

Diseño y Aplicación de una Metodología que Articule el Sistema Único de Acreditación en Salud (SUA) y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en la ESE Carmen Emilia Ospina (CEO) en Neiva – Huila

Irma Susana Bermúdez Acosta

Ramiro Silva Quintero

Asesor

Ricardo Mora Pabón

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias Administrativas, Contables, Económicas y de Negocios ECACEN

Maestría en Administración de Organizaciones

2025

Agradecimientos

Al culminar esta Maestría manifestamos nuestros agradecimientos a los profesores que durante su desarrollo compartieron su conocimiento que nos permitió fortalecernos como profesionales, a nuestro profesor de seminario de investigación Alejandro Javier Gutiérrez Rodríguez, directores de trabajo de grado los doctores Edgar Rivera Tique y Ricardo Mora, quienes orientaron y motivaron la estructuración de este y a la UNAD como una institución formadora de líderes y emprendedores.

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a nuestros hijos Lina Susana y Ramiro David que son siempre nuestros motivadores, a nuestros tutores quienes nos apoyaron durante todo el proceso de aprendizaje de la maestría en Administración de Organizaciones y nos dieron las bases para producir innovación a través del diseño de esta metodología.

Resumen

Este proyecto aplicado, combina las modalidades de desarrollo tecnológico y diagnóstico, tipo consultoría. Tiene como objetivo diseñar y aplicar una metodología para articular los modelos del SUA y MIPG en la Empresa Social del Estado (ESE) Carmen Emilia Ospina CEO, durante el año 2023-2024. Estudios previos han mostrado que la unión de estos dos modelos es razonable, y este da continuidad al conocimiento de varios que encontraron que era posible y necesario hacerlo, por cuanto tienen objetivos comunes. La metodología diseñada y aplicada en este proyecto incluyó el diagnóstico a la IPS bajo los dos modelos, identificando criterios con oportunidades de mejora (OMs), se definieron grupos temáticos según los ejes trazadores del SUA y dimensiones de MIPG, con el fin de agruparlos y clasificarlos según su enfoque. Posteriormente, se consolidaron mediante la creación de OMs más robusta (estructuradas) que contienen la intención de los criterios con OM (OM).

Finalmente, se realizó la priorización de estas OMs estructuradas, facilitando la elaboración del plan de mejora. Como resultado de la metodología, se identificaron 902 criterios con OMs. Estos criterios se distribuyeron en 11 ejes temáticos, condensados en 77 OMs estructuradas, que fueron priorizadas, quedando 10 con ponderación alta. La metodología se destacó por abarcar los estándares de SUA y las dimensiones de MIPG y diseñar herramientas para cada etapa. Esta metodología elimina los reprocesos que surgen al implementar los dos modelos de manera independiente, siendo esta fusión un referente nacional, para la gestión de la alta gerencia de las IPS públicas.

Palabras Clave: Articulación, Modelo integrado de planeación y gestión MIPG, Sistema único de acreditación SUA, Oportunidad de mejora OM, priorización.

Abstract

This is an applied project, of diagnostic modality, consultancy type, which aims to design and apply a methodology to merge the models of the Single Accreditation System (SUA, sistema único de acreditación) and the Integrated Planning and Management Model (MIPG, modelo integrado de planeación y gestión) in the State Social Enterprise (ESE, empresa social del estado) CEO, during the years 2023-2024. Previous studies have shown that joining these two models is reasonable since they have common objectives. The methodology designed and applied in this project included the diagnosis of the IPS under the two models and identifying criteria with opportunities for improvement (OMs, OM). First, thematic groups were defined according to the SUA's tracer axes and MIPG's dimensions. This with the aim to group and classify them according to the model approach. Subsequently, the models were consolidated through the creation of OMs that contain the intention of the criteria. Finally, these OMs were prioritized to facilitate the development of the IPS improvement plan. As a result of the methodology applied, 902 criteria with OMs were identified. These criteria were distributed in 11 thematic axes, later condensed into 77 opportunities for improvement, which were then prioritized, leaving 10 with high weighting. The methodology stood out for covering SUA standards and MIPG dimensions and designing tools for each stage. This methodology eliminates the reprocesses that arise when implementing the two models independently, and this merger is a national reference for the management of the top management of public IPS.

Keywords: Articulation, Integrated Planning and Management Model MIPG, Single Accreditation System SUA, opportunity for improvement, prioritization.

Tabla de contenido

Introducción.....	11
Planteamiento del Problema o Fundamentación.....	15
Justificación	17
Objetivos.....	20
Objetivo General	20
Objetivos Específicos	20
Marco Normativo.....	21
Relacionado con SUA	21
Relacionado con MIPG	25
Marco Teórico.....	28
Metodología.....	66
Validez y Confiabilidad de los Datos Obtenidos	67
Resultados.....	69
Diseño de la Metodología	69
Diagnóstico	69
Autoevaluación en SUA	69
Autoevaluación cualitativa de los estándares del SUA aplicables a la institución	70
Autoevaluación cuantitativa en SUA	71
Autodiagnóstico en MIPG	71
Articulación de los Criterios con OM de los Dos Modelos SUA y MIPG	72
Agrupación por Ejes Temáticos de los Criterios a Mejorar.....	72

	7
Consolidación y Articulación de los Criterios a Mejora en OM Estructuradas.	75
Priorización de las OM Estructuradas	75
Propuesta Orientadora al Plan de Trabajo	78
Resultados de la Implementación de la Metodología Diseñada	79
Resultados de la Aplicación del Diagnóstico	79
Autoevaluación en Estándares de Acreditación.....	81
Autoevaluación Cualitativa	81
Autoevaluación Cuantitativa.....	84
Autodiagnóstico en MIPG	86
Resultados de la Aplicación del Paso de Articulación de los Criterios con OM de los	
Dos Modelos SUA y MIPG	89
Agrupación por Ejes Temáticos de los Criterios con OM en los Dos Modelos	90
Consolidación y Articulación de los Criterios Para Mejorar en OM Estructuradas	93
Resultados de la Priorización de las OM Estructuradas	95
Resultado de la aplicación de la metodología para el paso de Propuesta Orientadora	
al Plan de Trabajo	100
Discusión de Resultados.....	102
Conclusiones.....	110
Recomendaciones	113
Referencias	115

Lista de tablas

Tabla 1 Intencionalidad de los Grupos de Estándares SUA.....	59
Tabla 2 Intencionalidad de las Dimensiones del MIPG y políticas asociadas	61
Tabla 3 Semejanzas SUA y MIPG.....	79
Tabla 4 Diferencias que Complementan los Modelos SUA y MIPG	80
Tabla 5 Distribución de las OM Estructuradas por Eje Temático y Numero de Criterios con OM que las Conformaron.....	95
Tabla 6 Ejercicio de Priorización del Eje Gestión de la Tecnología	97
Tabla 7 Siglas usadas	126

Lista de Figuras

Figura 1 Imagen de la Evolución Histórica de Modelos de Gestión en Colombia.....	37
Figura 2 Esquema Grafico Ilustrativo de la Ubicación de Criterios a Mejorar en los Ejes Temáticos	74
Figura 3 Imagen de Fragmento de Documento de Autoevaluación Cualitativa en Acreditación ESE CEO.....	82
Figura 4 Distribución de los Criterios con OM por Grupo de Estándar Según SUA ESE CEO 2024.....	83
Figura 5 Imagen del Formato de Extracción de Criterios con OM de la Autoevaluación SUA, ESE CEO	84
Figura 6 Imagen de Parte de la Autoevaluación Cuantitativa en la Hoja Radar	85
Figura 7 Distribución de la Calificación por Grupos de Estándares ESE CEO 2024.....	86
Figura 8 Imagen Fracción de Herramienta de Extracción de Criterios con OM Identificados en FURAG	87
Figura 9 Imagen Fracción de Herramienta de Extracción de Criterios con OM Identificados en el Autodiagnóstico	88
Figura 10 Distribución del Número de Criterios con OM Según la Política de MIP	89
Figura 11 Imagen de Herramienta de Consolidación de Criterios con OM.....	90
Figura 12 Imagen de la Herramienta de Agrupación de los Criterios con OM.....	92
Figura 13 Distribución de los Criterios con OM por Eje Temático.....	93
Figura 14 Imagen de la Herramienta con las OM Estructuradas.....	94
Figura 15 Imagen de Alistamiento para Priorización	96
Figura 16 Imagen de Ejercicio de Priorización	97

Figura 17 Imagen de las OM Estructuradas Ordenadas por Prioridad.....	100
Figura 18 OM Estructurada Seguida de los Criterios que la Conformaron	101

Introducción

La calidad es la cualidad que se imprime en un producto o servicio, logrando satisfacer las expectativas de un cliente o usuario (Hernández, 2016). Históricamente se han establecido e innovado metodologías y estrategias para que las organizaciones definan procesos de calidad que les permita continuar en el mercado con éxito (Calidad y Gestión de Calidad: La clave para el éxito, s.f.).

Para satisfacer las expectativas de los usuarios y ser más eficientes en los servicios ofrecidos en las entidades públicas de Colombia, se han fortalecido los procesos de mejora, presentando el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como guía orientadora, el cual se enfoca en la gestión y prestación de mejores servicios en las empresas públicas y es obligatorio implementarlo (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2014).

El MIPG se complementa y articula con otros sistemas, modelos y estrategias que establecen lineamientos y directrices en materia de gestión y desempeño para las entidades públicas. Así mismo, es compatible con los modelos de acreditación específicos, establecidos para los sectores de Educación y Salud (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2024, pág. 8).

Respecto a la prestación de servicios en el sector salud, las expectativas de los usuarios están relacionadas con el cumplimiento de atributos de calidad, como son: facilidad para acceder a ellos (consultas externas, urgencias, hospitalizaciones o a pruebas diagnósticas), atención oportuna, continua, pertinente, segura (evitar errores que produzcan daño durante su atención) y calidez recibida a través de un trato amable y respetuoso. Es así que actualmente, se puede afirmar que tanto la calidad y la humanización en salud se materializa en la eficacia, eficiencia, seguridad, oportunidad, continuidad, accesibilidad, aceptabilidad, así como, en el bien común, la

equidad, el buen vivir, la integralidad del ser humano, la transparencia, la coordinación entre los diferentes agentes del sector salud para el logro de una salud integral centrada en las personas, en doble vía con el talento humano y de apoyo en salud, las familias y la comunidad en general (Ministerio de salud y protección social [MSPS], 2024) .

Para responder a estos atributos de calidad y cumplir las expectativas de los usuarios, se ha trabajado a nivel mundial, definiendo estándares que orienten a calidad superior, que acrediten a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas, con las mejores prácticas. El gobierno de Colombia ha definido la normatividad para asegurar la calidad básica y la búsqueda de la excelencia en las IPS, es así como el decreto 780 de 2016 contiene los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS (MSPS, 2016). Uno de los componentes del SOGCS es el Sistema Único de Acreditación SUA, este contiene estándares superiores de calidad (MSPS, 2019).

Como las IPS públicas deben orientar las acciones hacia la implementación del SUA (MSPS, 2014), dando respuesta a las necesidades de la salud del individuo, la familia, la comunidad y su entorno; y por ser empresas del estado deben implementar el MIPG, que también busca dar respuesta a las necesidades y expectativas del ciudadano (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2014), ambos modelos se han convertido en puntos de evaluación de la gestión gerencial en las IPS públicas, SUA según resolución 408 de 2018 (Minsalud, 2018) y MIPG realizar la Medición del Desempeño Institucional (MDI) a través del reporte anual de información a través del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión (FURAG) (DAFP, s.f.).

Aunque los dos modelos SUA y MIPG orientan a las IPS públicas hacia el mismo

objetivo, en el país se encuentran desarticuladas, siendo direccionadas desde instancias nacionales diferentes, como son el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Al interior de las IPS también se observa dificultades en la aplicación e implementación de los dos modelos por parte de sus equipos administrativos, ya que se aplican de forma individual, generando reprocesos en el desarrollo de las actividades y duplicidad de la información (Bermudez et al., 2020).

Así como todas las IPS públicas, la Empresa Social del Estado (ESE) Carmen Emilia Ospina (CEO) ubicada en la ciudad de Neiva, debe establecer el mejoramiento con enfoque al cumplimiento de los estándares del SUA, según lo indica el parágrafo único del artículo 6 de la resolución 2082 de 2014 (MSPS, 2014) y adicionalmente implementar MIPG según decreto 1499 de 2017 (Departamento administrativo de la Función Pública, 2017). Por ello, este proyecto aplicado se desarrolla en esta IPS pública, proponiendo y aplicando una metodología que articule el SUA y el MIPG, la cual se diseñó y aplicó in situ usando la información de la IPS de su autoevaluación en SUA, autodiagnóstico en MIPG y respuestas de evaluación presentadas por la entidad en el Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión (FURAG) de 2023 y 2024.

La metodología diseñada en este trabajo estableció como primer paso un diagnóstico en los dos modelos, del cual se identificaron los criterios a mejorar de cada uno; un segundo paso para iniciar la articulación fue la definición de ejes temáticos derivados de los dos modelos y posterior ubicación de cada criterio a mejorar en el eje temático que le corresponda según su asunto, quedando todos los criterios distribuidos en estos ejes; de esta manera, los ejes estuvieron compuestos por criterios de la misma intencionalidad, independientemente de donde sean provenientes, SUA o de MIPG. Seguidamente, los criterios en cada eje se condensaron en Oportunidades de Mejora (OMs) estructuradas, que resumían la intencionalidad de estos.

Posteriormente, se realizó la priorización de las OMs estructuradas, teniendo en cuenta cuatro (4) parámetros: el número de criterios asociados a cada una, el riesgo, el costo y el volumen.

