañeros de trabajo.
- Una política clara de protección de los colaboradores frente a comportamientos agresivos y abusivos de los clientes.
- Un mecanismo para evaluar los casos y establecer las acciones a que haya lugar
- Un mecanismo para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro su estancia en la institución. Esto incluye a todos los colaboradores de la organización, personal en práctica formativa, docentes e investigadores.
- Un mecanismo explícito para reportar a las autoridades competentes los comportamientos agresivos y abusos.

**Descripción:**

Existen mecanismos que tienen el propósito de prevenir y controlar comportamientos agresivos y abusivos entre trabajadores, usuarios y familiares.

## **Análisis:**

### **Marco Teórico:**

Tradicionalmente se opinaba que en buena relación médico paciente el profesional debía de lograr en sus enfermos tres cualidades: fe en la medicina, esperanza de la curación y comprensión con el médico siendo esta última la más escasa, puesto que la sociedad exigía al profesional más de lo que permitía la filantropía universal, creyendo que por el hecho solo de ejercer tan abnegada profesión, estaba obligado a curarlo todo.

La práctica médica en grandes hospitales y la alta tecnología han deshumanizado la interacción y no son pocos los casos en que el anterior binomio se ha transformado en lucha frontal. No obstante en este deterioro, es de reconocerse la clara y constante preocupación que existe, por que la práctica médica, además de ser una actividad científica, se sostenga en valores éticos y morales así como en comunicar eficazmente (tanto con el paciente como entre los compañeros) tener empatía, brindar un trato personalizado, poseer calidad técnica, comodidad y hacer una buena gestión de los recursos disponibles; elementos que destacan como ejes para definir la humanización de la asistencia de salud, estos criterios deben ser propios de todos los profesionales, administrativos y operativos, que laboran en dichas entidades es necesario que en el desarrollo de sus actividades tengan presente que el fin último es mejorar la salud de usuarios.

La orientación al personal debe estar enfocada a prevenir y controlar comportamientos agresivos y abusivos entre y hacia colaboradores, pacientes y familiares.

### **Requisitos Legales:**

- Ley 23 de 1981: Por la cual se dictan normas en materia de ética médica

- Ley 911 de 2004: Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

**Beneficios:**

- Prestación de servicios con empatía, calidad técnica y humanizada.
- Gestión óptima de los recursos disponibles.
- Personal con formación integral enfocada en los ejes de acreditación.

**Barreras para el logro:**

- Mecanismos no definidos claramente para reportar a las autoridades estos comportamientos agresivos y abusivos.
- En la orientación al personal no se incluye socialización de métodos para identificar, prevenir y controlar comportamientos abusivos y agresivos.

**Herramientas:**

Las herramientas propuestas para dar cumplimiento a este estándar corresponden a la implementación de las siguientes guías.

**Guía de Instrucción Desarrollo de Estrategias de Comunicación Interna hacia el Paciente:** proporciona pautas y métodos para que la relación y comunicación con el paciente sea humana y efectiva, de igual manera con familiares.

**Guía Pedagógica de Gestión por Competencias en Salud para el personal de las IPS.** Se fundamenta en un ejercicio de identificación de competencias tanto en la cultura de desempeño del recurso humano como en la cultura propia de la institución, que fortalezca el plan de mejoramiento del clima organizacional soportado en los fundamentos de la calidad. Con la aplicación de esta guía se

pretende fortalecer el desarrollo de los Estándares de Acreditación del SOGC, relacionados con la adecuada calificación y competencia del personal para el trabajo a desarrollar, la definición de las calificaciones y competencias para el puesto de trabajo; la identificación de las necesidades de educación continua por el personal y la institución y la retroalimentación por los diferentes clientes relacionados con el puesto de trabajo.

**Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud:** El propósito de esta guía es brindar a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación práctica de los lineamientos en sus procesos asistenciales, recopilar una serie de prácticas disponibles en la literatura médica que incrementan y garantizan la seguridad de los pacientes.