Finalmente, las OMs estructuradas fueron nuevamente conectadas con los criterios correspondientes a su intencionalidad, los cuales se presentan como acciones propuestas para facilitar a la ESE CEO la elaboración de un plan de trabajo siguiendo la priorización identificada.

De esta forma, se identificaron 902 criterios a mejorar, de los cuales 476 se originaron en el diagnóstico con SUA y 426 con MIPG, estos fueron distribuidos en 11 ejes temáticos por su afinidad. Se condensaron los criterios a mejorar en 77 OMs estructuradas. Después de aplicar la priorización, 10 obtuvieron ponderación alta, con un valor por encima de 2000, 24 presentaron ponderación media con valores entre 500 y 2000 y 43 OMs estructuradas presentaron ponderación baja. Para que la institución construya su plan de mejora con enfoque en acreditación y MIPG se ofrece una herramienta que contiene en orden de prioridad de mayor a menor las OMs estructuradas con los criterios que la crearon.

Nota: Para conocer las siglas usadas en este trabajo, al final se puede observar en Tabla 7.

Planteamiento del Problema o Fundamentación

En Colombia las IPS públicas deben adoptar la etapa de preparación para el SUA conforme al párrafo del artículo 6 de la resolución 2082 de 2014 (MSPS, 2014), adicionalmente deben establecer el MIPG según decreto 1499 de 2017 (Departamento administrativo de la función pública, 2017).

La implementación de estos modelos trae consigo grandes ventajas; SUA con sus procesos de mejoramiento continuo entrega herramientas que garantizan una atención más humana (ICONTEC, s.f.) y su implementación trae resultados favorecedores en su desempeño (Minsalud, 2005); Para MIPG todos los esfuerzos administrativos agregan valor si impactan donde más se focaliza: mejor calidad y cubrimiento de los servicios del Estado (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2024).

Estos dos modelos nacen y se orientan desde diferentes instituciones nacionales, el SUA desde el Ministerio de salud y protección social y MIPG desde el DAFP, como se ha documentado anteriormente, por lo tanto, se realizan las evaluaciones y requerimientos desde dos instancias independientes. Igualmente, se ha observado al interior de las IPS públicas que los modelos se lideran y gestionan desde dos áreas diferentes, provocando un desgaste administrativo causado por la gestión independiente de cada modelo, como lo presenta Bermudez en su estudio, donde una de las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá D.C, observan dificultades en la aplicación e implementación debido a que se gestionan de forma individual, generando reprocesos en el desarrollo de las actividades y duplicidad de la información (Bermudez et al., 2020).

La administración en su conjunto de sistemas, normativas u otros requisitos se vuelve difícil debido a la mayor cantidad de actividades a administrar, lo que puede conducir a

problemas en su ejecución y control, burocracia excesiva, altos costos, etc., (Nunhes et al., 2019).

También en Colombia a instancias del Ministerio de Salud, se planteó en el Plan Nacional de mejoramiento de la calidad, la no articulación de normas y modelos donde se manifiesta los principales problemas en calidad identificados (Minsalud, 2016). Estos se presentan en el siguiente párrafo:

Dispersión de normas que han producido la falta de continuidad en los lineamientos generales de política pública, en materia de calidad. Desarticulación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGC), con los demás sistemas de gestión. Debilidad y falta de articulación en la gestión de los agentes, que dificulta el logro de resultados en salud. (Minsalud, 2016).

Estos problemas que identifica el plan nacional de mejoramiento de la calidad en salud se ilustran perfectamente con la existencia de un MIPG y SUA desarticulados a nivel nacional y dentro de las instituciones y la ausencia de una metodología que estandarice la forma de articularlos.

Es así como observamos también en la ESE CEO, que MIPG y SUA son direccionados desde áreas diferentes, por lo que se planean en reuniones independientes, diagnósticos separados, planes de trabajo individuales, seguimientos en distintos momentos, evaluaciones aisladas y estrategias de mejora en planteamientos divididos, pero con mucha duplicidad en sus acciones y con los mismos líderes de procesos, provocando redundancias, contradicciones, desgaste administrativo y aversión a estos procesos por parte de los líderes, ya que encuentran que un proceso o parte de este debe volverse a pasar o repetir para cumplir con las especificaciones de calidad, implicando mayor costo y tiempo, en la planeación de una actividad, no utilizándose el tiempo de la mejor manera. Por lo anterior, este trabajo dará respuesta al siguiente interrogante: ¿Qué metodología aplicar para articular el SUA y el MIPG?

Justificación

A fin de prestar mejores servicios para los ciudadanos, el Gobierno de Colombia a través del DAFP ha establecido el MIPG, para que las entidades públicas ejecuten y hagan seguimiento a su gestión, enfocada en beneficio del ciudadano, con mejor calidad y cubrimiento de los servicios del Estado (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2023). Así mismo, el Ministerio de salud y Protección Social ha definido la normatividad para guiar la calidad en búsqueda de la excelencia en las IPS, a través del SUA (Minsalud, 2005).

A pesar de que el MIPG indica la articulación y complementariedad con otros sistemas y modelos de gestión y refiere que es compatible con el SUA (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2024) y SUA solicita la articulación de OMs que tengan relación entre los diferentes procesos organizacionales y acoplar los diferentes sistemas de gestión de la organización (Minsalud, 2018), no existe una guía de rectoría nacional para la integración de MIPG y SUA.

Aunque se han realizado los estudios de Pulecio y Bermúdez que muestran la semejanza y compatibilidad de los modelos MIPG y SUA y explican los problemas observados por la gestión independiente al interior de las IPS, planteando la necesidad de articularlos para disminuir reprocesos (Pulecio, Articulación del sistema único de acreditación y el modelo MIPG en gestión desde la metodología de autoevaluación definidos por los dos modelos, 2020) (Bermudez et al., 2020), no hay una publicación que describa una metodología aplicada en una IPS para realizar dicha articulación.

Por lo anterior se considera importante plantear y aplicar una metodología articuladora de los dos modelos en una IPS pública, que establezca los pasos a seguir y refleje la experiencia en la vida real.

Este proyecto aplicado es un avance en el conocimiento para que otras IPS públicas que puedan desarrollar esta metodología.

Adicionalmente, es de interés de los gerentes de IPS públicas contar con herramientas que les apoyen su gestión, superando las oportunidades de mejora prioritarias, lo cual les asegura mejores evaluaciones gerenciales.

De la experiencia y el aprendizaje logrado en la ESE CEO se podrá brindar referenciación comparativa a otras IPS públicas, que puedan adoptar la metodología de articulación de los dos modelos, ya que el diseño y aplicación de una metodología que articule el MIPG y el SUA servirá de guía orientadora al país.

El planteamiento final presentado en la priorización le permitirá a la ESE establecer el plan de trabajo para acelerar el ritmo de mejoramiento y cercarse a la acreditación.

Contando en la región con una IPS pública de gran cobertura de población, que merece la pena fortalecer el nivel de calidad, como es la ESE CEO ubicada en la ciudad de Neiva, por cuanto, desde el gobierno local se planea llevar esta institución a un segundo nivel de complejidad, a fin de resolver congestiones en la red hospitalaria (ESE Carmen Emilia Ospina, 2023). Además, es un propósito de la administración actual lograr acreditar la ESE CEO (ESE Carmen Emilia Ospina, 2024).

La ESE CEO requiere construir su plan estratégico del periodo 2025 a 2028, por lo que el diagnóstico guiado por los requerimientos de SUA y MIPG resultan oportunos y un insumo importante de apoyo técnico para elaborarlo.

Adicionalmente este trabajo deja un nuevo punto de partida para otros proyectos que apropien la metodología propuesta, estableciendo un plan de mejora y realizado seguimiento al mejoramiento de la calidad.

MIPG y SUA cumplen con la planeación estratégica basada en ciclos de la calidad, dando herramientas a la gestión pública, por tanto, el manejo de estos modelos es de gran importancia en la administración de las organizaciones.

Los conocimientos adquiridos en la Maestría de Administración de las Organizaciones en la Universidad Abierta y a Distancia – UNAD, facilitaron el entendimiento de los procesos evaluados en la ESE CEO y este proyecto aplicado es un ejercicio que los fortalece, observándolos en la práctica, con un amplio enfoque, ya que tocan todas las dimensiones que rodea la administración de estas organizaciones, en este caso, en el ámbito público.

Objetivos

Objetivo General

Diseñar una metodología que articule el sistema único de acreditación en salud SUA y el modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) en la ESE CEO En Neiva – Huila.

Objetivos Específicos

Realizar un diagnóstico del cumplimiento de SUA y MIPG en la ESE CEO.

Articular los criterios con oportunidad de mejora (OM).

Aplicar una técnica de priorización de las OMs.

Marco Normativo

Relacionado con SUA

La Constitución Política de Colombia, en su Artículo 48: Define la Seguridad Social como un servicio público, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Y en su Artículo 49, se establecen como funciones del Estado establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control (Constituyente, 1991).

La ley 100 de 1993, en su artículo 153 presenta los fundamentos del Servicio Público: Dentro de los cuales se encuentran Equidad, Obligatoriedad, Protección Integral, Libre Escogencia, Autonomía de las Instituciones, Descentralización Administrativa, Participación Social, Concertación y calidad. La calidad caracterizada como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional (Congreso de la republica, 1993).

El Decreto 1011 de 2006 estableció el SOGC, del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), definió la auditoría para el mejoramiento de la calidad 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”, describe las características de calidad accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad y en su título IV define y reglamenta el PAMEC comprendiendo la autoevaluación del proceso de atención en salud y atención al usuario (MSPS, 2006).

Según el decreto 1011 en el Título IV, Artículo 32, los Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de Acreditación y superiores a los que se determinan como

básicos en el SUH (MSPS, 2006).

El Ministerio de salud en 2007 publicó el documento “Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud MCC”. El MCC procura convertir en cultura organizacional el mejoramiento de los procesos: hace esfuerzos para trabajar en las personas, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, el trabajo en equipo, el compromiso y la disciplina. Es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. La evaluación de los procesos no se realiza por dependencias, sino de manera transversal, con los equipos de trabajo que participan en el resultado de los procesos, de tal forma que se reflejen todos los niveles y áreas de la organización involucradas en cada proceso (Minsalud, 2007).

Las “Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud” presentan cómo realizar la Autoevaluación para identificar los procesos objeto de la auditoría para el Mejoramiento de la Atención en Salud, cómo realizar la definición de prioridades, cómo realizar la definición de la calidad esperada en los procesos seleccionados como prioritarios, cómo hacer la medición inicial del desempeño de los procesos, cómo realizar la formulación, ejecución y evaluación del plan de mejoramiento y cómo generar el aprendizaje organizacional-estandarización de procesos (Minsalud, 2007).

La resolución 2181 de junio de 2008 expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud para las IPS de carácter público y hace obligatoria la implementación del ciclo de preparación para la acreditación o ciclo de mejoramiento (Ministerio de protección social, 2008), derogada por 2082 de 2014.

En 2014 el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC) propone que para el cumplimiento de estándares de mejoramiento del manual de acreditación

que las IPS estructuren el mejoramiento teniendo en cuenta 3 niveles de trabajo.

La resolución 2082 de 2014, en su artículo 6 párrafo indica que las IPS de carácter público deberán implementar la etapa de preparación para la acreditación (MSPS, 2014).

El decreto 780 de 2016, en su capítulo 4 presenta la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, indicando que deben ser superiores a la habilitación y concordantes con el sistema de acreditación y explica lo que implica esta auditoría. En su artículo 2.5.1.4.2. Presenta los niveles de auditoría y define el autocontrol, donde cada miembro de la entidad plantea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los que participa (MSPS, 2016).

La Resolución 256 de 2016, por la cual se dictan disposiciones en relación con el SIC y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud (MSPS, 2016).

El decreto único reglamentario del sector salud y protección social 780 de 2016 define el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud SOGCS, como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mejora y mantener la calidad de los servicios de salud del país. Así mismo indica que el SOGCS está integrado por cuatro componentes a saber: SUH, PAMEC, SUA y el SIC. En otra parte del mencionado decreto, específicamente el artículo 2.5.1.4.1 indica que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica: 1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios. 2. La comparación entre calidad observada y calidad esperada. 3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. (MSPS, 2016).

La Superintendencia Nacional de Salud mediante la Circular 012 de 2016 hace adiciones,

modificaciones y eliminaciones a la Circular 047 de 200, e imparte instrucciones sobre el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud - PAMEC y al Sistema de Información de Calidad. (Superintendencia Nacional de Salud, 2016).

La resolución 408 de 2018, por la cual se modifica la resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013, las cuales están enfocadas en dar lineamientos sobre la evaluación de la gestión anual de la gerencia, en su anexo 2, ítem área de gestión de dirección y gerencia plantea los siguientes indicadores: Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior y efectividad en la auditoria para el Mejoramiento continuo de la Calidad de la atención en salud (Minsalud, 2018).

La Resolución 5095 de 2018, Por el cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1 (Ministerio de salud de Colombia, 2018).

El Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1 de 2018 presenta en los estándares 156 al 160 el grupo de mejoramiento de la calidad, los cuales tiene la intencionalidad que: -la institución tenga un proceso de calidad que genere resultados centrados en el paciente, tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal de la atención, superando la simple documentación de procesos. - Que el proceso de calidad de la institución integre de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización para que los procesos de calidad que se desarrollen sean efectivos y eficientes. - Que los procesos de calidad estén íntimamente integrados en los procesos organizacionales y que el mejoramiento organizacional se transforme en cultura de calidad en la organización. Que los procesos de mejora de la calidad sean sostenibles en el tiempo. Que los procesos de mejora de la calidad general produzcan aprendizaje que sea útil tanto para la organización como para el sistema en general (MSPS, 2018).

De acuerdo con la resolución 3100 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores, la ESE CEO realiza la revisión permanente del cumplimiento de la mencionada resolución, garantizando así las óptimas condiciones para la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad. (MSPS, 2019).

La resolución 1328 de 30 de agosto de 2021, modifica el artículo 1 de la resolución 5095 de 2018, en el sentido de adoptar los estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad (Ministerio de salud de Colombia, 2018).

Relacionado con MIPG

Ley 87 de 1993, Creación del Sistema Institucional de Control Interno, con el propósito de dotar a la administración de un marco para el control de las actividades estatales, directamente por las mismas autoridades. (Congreso de la republica, 1993).

Ley 489 de 1998, Creación del SISTEDA con el propósito de articular la planeación estratégica de las entidades con la de su quehacer administrativo, a través de las políticas y los planes sectoriales de desarrollo administrativo. Así mismo, se fortalece el Control Interno, con la creación del Sistema Nacional de Control Interno a fin de darle una connotación más estratégica. (Interior, 1998).

Decreto 2740 de 2001, A partir de este año, se inicia la implementación del Sistema de Desarrollo Administrativo en las entidades públicas de orden nacional, fortaleciendo la estructuración del trabajo sectorial y el liderazgo de las áreas de planeación de las entidades cabeza de sector. El sistema inició con la identificación de ocho políticas de desarrollo administrativo, las cuales agruparon los principales elementos de la gestión indispensables para

el fortalecimiento de la capacidad administrativa y el desempeño institucional. (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2001).

Ley 872 de 2003 – Decreto 4110 de 2004, Colombia, acorde con las tendencias internacionales en materia de gestión pública, se sumó a las iniciativas que incorporaban sistemas de gestión de la calidad en el sector público, a partir del establecimiento de la primera Norma Técnica de Calidad para este sector, conocida como la NTCGP 1000. (MSPS, Función Pública, 2003).

Decreto 1599 de 2005, Las dinámicas organizacionales llevaron a la adopción de un marco general para el ejercicio del Control Interno, a través del MECI, el cual pretendió en su momento dotar al Estado colombiano de una estructura única que facilitara este ejercicio por parte de las entidades. El logro más significativo fue la estandarización de controles mínimos para garantizar de manera razonable el cumplimiento de los objetivos de las organizaciones y la adopción de un instrumento de evaluación de los sistemas de control interno, que permitió a las entidades nacionales y territoriales, elaborar sus informes anuales sobre la materia. Así mismo, producto de un proceso de depuración, se consolidaron en cinco, las políticas del SISTEDA. (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2005).

Decreto 4485 de 2009, Se actualiza la Norma Técnica de Calidad adoptando la versión 2009 y se articula su operatividad con los elementos del MECI, a fin de facilitar a las entidades su implementación armónica. (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2009).

Decreto 2623 de 2009, Creación del Sistema Nacional de Servicio al Ciudadano y su instancia coordinadora de las políticas, estrategias, programas, metodologías, mecanismos y actividades encaminados a fortalecer la Administración al servicio del ciudadano. (Presidente de la República, 2009).

Decreto 2482 de 2012, Por primera vez el Gobierno Nacional integra en un solo sistema todas aquellas herramientas de gestión, presenta a las entidades el MIPG, el cual recoge el SISTEDA; formula cinco políticas a partir de los diversos requerimientos y directrices que diferentes entidades venían implementado de manera aislada fatigando a las entidades con solicitudes de informes y reportes de manera repetitiva y en diversos formatos y momentos. Dentro de estas políticas se incorporó la Gestión de la Calidad y el MECI se configuró como la herramienta de seguimiento y control del Modelo. El MIPG cuenta con un instrumento único de recolección de información para medir el cumplimiento de los objetivos y la implementación de las políticas de MIPG, el avance y la efectividad del MECI, denominado FURAG, que recoge y analiza información sobre el avance de las políticas de desarrollo administrativo; entre tanto el MECI continuó evaluándose a través de su propio instrumento. (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2012).

Decreto 943 de 2014 Para ajustar el MECI a estas nuevas dinámicas de planeación y gestión y hacerlo más coherente con el MIPG, se actualiza a una versión más moderna y de fácil comprensión por parte de las entidades. (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2014).

Ley 1753 de 2015, Dispone la fusión del SISTEDA y el de Gestión de Calidad y su articulación con el de Control Interno, para lo cual se adoptará un Modelo. (Colombia, 2015).

El Decreto 1083 de 2015, Decreto único del Sector Función Pública, modificado por el Decreto 1499 de 2017, establece el MIPG, el cual surge de la integración de los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad en un solo Sistema de Gestión, y de la articulación de este con el Sistema de Control Interno. (Sector Función Pública, 2017).

Marco Teórico

Existen varias teorías que dan soporte a la gestión pública, siendo importante precisar que varios autores coinciden en afirmar que en este tema es necesario tener en cuenta las mediciones, el control, desarrollo de procesos, establecer metas, planificar, definir el mercado y su necesidad, evaluar resultados, trabajar en equipo y adoptar un proceso de mejora continua; estas teorías tomaron fuerza en Europa después de la II Guerra Mundial, por cuanto muchos países tenían OMs para enmendar desaciertos ocasionados durante la crisis económica y que a la par de su recuperación deberían incluir procesos de eficiencia y eficacia para lograr sus sostenibilidad. En América Latina existe un vacío con relación a la producción de teorías, que responda a las necesidades y exigencias de la población, en gran medida por elementos histórico-culturales, que ha obligado a adoptar enfoques provenientes de Europa y Norteamérica, principalmente. Esta dependencia, ha representado riesgos y altos costos para las instituciones de gobierno y para la misma sociedad (Zambrano Barrios, 2008).

La gestión pública tiene sus bases de la teoría en los avances presentados en Europa y luego en Norteamérica, basados en postulados de “management”, es decir, gerenciar con resultados a través de la eficacia, eficiencia, economía, calidad y sostenibilidad en sus procesos, con mucho éxito en países desarrollados (Zambrano Barrios, 2008).

En buena medida, la gestión pública se entiende como el conjunto de decisiones dirigidas a motivar y coordinar a las personas para alcanzar metas individuales y colectivas en el marco de las políticas de la actividad estatal (Albi & Onrubia, 2015). En Colombia se ha ido evolucionado y actualmente se cuenta con el MIPG como modelo orientador de la gestión pública, el cual refleja el compromiso que deben tener los servidores públicos (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2024).

También en la gestión pública, es una responsabilidad de gobernantes y de importancia en la política pública el sector de salud. En EEUU en 1919 después de evaluar indicadores de desatención en salud y buscar sus soluciones, se impulsó un programa de acreditación a cargo de la Joint Comisión (JCAH), que involucró evaluación de estándares, difusión de pedido voluntario, la evaluación de establecimientos y aplicación de acciones correctivas para mejorar la calidad de los servicios y en 1.966, esta Comisión logró una importante cobertura de hospitales que habían cumplido los estándares mínimos de calidad. En esta misma línea la acreditación se extendió a distintos países de Europa, lo que ha permitido mejorar los servicios de salud, que luego replicó en programas de salud en América Latina, con enfoques de “Autoevaluación”. Esta visión general de aproximación a la calidad, se convirtió en un desafío para que las Organizaciones de Salud, retomaran métodos del sector industrial que había tenido éxito en el control de la calidad, y fue así, como en EEUU en 1980 tomó fuerza la Teoría de la Gestión de la Calidad (TGC) que incorpora la Calidad Total (Total Quality Management TQM) y el Mejoramiento Continuo de la Calidad con nombres claves como W. Edward Deming, Joseph M. Juran y Philip Crosby, entre otros que contribuyeron con la TGC (Williams , 2012, pág. 5).

Los pensadores referidos, introdujeron aportes importantes a la TGC. Son muy conocidos los aportes de William. Edwards Deming (1900-1993) en cuanto a la calidad y se apoyaba en experiencias en la industria japonesa después de la Segunda Guerra Mundial y admitió que el control de la calidad a partir de estadísticas era la base de la gestión y permitía mejorar los procesos y las relaciones entre ellos, lo que repercutió en las Instituciones del sector de la salud, en razón a que la mayoría de los errores ocurren como resultado de las relaciones entre procesos (Kennedy, 2024, pág. 2).

Igualmente, William E. Deming, centró su teoría de Calidad Total (CT) basado en el

Ciclo PHVA (planificar, hacer, verificar y actuar) o PDCA indicando que la transformación de la gestión es un factor clave para mejorar la calidad en las organizaciones empresariales; es decir mejorar para ser competitivos. Sostuvo que la diferencia en los resultados empresariales no se debía únicamente a lo que la dirección decidió hacer, sino a cómo la dirección decidió hacer las cosas. Su enfoque apuntaba a la eficiencia, reducir la pérdida de tiempo, impulsar la motivación y eliminar barreras, como soporte de la teoría de gestión, contenida en su libro *Out of the Crisis* (Salir de la crisis) (Chacón & Rugel, 2018, pág. 14)

En términos generales, la teoría de Deming establece que, si la dirección no planifica estratégicamente el futuro, la pérdida de mercado es inevitable y, por lo tanto, la pérdida simultánea de puestos de trabajo. Su libro *Out of the Crisis* ha tenido un impacto en el mundo empresarial al impulsar el cambio y la mejora continua en las entidades, organizaciones privadas e Instituciones del Estado. Aseguró que la prosperidad y el éxito de una empresa estaban determinados por su capacidad para beneficiar a los líderes, clientes, proveedores y empleados (Chacón & Rugel, 2018, pág. 14).

Es importante mencionar, que en el mundo la metodología de mejora hacia la calidad aparece por primera vez a comienzos del siglo XX cuando Ernest A. Codman propone el “Standard Mínimo”, base del primer programa de estandarización en hospitales (1918); muchas décadas antes de que se propusieran estrategias similares (convergentes) en el modelo industrial, durante este tiempo la metodología se ha refinado y madurado, llegando a las técnicas modernas actuales de acreditación basadas en los conceptos y métodos del mejoramiento continuo de la calidad, que miran a la organización de manera integral, enfocan esta estrategia en la búsqueda de resultados centrados en el cliente y, ya hacia el final del siglo se inicia un proceso de creación de un enfoque global a nivel internacional para los procesos de acreditación liderado por la

International Society for Quality in Healthcare (ISQua). Tal proceso denominado “Programa Internacional de Acreditación” se realiza a través de la estandarización mediante dos vías: 1) Un set de estándares para evaluar al ente acreditador denominado estándares internacionales de acreditación y 2) Unos principios generales con los cuales se pueden armonizar los estándares de acreditación denominados Principios internacionales para estándares de acreditación (Minsalud, 2005).

Lo anterior, indica que la calidad se orienta al grado en que ofrezcan los servicios a las personas y en las poblaciones aumenta la probabilidad de resultados de salud deseados, basándose en conocimientos profesionales sustentados en la evidencia (Organización mundial de la salud, 2025).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula una pérdida de productividad debido a la mala calidad de la atención en salud en países de pocos ingresos, entre 1,4 y 1,6 billones de dólares al año (Organización mundial de la salud, 2025).

Actualmente, se puede afirmar que tanto la calidad y la humanización en salud se materializa en la eficacia, eficiencia, seguridad, oportunidad, continuidad, accesibilidad, aceptabilidad, así como, en el bien común, la equidad, el buen vivir, la integralidad del ser humano, la transparencia, la coordinación entre los diferentes agentes del sector salud para el logro de una salud integral centrada en las personas, en doble vía con el talento humano y de apoyo en salud a las familias y a la comunidad en general (MSPS, 2025).

La OMS refiere que a medida que los países se comprometen a lograr la salud para todos, es imperativo considerar cuidadosamente la calidad de la atención. También manifiesta que la atención sanitaria de calidad se puede definir de muchas maneras, pero hay un creciente reconocimiento de que los servicios de salud de calidad deben ser -Eficaces: proporcionar servicios de salud basados en evidencia; -Seguros: evitan daños a las personas durante la atención; Y -Centrado en las personas: proporcionar atención que responda a las preferencias,

necesidades y valores individuales. Para aprovechar los beneficios de una atención médica de calidad, los servicios de salud deben ser -Oportunos: reducción de los tiempos de espera y a veces de retrasos dañinos; -Equitativo: proporcionar atención que no varía en calidad debido al género, la etnia, la ubicación geográfica y la situación socioeconómica; -Integrado: proporcionar atención que pone a disposición toda la gama de servicios de salud a lo largo del curso de la vida; -Eficiente: maximiza el beneficio de los recursos disponibles y evita el desperdicio (Organización mundial de la salud, 2025).

En 1917 un movimiento de garantía de la calidad en el campo de la salud, motivado por un grupo de cirujanos de USA, establece unos estándares mínimos que deben cumplir los hospitales, siendo esta la base para la creación de la acreditación en ese país, administrada actualmente 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 (ICONTEC, s.f.).

En 1966 Avedis Donabedian transformó conceptos e introdujo los conceptos que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud (ICONTEC, s.f.). El modelo de la calidad de la atención de Donabedian está basado en la teoría general de sistemas, desarrollado para evaluar la calidad en el ámbito de la práctica clínica, mediante esos tres enfoques: estructura, proceso y resultado (Villa et al., 2023, pág. 205).

En 1980 los déficit en la prestación de servicios, llevó a los profesionales en países desarrollados a reevaluar la calidad basada en los estándares de acreditación, a poner a prueba las filosofías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Administración Total de la Calidad (TQM). También el sistema de acreditación pasa de la mero

inspección a promover 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 (ICONTEC, s.f.).