**Guía para Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes:** Esta guía contiene las recomendaciones pedagógicas necesarias para abordar la temática; se recomienda al instructor sobre las herramientas y estrategias pedagógicas propuestas.

**NTC-ISO 31000. Gestión del riesgo. Principios y directrices:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo. Conjunto de componentes que brindan las disposiciones de la organización para diseñar, implementar, monitorear, revisar y mejorar continuamente la gestión del riesgo a través de toda la organización.

Además se propone una herramienta complementaria para llevar control de hechos agresivos y abusivos que ocurran dentro de la organización, se consigna el proceso relacionado con el hecho, describir la situación, la fecha en que ocurrió y las acciones tomadas por las partes involucradas.

Cuadro 9. Herramienta control de hechos agresivos y abusivos

Proceso	Situación	Fecha Ocurrencia	Acción tomada	
			Agresor	Victima
Atención urgencias	La profesional de enfermería agredió verbalmente al paciente	Septiembre 25 de 2013	Memorando interno	Compensación en los servicios prestados

**Fuentes sugerida de consulta:**

COLOMBIA, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD. Módulo Ejes de la acreditación. Disponible en internet <http://www.acreditacionensalud.org.co>

Guía Pedagógica de Gestión por Competencias en Salud para el personal de las IPS. Disponible en internet [http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia\\_gestion\\_por\\_competencias.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia_gestion_por_competencias.pdf)

COLOMBIA., MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud. Disponible en internet <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>

COLOMBIA., MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía para Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes. Disponible en internet [http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia\\_estrategia\\_de\\_comunicacion.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia_estrategia_de_comunicacion.pdf).

COLOMBIA., MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía para la evaluación de tecnologías de salud (ETS) en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). Disponible en internet [http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia\\_evaluacion\\_de\\_tecnologias\\_en\\_salud.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia_evaluacion_de_tecnologias_en_salud.pdf)

COLOMBIA., MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Perfiles ocupacionales y normas de competencia laboral para auxiliares en las áreas de la salud. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud PARS. ISBN: 958-683-783-1. Bogotá. 2005

**Código del Estándar: GER 12****Estándar 99:**

Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo.

**Criterios:**

- Monitorización y gestión de la cartera.
- Análisis sistemático y gestión sobre resultados de indicadores financieros.
- Evaluación del impacto del plan estratégico y de los planes operativos.
- Análisis de la productividad.
- Análisis de costos.
- Gestión de inventarios.
- Gestión de seguros.
- Fomento de la cultura del buen uso de los recursos.
- Aplicación del código de ética en el uso de los recursos.
- Auditoría y mejoramiento de procesos.
- Seguimiento de contingencias cubiertas por accidentes de trabajo, enfermedad profesional y accidentes de tránsito, entre otros,
- Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades.

**Descripción:**

Los diversos recursos utilizados por la entidad para el desarrollo de sus actividades deben ser protegidos y controlados, y estar articulados con la gestión del riesgo.

**Análisis:****Marco Teórico:**

La organización para la prestación de servicios utiliza diversos recursos con el

propósito de satisfacer las necesidades y expectativas de pacientes y familiares a cambio de beneficios; la alta gerencia debe garantizar la gestión de los riesgos propios del negocio para que el costo de los mismos sea menor al beneficio o recompensa.

**Requisitos Legales:**

- Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (en adelante SOGC), del SGSSS a través del cual el Sistema Único de Habilitación define las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, necesarias para la entrada y permanencia de las EPS y prestadores en el sistema, que buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios.
- Ley 1122 de 2007 del MPS: la cual establece algunas modificaciones al SGSSS.

**Beneficios:**

- Recursos debidamente gestionados y articulados con el enfoque de riesgo, determinando cuales pueden ser críticos y afectar el normal desarrollo de los procesos de tal manera que se definan los controles adecuados

**Barreras para el logro:**

- Establecer equilibrio entre la responsabilidad de prestar servicios con calidad maximizando sus ganancias y reducir costos.

**Herramientas:**

Por cada proceso la organización debe identificar los recursos necesarios para el desarrollo de los mismos y además establecer parámetros de control de acuerdo a las actividades con el propósito de gestionarlos de manera adecuada y que

puedan ser articulados con la gestión del riesgo para realizar esto a continuación se muestra una herramienta que permite la identificación de estos aspectos:

Cuadro 10. Metodología para identificación de recursos en procesos

<b>Proceso:</b> Atención urgencias	
<b>Recursos</b>	<b>Parámetros de control</b>
Financieros Humanos( contratación de personal, incremento de competencias) Tecnológicos e infraestructura	Medición de la productividad. Costeo. Monitorización de los presupuestos. Manejo de los inventarios. Manejo de los seguros. Fomento a la cultura del buen uso. Auditoría de procesos. Seguimiento a contingencias.

Para las auditorías de procesos se puede utilizar la NTC ISO 19011. Directrices para la auditoría de los Sistemas de Gestión la cual proporciona orientación sobre la gestión, planificación y realización de auditorías del Sistema de Gestión y sobre las competencias de un auditor.

**Fuentes sugerida de consulta:**

RESTREPO, Carlos Andrés. GONZALEZ, Gustavo. Manual para la Gerencia de IPS de Baja y Mediana Complejidad en Colombia. Trabajo para Optar al Título de Especialista en Gerencia de IPS. Universidad CES. Facultad de Medicina. Medellín. 2004. Disponible en internet [http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/437/1/Manual\\_para\\_gerentes\\_IPS.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/437/1/Manual_para_gerentes_IPS.pdf)

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Norma Técnica Colombiana. Directrices para la auditoría de los Sistemas de Gestión.

## CONCLUSIONES

Los estándares de direccionamiento estratégico buscan la interrelación adecuada de las actividades y recursos que posee la organización, estableciendo un marco de acción que permita alcanzar objetivos, metas propuestas y el desarrollo de los planes de mejoramiento formulados para lograr la visión organizacional en las IPS, por medio de la definición e implementación de los estándares de gerencia. En este sentido, en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico se debe establecer una adecuada integración de la organización con el entorno, incluyendo necesidades y expectativas de los grupos de interés, procesos y colaboradores determinando la capacidad de la organización para dar cumplimiento a las mismas, todo esto bajo el enfoque de los ejes de acreditación.

Para la definición e implementación de estos estándares se debe contar con el compromiso de la alta dirección e integración de la misma en las diferentes actividades relacionadas con la definición, implementación, seguimiento, revisión y mejoramiento del direccionamiento estratégico en las unidades funcionales y para que de esta manera contribuya a la preparación de la organización para el logro de los estándares.

La identificación de necesidades de educación para la alta dirección es de gran relevancia para el desarrollo de la organización porque las estrategias definidas facilitan su contribución en el proceso de acreditación para que se cumpla con el objetivo de mejorar la calidad en los servicios de salud con una atención humanizada, segura y centrada en la satisfacción de los usuarios.

La definición de planes operativos permiten que los líderes de las mismas comprendan como su gestión se articula con el plan estratégico y cómo contribuye a logro de los propósitos organizacionales.

La definición y despliegue del proceso financiero permite a la organización orientar su gestión a la protección de los recursos y a su rentabilidad con el propósito de garantizar la sostenibilidad económica de la organización en el sector.

La identificación eficaz de necesidades y expectativas de clientes internos y externos busca que la organización esté en la capacidad de definir políticas y estrategias para dar cumplimiento a ellas y además determinar si se requiere la ampliación de los servicios.

Los definición de planes operativos en las unidades funcionales asistenciales y administrativas permiten la monitorización del presupuesto, fomentar la cultura de protección y control de recursos, enfoque en humanización de la atención, seguridad del paciente

## RECOMENDACIONES

Los estándares del SUA, se relacionan entre sí, por lo cual recomendamos que la alta dirección de las IPS inicie su proceso de acreditación, conociendo e implementando la guía metodológica de preparación y continuando con el desarrollo de los estándares de direccionamiento, puesto que formulan los lineamientos para el desarrollo de los demás grupos de estándares, lo cual le permite a la organización la ejecución de manera ordenada y estratégica.