La inquietud por mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud, motiva a reuniones de congreso, es así, que en 1985 se reúnen al norte de Italia para discutir el tema, en 1985 se desarrolla el primer Consejo ejecutivo de la International Society for Quality in Health Care (ISQua) y en 1986 la sociedad creció a través de su programa de la conferencia anual internacional y sus publicaciones. Así mismo, varios de los países han estructurado e implementado sistemas de evaluación y acreditación en salud (ICONTEC, s.f.).

La OPS preparó un manual titulado Manual de Acreditación de Hospitales, en el cual describió las normas mínimas de calidad para 37 servicios hospitalarios, incluida la atención ambulatoria y de laboratorio, de enfermería y otros servicios hospitalarios básicos, así como la metodología para un equipo que vigile el cumplimiento de estas normas; este manual fue presentado en 1992, durante el desarrollo de la II Conferencia de América Latina, dando un paso clave para el desarrollo de un Manual Nacional de Acreditación Hospitalario (Betancourt & Caviedes, 2018, pág. 23).

La OPS apoyó en los años 90s a Colombia y, con la participación de diferentes organizaciones elaboraron un “Manual de Acreditación de IPS”, tomando como referencia el “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe” (ICONTEC, s.f.). Es así, que el Ministerio de salud de Colombia, se articuló con esta Organización y otras instituciones Nacionales y crean el Manual de Acreditación de IPS (Betancourt & Caviedes, 2018).

Con esta finalidad, el Ministerio de Protección Social, diseñó el SUA tomando como guía

los principios desarrollados por la ISQua con el programa Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation (ALPHA), después de un amplio estudio nacional, reuniones de consenso y una prueba piloto en IPS y EPS (Betancourt & Caviedes, 2018).

Seguidamente, con la expedición de la Ley 100 de 1993 se 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 (ICONTEC, s.f.).

En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS, se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud. Esto derivado de un estudio contratado para evaluar y ajustar el sistema de garantía de calidad, con base en sus resultados, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el SUA en Salud para Colombia. También quedó establecido que los estándares de todo el sistema deben ser ajustados de manera progresiva de tal forma que, poco a poco, el país incremente el nivel global de la calidad en los servicios de salud (ICONTEC, s.f.).

“La acreditación en salud es una metodología de evaluación externa, establecida y reconocida desde hace casi 50 años en Norteamérica, específicamente diseñada para el sector, 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,

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. Esta evaluación corresponde a un proceso voluntario en el cual, se reconoce públicamente a una IPS, Entidad Promotora de Servicios de Salud del Régimen Contributivo y Régimen subsidiado (EPS), Entidad de Medicina Prepagada (EMP) o Entidad Adaptada, Entidades Territoriales de Salud (ETS), el cumplimiento de estándares superiores de calidad, previo cumplimiento de los requisitos mínimos determinados por el SUH” (ICONTEC, s.f.).

La anterior definición, se refiere a la metodología de evaluación para obtener el título de acreditado. Sin embargo, lo importante es que el SUA es la guía orientadora a un proceso de mejora, con la ventaja de tener enfoque integral de las organizaciones en salud, tocando los temas administrativos y los asistenciales, incentivando las buenas prácticas y fortaleciendo su competitividad. Para orientar y normar atenciones con calidad en las IPS, como se mencionó en el marco normativo el decreto 780 de 2016, que presenta los lineamientos del SOGCS de sus 4 componentes (MSPS, 2016).

De esta manera, el SUA es implementado progresivamente por parte de las IPS, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ocupacional, que lo utilizan voluntariamente para demostrar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social, vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud y operación de las entidades inscritas en el Registro Especial de Acreditadores en Salud (MSPS, 2023).

Siendo el SUA el modelo de interés en este trabajo y complementario de MIPG, reúne el

conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades, las cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud (MSPS, 2016).

Con la aplicación del SUA: se espera que la institución tenga un proceso de calidad que genere resultados centrados en el paciente, tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal de la atención, superando la simple documentación de procesos (MSPS, 2019).

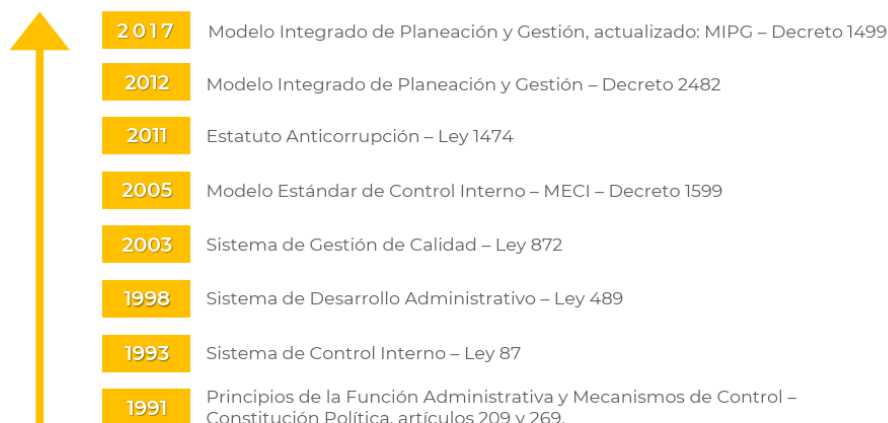
También se espera, que el proceso de calidad de la institución integre de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización para que los procesos de calidad que se desarrollen sean efectivos y eficientes. Que los procesos de calidad estén íntimamente integrados en los procesos organizacionales y que el mejoramiento organizacional se transforme en cultura de calidad en la organización. Que los procesos de mejora de la calidad sean sostenibles en el tiempo. Que los procesos de mejora de la calidad general produzcan aprendizaje que sea útil tanto para la organización como para el sistema en general. Que la planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, acople los diferentes sistemas de gestión de la organización con el SUA (MSPS, 2018).

Igualmente, para apoyar la gestión de las empresas públicas del país, centradas en brindar al ciudadano atención de calidad, el DAFP, mediante el Decreto 1083 de 2015, Decreto único del Sector Función Pública, modificado por el Decreto 1499 de 2017, estableció el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), siendo un marco de referencia para la gestión y el desempeño de las entidades públicas, de tal manera, que puedan generar valor público (DAFP et al., 2021), el cual surge de la integración de los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad en un solo Sistema de Gestión, y de la articulación de este con el Sistema de Control Interno (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2024).

Por lo anterior, el MIPG es el resultado del ajuste y consolidación de modelos de gestión establecidos para las instituciones públicas de Colombia y mejorados en el tiempo. A continuación, la Figura 1 ilustra el recorrido histórico de los modelos de gestión en Colombia.

Figura 1

Imagen de la Evolución Histórica de Modelos de Gestión en Colombia



Nota. Imagen tomada de presentación general de MIPG en micrositio de MIPG

Como se muestra en la Figura 1, Colombia ha presentado evoluciones en los modelos de gestión, a partir de 1991, año en que se plantearon los principios de la función pública y mecanismos de control, logrando con el paso de los años y las mejoras contar desde 2017 con el MIPG el cual ha articulado varios sistemas de gestión.

El MIPG tiene como principal objetivo dinamizar la gestión de las organizaciones públicas para generar bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de la ciudadanía en el marco de la integralidad y la legalidad y lograr que la calidad esté inmersa en la gestión de las entidades (Institucional, Consejo para la Gestión y Desempeño, 2021).

El MIPG es un marco de referencia que contempla un conjunto de conceptos, elementos, criterios, que permiten llevar a cabo la gestión de las entidades públicas. Enmarca la gestión en la calidad y la integridad, al buscar su mejoramiento permanentemente para garantizar los derechos,

satisfacer las necesidades y expectativas de la ciudadanía. El fin de la gestión, es generar resultados con valores, es decir, bienes y servicios que tengan efecto en el mejoramiento del bienestar de los ciudadanos, obtenidos en el marco de los valores del servicio público (Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia). El modelo en sí mismo, se centra en la gestión de calidad, ya que se fundamenta en generar resultados que satisfagan las necesidades y atiendan los problemas de los ciudadanos. Es en torno a estos resultados que deben girar todas sus actuaciones y decisiones (DAFP et al., 2021).

El MIPG se complementa y articula con otros sistemas, modelos y estrategias que establecen lineamientos y directrices en materia de gestión y desempeño para las entidades públicas, tales como el Sistema Nacional de Servicio al Ciudadano y el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de Gestión Ambiental y de Seguridad de la Información. Así mismo, es compatible con los modelos de acreditación específicos, establecidos para los sectores de Educación y Salud (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2024, pág. 8).

Como lo motiva el MIPG y SUA, articular y complementar la gestión con otros modelos, ha sido experimentado con buenos resultados y es necesario para agilizar y simplificar los procesos. En la actualidad todo tipo de organización debe enfrentarse a mercados y contextos cambiantes, lo que obliga a las áreas directivas a fortalecer la estructura administrativa, a través de modelos de gestión que sustenten el direccionamiento estratégico y promuevan la estabilidad, la buena competencia, la generación de resultados con menos recursos, la reducción de la duplicidad en los procesos, la mitigación de la burocracia y el aumento efectivo del desempeño para impactar positivamente en las necesidades y exigencias de todas las partes interesadas (Pullés & Bataller, 2016).

Por otra parte, la existencia de Normas Internacionales ha dado lugar a que las

organizaciones se certifiquen en esas normas en paralelo y de manera independiente; esto provoca semejanzas en el contenido y estructuras. Otras organizaciones más avanzadas los integran, para conformar el denominado Sistema de Gestión Integrado (SIG) (Cabrera & all, 2015). Mantener sistemas de gestión separados, genera sub-optimizaciones y duplicidades de recursos. Los estándares se fundamentan en los principios de gestión mejora continua, gestión por procesos, alta implicación de la dirección) y comparten esquemas y requisitos similares (formación de los trabajadores, auditorías internas, definición de objetivos), por lo que la integración constituye una vía a formularse para obtener un único sistema de gestión (Cabrera & all, 2015).

Mantener varios sistemas, normativas u otros requisitos, vuelve más difícil la administración, presentándose mayor cantidad de actividades, lo que conduce a problemas en su ejecución y control, burocracia excesiva, altos costos, etc., (Nunhes et al., 2019).

La integración de los sistemas de gestión se ha consolidado como una estrategia fundamental para las organizaciones que están enfocadas en lograr una máxima competitividad en el mercado (Fernández, 2024). Esta integración, no significa una suma o adición de SG, el objetivo es sistematizar todos los procesos de la organización y en mayor medida los procesos claves y relevantes que intervienen, con el propósito de lograr un nivel de integración en la gestión, para así aumentar la eficiencia y la eficacia (Cabrera & all, 2015).

Cuando la articulación es débil entre entidades o dependencias, se convierte en un problema que impide la realización de programas o tareas de la misionalidad, por cuanto se desarrollan acciones aisladas, que pueden duplicar y dispersar esfuerzos, disminuyendo el acceso del servicio al usuario (Erika, 2021).

Dada la importancia de la integración, organismos de carácter de certificación de varios

países han realizado propuestas metodológicas, por ejemplo, una norma española (AENOR), UNE 66177:2005 creó la "Guía para la integración de sistemas de gestión que proporciona directrices para desarrollar, implantar y evaluar el proceso de integración de los SG de la calidad, medio ambiente y gestión de la seguridad y salud de los trabajadores. Otra propuesta es la australiana denominada " Integración de los SG. Guía para Empresas, Gobierno y Organizaciones Comunitarias (AS/NZS 4581) ". También el British Standard Institution (BSI) del Reino Unido lanza la guía sobre la implementación de los SG integrados HB 10190 "IMS: The framework y la especificación disponible al público PAS99:2006 que trae la especificación de requisitos comunes del SG como marco para la integración, la cual fue adoptada por la Oficina Nacional de Normalización (ONN) como documento normativo en 2008 para la certificación en Cuba (Cabrera & all, 2015).

Existe un estudio denominado "La integración de Sistemas de Gestión Empresariales, conceptos, enfoques y tendencias" y concluye que la integración de sistemas normalizados surge como respuesta para facilitar el manejo empresarial frente a la necesidad de operar con varios sistemas normalizados de forma simultánea, pero resulta imprescindible lograrlo no sólo en lo formal, sino que responda en las acciones de mejora a todos los sistemas por igual (Cabrera & all, 2015).

Para ayudar a mejorar la eficiencia general y la competitividad del mercado, las organizaciones han estado adoptando e implementando cada vez normas de sistemas de gestión, como OHSAS 18001 para seguridad de la salud en el lugar de trabajo, SA 8000 e ISO 20000 para sistemas de gestión de servicios, ISO 26000 para responsabilidad social corporativa (RSC), ISO 27001 para seguridad de la información y la serie ISO 10000 para garantizar la satisfacción del cliente, lo que contribuye a la gestión del conocimiento y a nuevos marcos para mejorar el

rendimiento del sector público, pero no están exentos de cierta resistencia al cambio (Ikram et al., 2020). La gestión de las normas se vuelve compleja debido al creciente número de medidas de desempeño integradas en los requerimientos de estas, causando dificultades en la implementación y el control del sistema, altos costos y obstáculos irrazonables de la burocracia. Teniendo en cuenta la estructura similar de los sistemas empresariales, un SGI parece ser una estrategia adecuada para gestionar las expectativas y demandas complejas y diversas de las partes interesada (Ikram et al., 2020).