El análisis realizado de cada estándar permite visualizar todo el contexto que enmarca cada uno de los estándares establecidos en el sistema único de acreditación, permitiendo a las organizaciones conocer todos los aspectos positivos y negativos a tener en cuenta, con el fin de facilitar su proceso de implementación.

El adecuado desempeño de los colaboradores impacta directamente en los niveles de satisfacción del usuario, por lo cual las organizaciones deben establecer las metodologías o procesos propios, que le permitan de manera eficaz prestar servicios ajustados a las características de la población, con el fin de cumplir con las necesidades y expectativas de los usuarios.

Es de vital importancia que las IPS realizar el análisis estratégico concienzudo, el cual debe documentar la percepción del cliente interno, posición del cliente externo y el entorno en general, estos deben ser dirigidos por los líderes de proceso y la gerencia, con el fin de lograr una adecuada referenciación competitiva, donde la IPS conoce sus oportunidades y amenazas en el sector, dado que permite a la organización aprovechar al máximo sus oportunidades en el mercado.

Así mismo el cumplimiento de los requisitos legales establecidos por cada grupo de estándar, recomienda a la alta dirección realizar revisión y/o actualización de manera periódica de la normatividad aplicable para el sector salud, designado un responsable dicha labor, estableciendo los medios de actualización ya sean medios electrónicos u otras fuentes de información, con fin de cumplir a cabalidad con lo establecido por el gobierno nacional.

Dada la importancia en la toma de decisiones desde la alta dirección, es trascendental desarrollar un programa de capacitación para la Junta Directiva, de manera periódica, con el fin de fortalecer y ampliar sus conocimientos en el proceso de acreditación en salud y demás temas de relevancia para la organización, permitiendo que sus aportes al mejoramiento continuo de la organización se establezcan bajo estándares superiores de calidad y conociendo las tendencias del sector.

Los estándares del SUA, se relacionan entre sí, por lo cual se recomienda que la alta dirección de las IPS inicie su proceso de acreditación, conociendo e implementando la guía metodológica de preparación y continuando con el desarrollo de los estándares de direccionamiento, puesto que formulan los lineamientos para el desarrollo de los demás grupos de estándares, lo cual le permite a la organización la ejecución de manera ordenada y estratégica.

Estudiar anualmente la planeación Estratégica de la IPS, con fin de verificar su coherencia con los lineamientos del sistema único de acreditación y a los cambios del entorno con el fin de asegurar que la organización oriente sus labores de acuerdo a las metas establecidas.

La organización debe documentar su análisis estratégico teniendo en cuenta la percepción del cliente interno, posición del cliente externo y el entorno en general,

el cual estaría a cargo de los líderes de proceso y la gerencia, con el fin de realizar una referenciación competitiva, estableciendo las amenazas y oportunidades del entorno para establecer el DOFA en los aspectos requeridos en el proceso de acreditación en salud.

Periódicamente la gerencia debe establecer espacios para fortalecer el desempeño de los colaboradores, a través del establecimiento de las metodologías o procesos que permitan la prestación de servicios eficaces y ajustados a las características y necesidades de la población, con el fin de impactar positivamente en la adecuada atención y aumentar niveles de satisfacción del usuario.

Fortalecer y compartir de manera periódica las lecciones aprendidas en la práctica médica en la IPS, para que la organización minimice su margen de error, ajuste sus procesos y mejore la calidad alcanzada.

Conocer, determinar y desplegar en la organización los valores corporativos con los que se ven identificados a sus colaboradores y son acordes a los principios organizacionales, con el fin de lograr los objetivos estratégicos propuestos.

Mantener actualizada a la organización en cuanto a los requisitos legales aplicables para el sector salud por cada grupo de estándar, por parte del personal designado para tal labor, a través de medios electrónicos u otras fuentes de información, con fin de que la IPS cumpla a cabalidad con lo establecido por el Estado y diferentes entes de control.

Desarrollar un programa de capacitación para la Junta Directiva, de manera periódica, con el fin de que fortalezca y amplíe sus conocimientos en el proceso de Acreditación en salud, lo cual permite que sus aportes al mejoramiento

continuo de la organización se establezcan conociendo las tendencias del sector y niveles superiores de calidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMACHO, Manuel. Direccionamiento estratégico: el poder de una herramienta poderosa. Revista Vía Salud. Disponible en: [www.cgh.org](http://www.cgh.org)

CASTAÑO CONVERS, Sergio. MD, MBA. ¿Qué tan importante es la gestión de la cultura en el proceso de la calidad?. Revista Vía Salud Disponible en: [www.cgh.org](http://www.cgh.org)

CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. Enfoque de atención centrada en el cliente. Revista Vía Salud. Disponible en: [www.cgh.org](http://www.cgh.org).

COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 (Abril 03 de 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C. 2006. 17p.

COLOMBIA., MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud. Disponible en internet <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>

COLOMBIA., MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía para la evaluación de tecnologías de salud (ETS) en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). Disponible en internet

[http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia\\_evaluacion\\_de\\_tecnologias\\_en\\_salud.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guia_evaluacion_de_tecnologias_en_salud.pdf)

ESGUERRA G., Roberto. Humanización de la atención hospitalaria. Presentación del I Congreso de Acreditación en Salud. 2013.

FUNDACIÓN VISIÓN SALUD. Factores críticos de éxito en el proceso de acreditación en salud: Estudio de caso en la E.S.E Hospital Pablo VI de la localidad de Bosa en Bogotá. 2011. Disponible en: [www.funvision.org](http://www.funvision.org)

FUNDACIÓN VISIÓN SALUD. Nuevo manual en el Sistema Único de Acreditación. 2012. Disponible en: [www.funvision.org](http://www.funvision.org)

GARCÍA, Evaristo. Calidad en la atención en salud, percepción de los usuarios, Hospital Universitario del Valle, HUV, ESE Cali, Valle, Colombia. 2010. Disponible en: <http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/calidad-de-la-atencion-en-salud.pdf>

KERGUELÉN BOTERO, Carlos Alfonso. Calidad en Salud en Colombia. 2008. Disponible en: [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co).

MAYA M., José. Sistema Único de Acreditación: una nueva oportunidad para el mejoramiento del sector. Revista Vía Salud. Disponible en: [www.cgh.org](http://www.cgh.org)

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Acreditación en Salud. Disponible en: [www.acreditacionensalud.org.co](http://www.acreditacionensalud.org.co)

MODELO UNISALUD, 2. Modelo de Salud. Disponible en; <http://www.bdigital.unal.edu.co/637/5/9587016084.04.pdf>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Programa de Organización de Sistemas y Servicios de Salud. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3007.pdf>

PUERTO JÍMENEZ, Devi Nereida. La gestión del riesgo en salud en Colombia. Trabajo final presentado como requisito parcial para optar al título de Maestría en Administración Línea de Profundización. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Económicas. Bogotá. 2011. Disponible en internet <http://www.bdigital.unal.edu.co/7023/1/940622.2011.pdf>

RODRÍGUEZ, Carlos Edgar. Salud en Colombia a la altura de los mejores del mundo. En: Artículo Revista 81. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Revista%20No.%2081.pdf/>

RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, Carlos Edgar. Valores agregados de la acreditación en salud, Artículo revista No. 82. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/REVISTA%20No.%2082.pdf>

RODRÍGUEZ, Carlos Edgar. Humanización de la atención en salud y acreditación. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Revista%20Normas%20y%20Calidad%20N%C2%B0%2087.pdf>

SANDOVAL, Edgardo. ¿Que es la gestión clínica? Disponible en: [http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes33/art\\_09.pdf](http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes33/art_09.pdf)

UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia. Versión 003. Octubre de 2011.

xx