En general en el mundo empresarial, podemos referenciar otro ejemplo relacionado para el sector educativo, el cual también presenta dualidades en el tema de calidad, por ejemplo, los programas de pregrado de educación superior en Colombia se enfrentan a dos sistemas de calidad, de un lado los lineamientos de acreditación para el sector y por otro lado las normas de calidad ISO 9001:2015 y NTC GP 1000:2009, rindiendo exámenes ante instituciones disimiles, como son el Ministerio de educación y el ICONTEC, se provocan situaciones fragmentadas y con más importancia a un sistema de calidad que a otro, para proponer una solución, Gonzalez y Ramírez (2018), plantean en su investigación la unificación de los dos sistemas en una matriz de congruencia que contenga los requerimientos de las dos normas.

La funcionalidad del SGI que se encuentra en varios sistemas (SGIOH, SGIRC, SGC, SGA), se puede integrar gradualmente para proporcionar una mejor gestión, es decir, que ahorre tiempo, recursos, disminuya los esfuerzos al eliminar la documentación duplicada, las tareas y otros esfuerzos administrativos, sin embargo, no existe un punto de referencia global y un proceso de integración “estandarizado” de los sistemas de gestión que pueda abordar el proceso preeminente necesario para llevarlo a cabo, sin embargo, existen procedimientos reconocidos (AENOR, 2005; BSI, 2006; Dansk Standard, 2005; SAI Global, 1999), un manual internacional

(ISO, 2008b) y sistemas de gestión de servicios con ISO 20000 disponibles para ayudar a las organizaciones a desarrollar e integrar sistemas de gestión estandarizados (Ikram et al., 2020).

Podemos observar, que diversas metodologías se han desarrollado desde los años noventa para la integración de múltiples sistemas de gestión en todo tipo de organización (Moreno, Restrepo, & Sanchez, 2021). La International Standard Organization (ISO) ha desarrollado una metodología de integración propia que permite alinear diferentes perspectivas normativas en una sola gestión. El manual *The Integrated Use of Management System Standard (IUMSS)* establece un método de cuatro etapas principales (preparación, conexión, incorporación y mantenimiento) en las cuales la estructura de alto nivel sirve como guía para integrar requisitos comunes, homólogos y abordar los específicos (Moreno et al., 2021). El manual utiliza la frase "sistema de gestión integrado" para referirse al resultado del proceso de integración de requisitos de múltiples normas de sistemas de gestión en un sistema singular dentro de una organización (ISO Technical Management Board, 2018). La investigación "Aplicación metodológica: the IUMSS para la integración de sistemas de gestión" tiene el objetivo de establecer una metodología de integración de las normas: NTC ISO 14001: 2015 sistema de gestión ambiental, NTC ISO 45001:2018 sistema de seguridad y salud en el trabajo y NTC ISO 13485:2016 sistemas de gestión de calidad para dispositivos médicos; la cual desarrollaron con el uso del manual (IUMSS) a través de una descripción cualitativa y analítica. Se concluyó que el manual es una herramienta robusta orientada a la disminución de redundancias y al cierre de brechas entre los requisitos de las normas ISO integradas y los procesos de una organización (Moreno et al., 2021). Este manual presenta en su metodología las etapas de: 1. Preparación, la cual tiene las etapas de liderar la integración, determinar el alcance y elaborar un plan de integración. 2. Conexión, esta etapa contempla las subetapas de estructurar el sistema de gestión, estructurar el

sistema de gestión de requisitos normativos, mapear el sistema de gestión de requisitos normativos contra el sistema de gestión. 3. Incorporación: en esta etapa se identifican las brechas, se cierran y se identifica el cierre de brechas. 4. Mantenimiento: esta trata de mantener y mejorar la integración y aplicar las lecciones aprendidas (Moreno et al., 2021).

Son múltiples los estudios que presentan la aplicación de una articulación de varias normas de gestión con éxito, en diferentes sectores (Fernández, 2024). Para satisfacer la amplia gama de necesidades de los grupos de interés, las empresas han implementado cada vez más sistemas de gestión (SG), con énfasis en los Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC), los Sistemas de Gestión Ambiental (SGA), los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) y, más recientemente, los Sistemas de Gestión de la RSC (Fernández, 2024).

Por su parte, la revisión narrativa “Guiding principles of integrated management systems: Towards unifying a starting point for researchers and practitioners” explora diferentes publicaciones para establecer los principios rectores del SGI y los elementos esenciales para su desarrollo y mantenimiento, ya que el (SGI) parece ser una estrategia adecuada para gestionar múltiples sistemas, que tienen que satisfacer las necesidades y expectativas de diversas partes interesadas, (Nunhes et al., 2019). Es así, que el estudio en mención sintetiza 6 principios así: 1) Gestión sistémica; 2) Estandarización; 3) Integración estratégica, táctica y operativa; 4) Aprendizaje organizacional ; 5) Desburocratización; y 6) Mejora continua (Nunhes et al., 2019).

Conviene integrar normas, como medio para lograr la complementariedad y sinergia entre los sistemas de gestión de calidad existentes y orientar los resultados (Betancourt & Caviedes, 2018).

En Colombia se han realizado investigaciones sobre articulación de modelos de gestión

en instituciones de salud. Se encuentra el estudio “Diseño y documentación de procesos para el sistema integrado de gestión y control basados en la norma NTCGP-1000 y MECI-2014 de la ESE Hospital San Juan de Dios, Pamplona n/s”, este estudio propone hacer un trabajo integrado en un hospital público de la norma de acreditación con los parámetros establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP); es decir, propone llevar a cabo una integración de los parámetros establecidos en el MECI, la norma NTCGP1000 y los estándares de acreditación (Herrera, 2015). En el momento que se desarrolló este trabajo no existía el MIPG, pero si el MECI y la norma NTCGP1000 que lo asemejan y son modelos que precedieron el MIPG (Anaya, 2015).

El anterior estudio concluyó, que cuando una entidad toma la decisión de prepararse para la acreditación debe considerar la integración de los pilares que le conducen a tal fin, esto es, no regirse únicamente por los lineamientos de la norma, sino integrar todos los requerimientos presentes, incluso los internacionales. Para el caso de ese proyecto fue de mucha utilidad crear un documento que integrara los estándares de calidad, con el MECI y NTCGP1000 ya que facilitó la implementación de estos a cada proceso optimizado a través de la documentación y los indicadores de gestión. Crear cada una de las propuestas de mejora que se contemplan en ese trabajo, no solo necesitó de la observación directa, sino también de la socialización de lo identificado como situación problema, con las personas implicadas en cada proceso. Los autores tienen dentro de sus conclusiones que la acreditación en calidad es más que un documento meta, las organizaciones deben apropiarse de la acreditación como un proceso estratégico de gestión cuyo fin es lograr mantener en el tiempo la prestación de servicios que satisfagan a sus clientes (Herrera, 2015).

En 2020 el trabajo de grado de maestría de Manuel Pulecio “Articulación del sistema

único de acreditación y el modelo MIPG en gestión desde la metodología de autoevaluación definidos por los dos modelos” en el cual, realiza una revisión teórica del SUA y del MIPG, con la finalidad de comparar los componentes principales de los dos modelos, encontrar los puntos comunes y plantea que con esta articulación se puede generar buenas prácticas de control interno, promover el desarrollo del país, desde los prestadores de servicios de salud y en especial los públicos, para disminuir los tiempos en los que se requieren para la preparación de los dos (2) modelos, así como facilitar los procesos de acreditación y autoevaluación en las IPS del sector público como parte de la medición y la gestión del Gerente (Pulecio, 2020, pág. 96).

El estudio de Pulecio (2020), identificó que ambos modelos cuentan con su propia metodología que va desde: la definición de cada uno, sus objetivos, el tipo de aplicación, el plazo para ejecutar los modelos, la ruta, el modo de operación, el método evaluativo, el plan de mejoramiento, los criterios, las herramientas de autodiagnóstico, los manuales, los principios y los ejes. Lo que permite determinar, cuáles son los requisitos de cada modelo y determinar la ruta de mejoramiento a través de la formulación de los planes establecidos y así, cerrar las brechas encontradas en cada modelo. También concluyó que el MIPG se concentra en las prácticas y procesos que adelantan las entidades públicas para transformar insumos en resultados que produzcan los impactos deseados en la gestión y el desempeño institucional, generando valor público; por otra parte, el SUA, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, afianza la competitividad de las organizaciones de salud. Identificó puntos comunes para la articulación de ambos modelos, lo cual contribuirá a generar buenas prácticas de control interno y promueve en los prestadores de servicios de salud y en especial los públicos, disminuir los tiempos en los que se requieren para la preparación de los dos (2) modelos (Pulecio, 2020, pág. 95).

Uno de los objetivos del trabajo de Pulecio es dar un paso para simplificar la labor de los

funcionarios de las entidades públicas que además son IPS públicas o ESE, que puedan fortalecer el mejoramiento continuo, al tomar como referencia los estándares de acreditación que se ven reflejados en el PAMEC, no con la finalidad de acreditación sino como una forma de mejoramiento que se demuestra mediante una autoevaluación, sin que se deban duplicar esfuerzos, al responder sobre lo solicitado en el MIPG y el SUA de forma separada (Pulecio, 2020).

También, el trabajo de Pulecio presentó el histórico normativo de los dos modelos y luego compara los elementos principales de estos, creando una tabla que muestra la intersección a partir de las dimensiones del MIPG con los estándares de SUA, lo que permite comprobar su posible articulación de manera teórica, por lo que se considera necesario experimentar en la práctica su funcionamiento y crear una metodología que pueda ser seguida por las IPS públicas (Pulecio, 2020).

Por su parte, Bermúdez (2020) expuso en su trabajo “Metodología de integración de las normativas MIPG y SUA en entidades públicas del sector salud Distrital, Estrategia para la transferencia de conocimiento” derivado del problema, identificado en una subred Integrada de Servicios de Salud de Bogotá D.C, que presentan dificultades en la aplicación e implementación de los dos modelos por parte de sus equipos administrativos, ya que se aplican de forma individual, generando reprocesos en el desarrollo de las actividades y duplicidad de la información. Este trabajo se enfocó en la generación de una metodología de integración de dos normativas asociando al planteamiento de cómo realizar la transferencia de conocimiento de esta, en búsqueda de fortalecer su implementación, esto último labrando el camino al paso de una nueva investigación de origen más correlacional.

En el trabajo de Bermúdez se revisó los manuales SUA y MIPG, así como las

herramientas de cada uno de estos, identificó criterios a cumplir de acuerdo con las dos normativas, criterios comunes y no comunes entre estas, concluyendo que el punto de encuentro estará en las categorías del MIPG contra estándares de SUA para finalmente determinar una estrategia de transmisión del conocimiento. Entre las conclusiones del estudio se plantea que al desarrollar la metodología de integración entre las normativas MIPG y SUA, basada en la herramienta de gestión ciclo PHVA o ciclo de Deming, permite que su aplicación se realice de manera clara, oportuna, organizada y completa, esto dado a que es una herramienta común y reconocida desde los sistemas de gestión, por quienes trabajan para el mejoramiento de la calidad (Bermudez et al, 2020). Este trabajo define los puntos de posible integración y el uso de ciclo PHVA para desarrollar el mejoramiento, no presenta una aplicación en una institución, por lo que dentro de sus recomendaciones indica realizar validación en campo de la metodología, lo cual reforzaría la aplicabilidad de esta y confirmaría los resultados propuestos en el presente informe (Bermudez et al, 2020).

En este mismo estudio, Bermúdez y otros encuentran que para el SUA la aplicación de la metodología de integración fortalece el logro de resultados enfocados en el mejoramiento institucional, asociado al fortalecimiento del eje de transformación cultural y así incrementar de manera más rápida la certificación de las sedes de la entidad bajo este sistema, lo cual mejora la satisfacción del usuario, el reconocimiento externo y la competitividad de la institución. En cuanto al MIPG la aplicación de la metodología mejora el cumplimiento normativo de la institución afianzando el desempeño de la función pública distrital. La aplicación de la gestión del conocimiento enfocado no sólo en los datos con los que se cuenta, sino permitiendo la fluidez de la información y habilidades a toda la organización, genera creación de valor al gestionar

eficientemente los procesos, debido a que se trabaja de forma más productiva y fomenta el trabajo en equipo (Bermudez et al, 2020).

Se puede afirmar, que los estudios de Pulecio y Bermúdez avanzan en el conocimiento del tema, identificando la similitud en los criterios a cumplir y encontrando los objetivos similares, mostrando de manera teórica los puntos de conexión en estas normas. Pulecio, por su parte, recomienda experimentar en la práctica su funcionamiento y crear una metodología que pueda ser seguida por las IPS públicas (Pulecio, 2020) y Bermúdez indica realizar validación en campo de la metodología, lo cual reforzaría la aplicabilidad de esta y confirmaría los resultados propuestos en su informe (Bermudez et al. 2020).

Se encuentra otra investigación en Colombia que tiene el propósito de diseñar una metodología que permita integrar la NTC- 9001:2015 “la cual tiene como propósito proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables, así como aumentar la satisfacción del cliente mediante la aplicación eficaz del sistema”, el modelo de planeación MIPG y el modelo de Control Interno MECI. Este estudio concluye que la metodología para la integración de los modelos de gestión NTC ISO 9001: 2015, el modelo MECI y el MIPG, diseñados, construidos, y avalados, consideran el ciclo PHVA y utilizan la metodología UNE 66177 y NC PAS 99:2008, se constituyen en una herramienta útil para facilitar dicha integración. Con esta metodología se suplirá la necesidad expresada por los funcionarios, a través de encuestas y entrevistas para integrar el sistema de gestión de calidad y los modelos MECI y MIPG. Con base en la información recolectada, fue posible abordar el diseño y elaboración de la metodología de integración. Además, soportado en la información recauda y la hipótesis planteada, se estableció una relación positiva y directa entre la integración de los modelos de gestión integrados y los resultados de gestión. La metodología

diseñada y avalada es adecuada y útil porque se fundamenta en los siguientes aspectos positivos: Ciclo PHVA, estructura de alto nivel de las normas ISO, Diagnóstico de la Superintendencia de Salud, con participación de diferentes niveles jerárquicos de la Entidad, Aportes de las metodologías de implementación existentes (Torres Galan, 2020).

En la medida en que se implementan y mantienen más sistemas, normativas u otros requisitos, la administración en su conjunto se vuelve más difícil y burocrática debido a la mayor cantidad de actividades a administrar, lo que puede conducir a problemas en su ejecución y control, trámites excesivos, altos costos, etc. (Nunhes et al., 2019, pág. 990)

Como lo menciona Cabrera en su artículo, la integración de normas es una necesidad que surge debido al propio desarrollo organizacional existente, a los intereses y prioridades que tenga la organización, para ser más competitivo y cada vez más la tendencia es planificar, mejorar y controlar los procesos de la organización para brindar productos que cumplan con los requisitos de los clientes y por ende con su satisfacción, y por otro lado preservar el ambiente y garantizar la salud y seguridad de los trabajadores. Todo esto puede lograrse con un SIG, con estructuras y procesos planificados, coherentes y controlados, con trabajadores competentes y con directivos altamente comprometidos, de ahí que la alta dirección juega un papel primordial en este proceso. Varios son los autores que enfatizan los beneficios o ventajas empresariales que trae consigo el proceso de integración (Fraguela & Formoso, 2011) (Abab et al., 2014), además de contribuir a lograr una mayor confianza, motivación y participación por parte del personal (Cuendias de Armas, 2013) (Cabrera et al, 2015). Para las ISP públicas como la ESE CEO es una prioridad ser competitivos para lograr mantenerse en el sistema y tener una buena imagen con sus resultados en la evaluación anual de la implementación del MIPG y de los estándares de SUA.

Otro aporte nacional al mejoramiento fue la construcción del plan nacional de

mejoramiento de la calidad en salud, el cual estructura su propuesta en torno a tres ejes: - las personas como centro y finalidad del sistema, -la calidad a partir de un enfoque sistémico, -la transformación de la gestión del sistema mediante procesos de autoevaluación, dirigidos hacia capacidades de ajuste, mejora continua e innovación. Así mismo plantea un enfoque en donde la humanización y la calidad confluyen y ubican a la persona como el eje central de su propuesta, convirtiendo la dignidad humana en el propósito central de la atención en salud (Minsalud, 2016).

SUA es una estrategia y una metodología de mejoramiento continuo de la calidad específica para las instituciones de salud, de larga trayectoria y desarrollo conceptual y metodológico a nivel mundial y de probada efectividad (Minsalud, 2005).

El MIPG es en sí mismo un modelo de gestión de calidad ya que se fundamenta en generar resultados que satisfagan las necesidades y atiendan los problemas de los ciudadanos (DAFP et al., 2021).

SUA opera con 8 grupos de estándares: Procesos de atención al cliente asistencial, direccionamiento, gerencia, talento humano, ambiente físico, gerencia de la información, gestión de la tecnología y mejoramiento continuo (MSPS, 2018). MIPG opera a través de un conjunto de 7 dimensiones que agrupan las políticas de gestión y desempeño institucional (Talento Humano, Direccionamiento estratégico y Planeación, Gestión con valores para resultados, Evaluación de resultados, Información y comunicación, Gestión del conocimiento y Control Interno), implementadas de manera articulada e intercomunicada (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2024).

La “Guía práctica de preparación para la acreditación” elaborada por el Ministerio de salud de Colombia, como producto entregado durante la ejecución del proyecto “Evaluación y

Ajuste de los Procesos, Estrategias y Organismos Encargados de la Operación del Sistema de Garantía de Calidad para las Instituciones de Prestación de Servicios”, desarrollada por el consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria – Canadian Council on Health Services Accreditation – Qualimed, tomó como criterios la adecuación a los desarrollos operativos realizados por ICONTEC, entidad acreditadora nacional y las recomendaciones hechas por el equipo técnico de esta misma entidad, así como el análisis de las primeras experiencias de autoevaluación. Se ha aprovechado especialmente el conocimiento y la experiencia del CCHSA, organización que por más de cincuenta años ha aplicado el sistema de acreditación en el Canadá, ha apoyado y orientado a otros países que han tenido la iniciativa de desarrollar procesos de mejoramiento de la calidad en sus instituciones, con base en su experiencia, utilizando los estándares fundamentados en la filosofía de la atención centrada en el cliente y en el Mejoramiento Continuo de la Calidad (Minsalud, 2005).

En el entendiendo que las evaluaciones formales de los programas son una fuente importante de aprendizaje sobre los desafíos que se enfrentan para mejorar la calidad de la atención sanitaria y cómo abordarlos (Dixon-Woods M, 2012), la metodología de autoevaluación en los estándares de acreditación establece primero la lectura y comprensión de lo solicitado en el estándar, posteriormente el análisis por los integrantes del equipo del avance del estándar en la institución, identificando la no coincidencia del desempeño organizacional, contra el desempeño ideal planteado en el estándar, estableciendo un diagnóstico e iniciando un proceso de análisis en sus dimensiones de enfoque, implementación y resultados (MSPS, 2014).

La dimensión de *Enfoque* se refiere a las directrices, métodos y procesos que en forma sistémica y metódica utiliza la institución para ejecutar y lograr el propósito solicitado por cada estándar y la forma en se evalúa y mejora (MSPS, 2014).

Este enfoque tiene las siguientes variables:

Sistematicidad: grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada (Minsalud, 2005). Ejercicio de aplicación disciplinado que abarca todos los procesos y el contenido del estándar, que hace una visión de conjunto de la institución, que contempla el ciclo PHVA (MSPS, 2014).

Proactividad: grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad a partir de la gestión del riesgo (MSPS, 2014).

Enfoque evaluado y mejorado: forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación (MSPS, 2014).

La dimensión de *Implementación* hace referencia al despliegue y aplicación del enfoque, a su alcance y extensión a los procesos de la entidad que aplique, a los clientes y usuarios internos y externos (MSPS, 2014). La implementación tiene las siguientes variables:

Despliegue en la institución: Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas servicios o procesos de la organización (MSPS, 2014)

Apropiación por el cliente interno y/o externo: Grado en que el cliente del despliegue entiende y aplica el enfoque según la naturaleza y propósitos del estándar (MSPS, 2014).

La dimensión de *Resultados* hace referencia a los logros y efectos alcanzados con la aplicación de los enfoques. Los resultados tienen las siguientes variables:

Pertinencia: Grado en el que los hechos referidos (hechos, datos e indicadores) se relacionan con los criterios y requisitos del estándar evaluado (MSPS, 2014).

Consistencia: Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque (MSPS, 2014).

Avance de la medición: Grado en que la medición responde a una práctica sistémica de la organización en un tiempo de periodo de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del estándar evaluado, calidad y pertinencia de estos.

Tendencia: Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.

Comparación: Grado en el que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de estos (MSPS, 2014).

Con los anteriores conceptos las IPS realizan la autoevaluación cualitativa y cuantitativa con la metodología establecida en la resolución 2082 de 2014.

En la autoevaluación cualitativa se registran inicialmente las fortalezas y luego las OMs, una vez se ha registrado la narrativa completa se debe medir el cumplimiento del estándar.

En la evaluación cuantitativa se realiza asignación numérica del nivel de avance en la implementación del estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones enfoque, implementación y resultado, se asignan los números de calificación como lo establece la hoja radar de la resolución 2082 de 2014, empezando por leer el contenido del número 3 (Organización en un grado mediano de madurez del enfoque y de la implementación), Si no corresponde al numeral 3, porque considera que la organización supera las características de este numeral, se desplaza hacia el numeral 4, si no se alcanza el 4 la nota será 3, si por el contrario no se cumple a nivel 3 se pasa a leer el 2, si se cumple con este se deja en 2, si no se alcanza su cumplimiento la nota será 1.

Adicionalmente el DAFP presenta el esquema de medición del MIPG, que tiene como objetivo fundamental medir el grado de orientación de la gestión y el desempeño institucional de las organizaciones públicas hacia la satisfacción efectiva de las necesidades y problemas de los

ciudadanos. Esta institución ha elaborado los instrumentos de autodiagnóstico y así mismo, construyó la guía para el uso de la herramienta de Autodiagnóstico de las Dimensiones Operativas, la cual, permite a cada entidad pública desarrollar su propio ejercicio de valoración del estado de cada una de las dimensiones en las cuales se estructura MIPG. A través de la aplicación de la herramienta, las entidades podrán determinar el estado de su gestión, sus fortalezas y debilidades y lo más importante, tomar medidas de acción encaminadas a la mejora continua para alcanzar la excelencia. (Departamento administrativo de la función pública, 2017)

El objetivo central del autodiagnóstico desarrollado por las propias entidades es el análisis periódico de los procesos y resultados de la gestión, buscan identificar áreas de mejora para la implementación de planes de mejoramiento adecuados a las realidades de las instituciones (Departamento administrativo de la función pública, 2017).

La herramienta de autodiagnóstico consta de 14 archivos en Excel, cada uno de ellos corresponde a un cuestionario de autodiagnóstico, trae las instrucciones y allí se evalúa cada una de las actividades de gestión (nivel más desagregado) que hacen parte de la política o tema analizado según las dimensiones del MIPG.

Como resultado de los diagnósticos por autoevaluación en SUA y por autodiagnóstico en MIPG, una IPS pública obtiene OMs para cada norma. Gran parte de estas OMs resultan repetidas para los dos modelos.

Con corte a 9 de noviembre de 2024, Colombia tiene 58.680 prestadores de servicios de salud (IPS, profesionales independientes, servicio de transporte especial y entidades con objeto social diferente); de estos 10.865 son IPS, dentro de este grupo 1.000 son públicas, de las cuales 924 son de primer nivel de atención. Del total de IPS del país sólo 52 han obtenido el título de entidad acreditada, 13 de estas son de carácter público y sólo 1 es de primer nivel, es decir el

0,1% de las IPS públicas de primer nivel ostenta el título de acreditación (Ministerio de salud de Colombia, 2024).

La medición del desempeño institucional según MIPG con respecto a la gestión realizada en 2023, la cual fue publicada en noviembre de 2024, muestra un índice de desempeño de 55,7 para 3.382 entidades territoriales evaluadas, las cuales incluyen a 831 ESEs (IPS públicas administrativamente independientes), que obtuvieron un índice de desempeño promedio de 54,4, inferior a la media nacional. Tan sólo el 1,33% de las ESEs evaluadas tiene un desempeño superior al 90,0, mientras que el 89% de las ESEs tienen índices de desempeño menores a 75,0, siendo los menores índices de 2,08 y 3,57. Adicionalmente las 15 IPS públicas que aún no están catalogadas como ESE (es decir aun no tienen autonomía administrativa y dependen de la entidad territorial) tienen un índice de desempeño de 45,1 (Departamento administrativo de la función pública, s.f.).

Las IPS deben elaborar planes de acción que lleven a la institución a niveles superiores de desempeño en cumplimiento del MIPG y del SUA, los cuales se elaboran después de identificar las falencias en la autoevaluación de acreditación y el autodiagnóstico de MIPG; los planes de acción consisten en gestionar las OMs que se identifican en cada norma, pero estas serán en gran volumen, resultando extenso, por lo que se deben priorizar de acuerdo con la importancia que representa en la institución. Las “Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud” en su guía 2 presenta como realizar la definición de prioridades, a través de la matriz de priorización, la jerarquización o Pareto, en esta guía abordan la matriz de priorización, que es una herramienta para evaluar opciones basándose en una determinada serie de criterios explícitos que se ha decidido como importantes para tomar una decisión adecuada y aceptable. Se propone que estos

criterios sean los factores críticos de éxito de la institución, Los factores críticos de éxito son entendidos como aquellos aspectos que, si todos los miembros de la institución contribuyen a cumplir, permitirán el logro de los objetivos y metas institucionales. Son aquellos aspectos o variables que, estando bajo el control de la institución y siendo medibles en el tiempo, se requiere controlar para el logro de los resultados esperados. (Minsalud, 2007). Para el SUA el Ministerio de Salud tiene una metodología de priorización definida, por variables de riesgo, volumen y costo, las cuales se aplican así:

- Riesgo: Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.

- Costo: Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.

- Volumen: Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

Cada variable se califica de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor. El Manual para la elaboración de planes de mejoramiento en acreditación presenta la tabla de escala de calificación de la priorización.

Las situaciones que se identifican en un diagnóstico con bajo o ningún cumplimiento y que muestran alta prioridad son el insumo para establecer un plan de mejora en una institución para adelantar acciones planificadas que mejoran la calidad, desarrollando a través de un proceso sistemático y basado en la evidencia científica, el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento (Minsalud, 2005).

Es importante desarrollar un plan de trabajo o de acción enfocado en la mejora continua bajo la metodología de PHVA o ciclo PDCA, el cual comenzó a desarrollarse en la década de 1920 por el ingeniero Walter Shewhart, quien creó el Control Estadístico de Procesos (CEP), una herramienta de calidad diseñada para prevenir y detectar defectos. Posteriormente en 1950 el

profesor y matemático estadounidense William Deming, lo mejoró con el aporte del ciclo PDCA o Ciclo de Deming; este teórico puso en práctica la lógica de planificar, ejecutar, analizar y corregir un proyecto de gran envergadura: la reconstrucción de la infraestructura industrial japonesa tras la Segunda Guerra Mundial. El ciclo PHVA es una metodología de gestión que tiene como objetivo la mejora constante de los procesos. Este ciclo consta de cuatro pasos: planificar (plan), hacer (do), verificar (check) y actuar (act), y su aplicación permite adaptarse a los cambios del mercado, aumentar la eficacia, acelerar la productividad y satisfacer las necesidades de los clientes. Aunque este método es conocido desde hace aproximadamente un siglo, sigue siendo ampliamente utilizado y puede contribuir en gran medida a la optimización de los procesos (SYDLE, 2023).

El ciclo PHVA también puede ser utilizado para resolver problemas, permite planificar una solución que se verifica continuamente, minimizando al máximo los impactos del problema inicial. También puede ser utilizado en la toma de decisiones ya que se basa en información concreta y verificación continua de datos.

El concepto PDCA, por tanto, está vinculado a un proceso de mejora continua que debe aplicarse a través de estos cuatro pasos, que se ejecutan de forma cíclica con el objetivo de acelerar y mejorar la calidad de los productos o procesos. Este método se puede fusionar con el método 5W2H, que es un método basado en preguntas y respuestas para la ejecución de actividades: What: ¿Qué necesita hacerse?, Why: ¿Por qué es necesaria la acción?, Where: ¿Dónde realizar la actividad?, When: ¿Cuándo y con qué plazo?, Who: ¿Quién lo ejecuta?, How: ¿Cómo se llevará a cabo?, How much: ¿Cuánto cuesta? (SYDLE, 2023)

El PDCA y el 5W2H se complementan entre sí y se pueden implementar juntos para maximizar los resultados (SYDLE, 2023).

Con un plan de mejora construido metodológicamente usando el ciclo PHVA, la institución tiene una ruta de trabajo. Esta ruta debe enfocarse en el cumplimiento de estándares superiores y en el caso de la acreditación es importante dirigir la mirada a los ejes de acreditación que se registran en la resolución 2082 de 2014 en su artículo 2.

Los ejes trazadores en el SUA son:

- Atención centrada en el usuario de los servicios de salud, cuya meta es identificar, satisfacer y exceder sus expectativas y necesidades.
- Gestión clínica excelente y segura, cuya meta es minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de la contribución a la salud y el bienestar de la sociedad.
- Humanización de la atención en salud, cuya meta es garantizar el respeto y la dignidad del ser humano.
- Gestión del riesgo, cuya meta es encontrar el balance entre beneficios, riesgos y costos.
- Gestión de la tecnología, cuya meta es lograr la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones.
- Proceso de transformación cultural permanente, cuya meta es lograr compromiso en la atención con calidad por parte de las entidades y personal que allí labore y el aporte al desarrollo sostenible con un comportamiento ético y transparente.
- Responsabilidad social, cuya meta es lograr la corresponsabilidad entre las instituciones, la sociedad, los individuos y el medio ambiente, que contribuya con acciones concretas a la disminución de las inequidades y al mejoramiento integral de las condiciones de vida de las comunidades en particular y de la sociedad en general.

También es importante tener definida la intencionalidad de los grupos de estándares del SUA como de las políticas de MIPG para encontrar el punto de articulación. Entendiendo por intencionalidad el propósito, objetivo, el fin, pretensión, meta o empeño. En la siguiente tabla se registra la intencionalidad de los grupos de los estándares del SUA (Tabla 1).

Tabla 1

Intencionalidad de los Grupos de Estándares SUA

Grupos de estándares	Intencionalidad
Procesos de atención al cliente asistencial	<p>El resultado esperado de una Institución con el cumplimiento de los estándares es focalizarse en el paciente para asegurarle su atención y el respeto a sus derechos y conozca sus deberes, recibiendo atención sin discriminación alguna.</p> <p>La atención al paciente y su familia debe ser congruente con sus características socio culturales, necesidades, condiciones de salud y expectativas.</p> <p>El plan de cuidado y tratamiento debe ser recibido bajo condiciones de seguridad con acciones de educación sobre su condición de salud.</p> <p>La organización debe contar con procesos de evaluación individual de resultados y realimentarse con la percepción del servicio por parte del paciente.</p>
Direccionamiento	<p>La organización debe estar alineada con el direccionamiento estratégico para el logro de sus resultados, con un enfoque centrado en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad, para lo cual debe tener en cuenta la lectura del entorno, revisión permanente del direccionamiento, debe construir un plan que sea difundido y que sea de conocimiento de la alta dirección.</p> <p>Igualmente debe asegurar el seguimiento y evaluación integral de la gestión en salud, con énfasis en el cliente, la humanización de la atención, gestión de la tecnología, enfoque de riesgos, teniendo en cuenta la transformación cultural de largo plazo y la responsabilidad social.</p> <p>Incorporar la normatividad relevante, aspectos éticos e incorporar educación continua a la Junta Directiva.</p>
Gerencia	<p>Todos los procesos deben orientarse al logro de resultados institucionales, con un enfoque centrado en el cliente y de mejora continua.</p> <p>Definición de metas y objetivos, requisitos de acreditación, mediante la asignación de recursos físicos, protección, financieros y de talento humano.</p>

Grupos de estándares	Intencionalidad
	<p>Enfocarse cada vez en lograr mejores resultados, a través de un plan de direccionamiento estratégico, basado en el ciclo de mejoramiento de la calidad (PHVA).</p>
Gerencia del Talento Humano	<p>El Talento Humano debe mejorar sus competencias y su desempeño en función de las metas y objetivos de la organización, pero enfocado al usuario.</p> <p>Para ello, debe enfocarse en respuestas objetivas, planear el recurso, seguridad del paciente, humanización, educación continua, evaluaciones de desempeño y transformación cultural.</p> <p>Para lo cual, debe garantizar las competencias del talento humano, empoderarlo, acondicionar las áreas, estrategias de promoción para lograr mejores resultados de desempeño.</p> <p>Deberá contar con un plan de objetivos, basado en la información del equipo de salud, el paciente y la familia, haciendo monitoreos para el mejoramiento de procesos. Así mismo, implementar la investigación y desarrollo.</p> <p>Deben existir procesos prioritarios de atención e implementación de actividades de mejoramiento, monitoreo, divulgación y despliegue de los resultados de mejoramiento.</p>
Gerencia de la Información	<p>La información debe incluir todos los procesos organizacionales del usuario, familia y comunidad en función del ciclo de mejoramiento de la calidad en donde prevalezca la seguridad y confiabilidad de la información.</p> <p>Debe desarrollarse un plan de Gerencia de la información de manera sistemática para el aseguramiento de la calidad.</p> <p>Para ello, se debe estandarizar la información, gestión de riesgos clínicos, tableros de mando integral, análisis de brechas, análisis de riesgos de la información, costos, controles, comunicación y contar con un soporte tecnológico, con redes y licencias para asegurar su funcionamiento.</p>
Gestión tecnológica	<p>Los procesos de atención al paciente deben contar con una Gestión Tecnológica, orientada a la eficiencia, efectividad y seguridad, a través de la Gestión de equipos biomédicos, dispositivos para médicos, medicamentos, mejora farmacológica, gestión de tecnología de soporte y gestión de Tecnologías de la información (Tic's).</p> <p>La tecnología debe tener un manejo seguro con enfoque de riesgo y la promoción de una cultura organizacional de manejo responsable de la tecnología.</p>

Grupos de estándares	Intencionalidad
Mejoramiento	<p>Que la Institución tenga un proceso de calidad con resultados centrados en el paciente, tanto en dimensión técnica como interpersonal de la atención; de manera que el proceso de calidad, buscar este integrado a las diferentes áreas de la organización para transformar la cultura de la calidad y sean sostenibles en el tiempo.</p> <p>Asegurar que los procesos de mejora de la calidad produzcan aprendizaje que sean útil de manera que se tenga un banco de conocimiento de lo aprendido.</p>

Nota: Autoría propia

En la Tabla 1 se observa lo que se desea lograr con la aplicación de cada grupo de estándares, llevando todos al objetivo general de brindar una atención centrada en el usuario.

En la siguiente tabla se presenta la intencionalidad de las dimensiones de MIPG y las políticas que se relacionan (Tabla 2).

Tabla 2

Intencionalidad de las Dimensiones del MIPG y políticas asociadas

Dimensión	Intencionalidad	Políticas
Talento humano	Vincularse por mérito propio, según la normatividad.	
	Tener el perfil idóneo, según prioridades de la entidad.	Gestión Estratégica del Talento Humano – GETH
	Conocer las políticas institucionales, el direccionamiento estratégico y planeación de procesos de operación.	Integridad
	Comprometerse con el cumplimiento de sus funciones, buscando la mejora continua.	
	Herramienta de rutas de creación de valor (Felicidad, Crecimiento, servicio y calidad).	
	Orientarse al propósito de la entidad.	Planeación institucional.
	Tener definidas las responsabilidades y	Gestión presupuestal y eficiencia del

Dimensión	Intencionalidad	Políticas
Direccionamiento Estratégico y Planeación	<p>roles.</p> <p>Basarse en principios de integridad e igualdad.</p> <p>Ser comunicado e interiorizado por todos los servidores.</p> <p>Tener metas estratégicas coherentes a las necesidades.</p> <p>Permitir alianzas estratégicas y articulación.</p>	<p>Gasto Público.</p> <p>Integridad</p> <p>Compras y contratación pública.</p> <p>Participación ciudadana en la gestión pública.</p>
Gestión de valores para el resultado	<p>Tener en cuenta los requisitos legales, políticas internas.</p> <p>Usar las Tecnología de la Información y Comunicación (TIC) para mejorar la comunicación y servicios.</p> <p>Compromiso con el medio ambiente.</p> <p>Simplificar y facilitar los trámites.</p> <p>Preservación del medio ambiente.</p> <p>Cumplimiento de parámetros de pertinencia y oportunidad.</p> <p>Rendición de cuentas sobre la gestión.</p> <p>Promover la transparencia, participación y colaboración.</p>	<p>Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos.</p> <p>Gobierno digital</p> <p>Seguridad digital</p> <p>Defensa jurídica</p> <p>Mejora Normativa</p> <p>Relaciones Estado ciudadano</p> <p>Racionalización de trámites y servicio al ciudadano</p> <p>Participación ciudadana en la gestión pública</p> <p>Gestión de recursos físicos y servicios internos</p> <p>Transparencia y acceso a la información.</p> <p>Gestión presupuestal y eficiencia del Gasto Público.</p> <p>Integridad</p> <p>Gestión ambiental (Competente)</p>
Evaluación para el resultado	<p>Tener claro qué, cómo y momento de medición.</p> <p>Hacer evaluaciones periódicas sobre cumplimiento de metas.</p> <p>Definir indicadores de nivel de avance</p> <p>Tener en cuenta percepción de la</p>	<p>Seguimiento y evaluación del desempeño institucional</p>

Dimensión	Intencionalidad	Políticas
	<p>ciudadanía.</p> <p>Usar datos recopilados para toma de decisiones.</p> <p>Debe registrarse, almacenarse y comunicarse.</p> <p>Disponible, completa y confiable.</p>	
Información y comunicación	<p>Registrarse en lenguaje accesible en tiempo, modo y lugar.</p> <p>Garantizar canales apropiados para difundir la información sobre direccionamiento estratégico, planeación y resultados.</p> <p>Garantizar la memoria institucional y evidencia para defensa jurídica de la entidad.</p>	<p>Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.</p> <p>Gestión documental.</p> <p>Racionalización de trámites</p> <p>Gestión de la información estadística</p>
Gestión del conocimiento y la innovación	<p>Recopilar información de fuentes variadas.</p> <p>Fomentar espacios de análisis de información y generación de conocimiento</p> <p>Generar alianzas estratégicas y referenciarse con otros.</p>	<p>Gestión del conocimiento y la innovación.</p>
Control interno	<p>Garantizar el cumplimiento de los estándares de conducta e integridad de la entidad.</p> <p>Garantizar niveles de responsabilidad y autoridad.</p> <p>Garantizar la alineación de los servidores con los objetivos.</p> <p>Identificar potenciales riesgos y darles gestión adecuada.</p> <p>Garantizar que la información se comunique al interior y al público.</p>	<p>Control interno</p>

Dimensión	Intencionalidad	Políticas
	Hacer auditorías que garanticen la calidad de gestión.	

Nota. Autoría propia, después de revisión de manual de MIPG (Función Pública - Manual Operativo MIPG V5, 2022).

La Tabla 2 nos muestra los objetivos de cada dimensión, que al cumplirse logran una atención centrada en resolver las necesidades de los ciudadanos según las misiones de cada las diferentes entidades públicas.

Para aplicar este ejercicio de articulación se seleccionó a la E.S.E. CEO, que es una IPS pública, de primer nivel de complejidad, cuenta con 11 sedes habilitadas en el registro de prestadores de servicios, 7 de estas son urbanas y 4 rurales. Por consulta externa tiene servicios de odontología, enfermería, medicina general, medicina especializada de ginecología, medicina familiar, pediatría y medicina interna y adicionalmente las cuatro sedes más grandes tienen servicios de urgencias, en una de ellas se cuenta con hospitalización pediátrica y de adultos, se cuenta con servicios de imágenes diagnósticas, de laboratorio clínico, de citologías, fisioterapia (con fines educativos), vacunación, psicología y transporte asistencial básico. Adicionalmente cuenta con infraestructura en adecuación para prestar servicios quirúrgicos de mediana complejidad.

Esta IPS para el periodo de 2021 a 2024 en su planeación estratégica presenta la necesidad de buscar mecanismos de mejoramiento en la prestación de sus servicios, es así que plantea en su Misión: Somos una institución líder en la prestación de los servicios de salud, comprometidos con la excelencia y el mejoramiento continuo de los procesos y la formación del talento humano para el bienestar de nuestros usuarios y sus familias y en su Visión: En el 2025 seremos la empresa predilecta de la región Sur colombiana por la calidad de nuestros servicios

humanizados y seguros, enmarcados en el mejoramiento continuo, innovación tecnológica y rentabilidad financiera. Para lograr el cumplimiento de esta Misión y Visión uno de los objetivos institucionales es “Gestionar todas las acciones necesarias encaminadas a la calidad a través del mejoramiento continuo de los procesos administrativos y asistenciales, con proyección a cumplimiento de estándares superiores de calidad” y en su plan de desarrollo presenta el eje estratégico “Gestionar todas las acciones necesarias encaminadas a la calidad a través del mejoramiento continuo de los procesos administrativos y asistenciales, con proyección a cumplimiento de estándares superiores de calidad” (ESE Carmen Emilia Ospina, 2020). En el anexo 9 se presenta el marco contextual.

Metodología

Se trata de un proyecto aplicado, con las modalidades de desarrollo tecnológico; presentando una propuesta de una metodología innovadora y realizando un diagnóstico, que evalúa y presenta los resultados de una problemática relacionada con el área de conocimiento, en este caso la administración, gestión y planeación en un IPS pública (Universidad Nacional Abierta y a Distancia [UNAD], 2014), se enmarca como tipo consultoría.

De acuerdo con Sampieri (2014) este estudio se clasifica en un tipo de estudio cualitativo que enfatiza en comprender un fenómeno explorándolo desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural. En este caso la situación en una IPS públicas de Colombia respecto al cumplimiento del MIPG y el SUA y la exploración de maneras de facilitarlos mediante una metodología nueva que las articule.

Este proyecto tiene un alcance descriptivo, que busca resolver un problema, mostrando con precisión las dimensiones de un contexto (Sampieri, 2014). En este caso encontrando los puntos de convergencia y los de complementación del SUA y del MIPG al interior de una IPS pública (Sampieri, 2014).

Se recoge información para el diagnóstico de fuente secundaria, sobre los criterios con OM que presenta la organización, según las exigencias de los modelos SUA y MIPG, como primer paso. Estos datos extraídos son usados para realizar la aplicación de la metodología diseñada y que se pone en práctica.

Es un estudio de caso, porque se trabajó en solo una IPS, a la cual se le aplicó la metodología diseñada, que consistió en realizar el diagnóstico, agrupar los criterios con OM en ejes temáticos, posteriormente una consolidación de estos en OMs estructuradas finalizando con la aplicación de una técnica de priorización para que se diera enfoque a la construcción de un

plan de mejora por parte de la institución. Por lo anterior, se categoriza en un estudio no experimental, que posee su propio procedimiento o clase de diseño (Blanco Restrepo, 2006).

Para dar claridad al termino: criterio con OM, se establece que criterios son las solicitudes que traen los estándares de acreditación o las políticas de MIPG. OM es la situación que tiene el potencial de ser optimizada para lograr mejores resultados (Santaniello, 2024). Donde el criterio con OM será una solicitud de SUA o MIPG que la institución puede optimizar para obtener mejores resultados.

Para la realización del diseño de la metodología que articule SUA y MIPG, se parte del primer paso de la propuesta del estudio de Pulecio, que plantea una articulación desde la autoevaluación SUA y el autodiagnóstico MIPG (Pulecio, Articulación del sistema único de acreditación y el modelo MIPG en gestión desde la metodología de autoevaluación definidos por los dos modelos, 2020)

Validez y Confiabilidad de los Datos Obtenidos

Los garantes de la validez de los datos obtenidos son: El documento de autoevaluación cualitativa de SUA de la institución, que contiene el registro de todos los estándares del SUA con sus fortalezas y OMs, de estas últimas se obtuvo parte de los datos a trabajar, la otra parte se obtuvo de los formularios FURAG de 2023 y 2024 de la ESE CEO, y de la herramienta desarrollada de autodiagnóstico de MIPG de la institución, la cual fue compartida por el área de planeación. Los documentos referidos anteriormente fueron desarrollados por la institución en sus grupos de trabajo desde el año 2022 con actualizaciones hasta el año 2024, con el corte realizado a febrero de ese año. Los documentos nombrados son anexos a este trabajo y las respuestas de FURAG 2023 y 2024 son públicas en la página web de la institución.

Con los datos extraídos se realizó el ensayo de aplicación de la metodología diseñada y

presentada en este trabajo en cada uno de sus pasos, que inicia con la agrupación de los criterios con OM en ejes temáticos, para seguir con la consolidación en OM estructuradas, la priorización y finaliza con la entrega por orden de prioridad de las OM estructuradas con todos sus criterios para facilitar la elaboración de un plan de trabajo por la institución que amablemente nos permitió explorar, ensayar hasta tener un diseño final y la aplicación. Este proyecto aplicado es una consultoría ad honorem.

El segundo garante de la validez de la metodología es el uso de las técnicas presentadas por los diferentes lineamientos y guías establecidas por el Ministerio de Salud de Colombia, las cuales han sido diseñadas después de la revisión de las teorías internacionales para desarrollar ciclos de calidad. Estas técnicas han sido usadas y referenciadas en cada paso de la metodología aplicada en este trabajo.

Resultados

Diseño de la Metodología

Para realizar el diseño de la metodología que articule SUA y MIPG, se realizó la planeación revisando las metodologías o técnicas ya existentes dentro del MIPG y SUA, las cuales deben usarse para no producir alteraciones o desajustes en los procesos que ya lleva o a implementado la institución.

Se observa que se cuenta con la autoevaluación en SUA, autodiagnóstico en MIPG y respuestas anuales al FURAG, los cuales son el insumo para identificar criterios no cumplidos que llamaremos criterios con oportunidad de mejora, los cuales deben extraerse, como un punto de partida hacia la articulación, este primer paso es el diagnóstico, incluyo el ajuste y validación con los líderes de los procesos.

Diagnóstico

El primer paso para que la organización pueda establecer qué se puede mejorar es realizar una autoevaluación, es decir, un diagnóstico básico, para identificar problemas o fallas de calidad que afectan a la organización (Minsalud, 2007). En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y el componente SUA se realizan las autoevaluaciones cualitativas y cuantitativas. (Minsalud, 2007)

Autoevaluación en SUA. La ESE CEO tiene conformados equipos de trabajo por afinidad de tema según lo solicitado por los estándares de acreditación, bajo resolución 057 de 9 de febrero de 2021. Estos equipos están conformados por colaboradores que conocen los temas a autoevaluar de algún grupo de estándares, pudiendo tener roles de líder, cliente o proveedor de algún proceso relacionado en SUA.

Autoevaluación cualitativa de los estándares del SUA aplicables a la institución. Se realiza cada año, actualizando la información del año anterior, se inicia explicando la metodología de autoevaluación cualitativa, las dimensiones que se evaluaban y las variables de cada dimensión, según lo contenido en la resolución 2082 de 2014 en su artículo 7 (explicado en el marco teórico). También se explica que es una fortaleza y que es una OM, como se redactan cada una.

Siguiendo la guía práctica de preparación de la acreditación del Ministerio de Salud, en su capítulo 3 “Autoevaluación y mejoramiento”, fase de análisis de los estándares, propone como un buena práctica que se ha ido aprendiendo en las instituciones durante el proceso de autoevaluación, es leer el grupo de estándares inicialmente para comprender toda la intencionalidad (Minsalud, 2005), así mismo en la ESE CEO se realiza lectura de cada estándar de acreditación dando una explicación y ejemplos de lo que significaba el cumplimiento del estándar. Con la participación de los integrantes de los equipos y mediante lluvia de ideas se expresa los logros de la institución y las OMs frente a cada estándar. Para mejorar la documentación de la autoevaluación cualitativa de cada estándar, se compartió por el correo institucional con los integrantes de los equipos, la autoevaluación cualitativa de vigencia anterior, a fin de que la complementaran con los avances a tiempo presente y ajustaran según su apreciación las fortalezas y las OMs. Es importante anotar que, en esta metodología de autoevaluación, las falencias identificadas se redactan de manera propositiva en OMs. Se uso el instrumento de formato de autoevaluación cualitativa de la institución CODIGO: GC-S3-F4 VIGENCIA: 17/02/2023 v2 para recolectar la información, es un documento Word que registra, el estándar, las fortalezas y OMs, como lo indica el manual de preparación para la acreditación. Este documento de autoevaluación cualitativa es el anexo 1 de este trabajo. Para realizar la

articulación propuesta, es necesario extraer las OMs identificadas en SUA, que será el dato usado para el proceso de articulación, estas OM se colocaron en un formato de Excel de diseño propio, en la primera columna (A) se registró el grupo de estándar al que pertenece cada OM y en la segunda columna (B) se coloca la OM con el número del estándar de donde se extrajo, esta herramienta diligenciada corresponde al anexo 2.

Autoevaluación cuantitativa en SUA. Este punto trata de la asignación numérica según avance en la implementación del estándar, de acuerdo con el cumplimiento de las dimensiones enfoque, implementación y resultados, siguiendo la escala de calificación de la resolución 2082 de 2014, tal como se explicó en el marco teórico. Usando la hoja radar de la misma resolución en su artículo 7, se procedió a realizar la autoevaluación de los estándares aplicables a la institución, calificando cada estándar en las tres dimensiones lo que le genera a cada uno 10 notas, las cuales se promedian. Esta autoevaluación fue validada y ajustada por un profesional del área de calidad y el líder de esta área, acorde a la realidad institucional y la evidencia de fortalezas presentadas en la autoevaluación cualitativa, esta puede verse en el anexo 3. Este será un insumo útil para verificar avance después de aplicar un plan de mejora, lo cual no es objeto de este estudio, este proyecto no contempla la elaboración, ni seguimiento a un plan de trabajo.

Autodiagnóstico en MIPG. Para apoyar el diagnóstico según MIPG, se revisó el autodiagnóstico realizado por la IPS, este fue facilitado por el departamento de planeación de la institución, se extrajeron los criterios con OM por la institución en formato Excel de elaboración propia (anexo 4). Vale la pena aclarar que varios de los temas solicitados en el autodiagnóstico se pudieron redactar a manera de OM, pero algunas de las solicitudes en el autodiagnóstico de MIPG son muy específicas, refiriéndose a la realización de una actividad y por esta razón corresponden a un criterio a mejorar y así se extrajo para evitar una distorsión de la información.

También se revisó el FURAG resuelto en 2023 y el FURAG resuelto y presentado a la función pública en 2024 por cada uno de los responsables de cada tema, estos dos documentos están publicados en la página web de la institución, de estos también se extrajeron los criterios con OM (igual que como se explicó en el autodiagnóstico, de estos FURAG también se generaron OMs y criterios a mejorar) en estas dos evaluaciones, las cuales también se colocaron en instrumento de diseño propio (anexo 4), este papel de trabajo es un documento Excel, el cual indica colocar en la columna A la política a la cual pertenece el criterio con OM, en la columna B se registró el criterio con OM, en la columna C se registra el número de la pregunta a la que le correspondió en el FURAG, en la columna D se registró el código que asigna el FURAG, en la columna E observaciones acerca del año del FURAG u otra observación que se quiera registrar, las columnas F, G y H son para registro de la ubicación del criterio en el autodiagnóstico, como número de pregunta o criterio relacionado, componente y categoría, este papel de trabajo corresponde al anexo 4.

Articulación de los Criterios con OM de los Dos Modelos SUA y MIPG

Agrupación por Ejes Temáticos de los Criterios a Mejorar. En este paso se empieza la articulación entre dos modelos SUA y MIPG.

Usando los datos extraídos que se obtuvieron de los pasos anteriores, es decir, los criterios a mejorar identificados en los dos modelos, que hasta acá están separados, los de acreditación en anexo 2 y los de MIPG en anexo 4, se define agrupar estos datos (criterio con OM) por intencionalidad o afinidad en diferentes ejes temáticos. Siendo el primer paso en que se reúnen los criterios con OM de SUA y de MIPG según su propósito. En este paso se integran por tema los criterios a mejorar de los dos modelos.

Los primeros ejes temáticos definidos fueron los ejes de acreditación, los cuales son

expuestos en la resolución 2082 de 2014 y se explicaron en el marco teórico y son: Atención centrada en el usuario, gestión clínica excelente y segura, Humanización de la atención de salud, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, transformación cultural y responsabilidad social.

Para este paso se diseñó un nuevo papel de trabajo donde se consolidan los datos por afinidad o intencionalidad relacionada con un eje temático. Este instrumento es un archivo Excel con las variables necesarias para dar una identificación a cada dato, saber de qué modelo proviene y exactamente su origen dentro del modelo (SUA o MIPG), en la columna A se registra el número de identificación de cada dato, es decir que cada criterio con OM se le asignó un número único que lo acompañara el resto del proceso, en la columna B se registra si el dato es originado en SUA o en MIPG, en la Columna C se registra el dato extraído en los anteriores pasos, las columnas de la D a la K, traen los datos que identifican el origen más preciso del dato, por ejemplo de que grupo de estándar es, en caso que provenga del SUA o la política si es de MIPG, adicionalmente el número de pregunta en FURAG, el componente, etc. Estas variables se encuentran en cada una de las hojas de cálculo del archivo Excel usadas para cada eje temático. Este instrumento corresponde al anexo 5.

Con el instrumento ya diseñado se realizó lectura de cada uno de los criterios con OM identificados (datos de trabajo) en SUA y en MIPG y se analiza si su intencionalidad aplicaba a alguno de los ejes temáticos iniciales (los de acreditación), se ubicaba cada dato en el eje a que correspondía, según la intencionalidad de cada criterio con OM, si su intencionalidad no aplicaba para estos ejes, se dejaba reservado para su posterior ubicación.

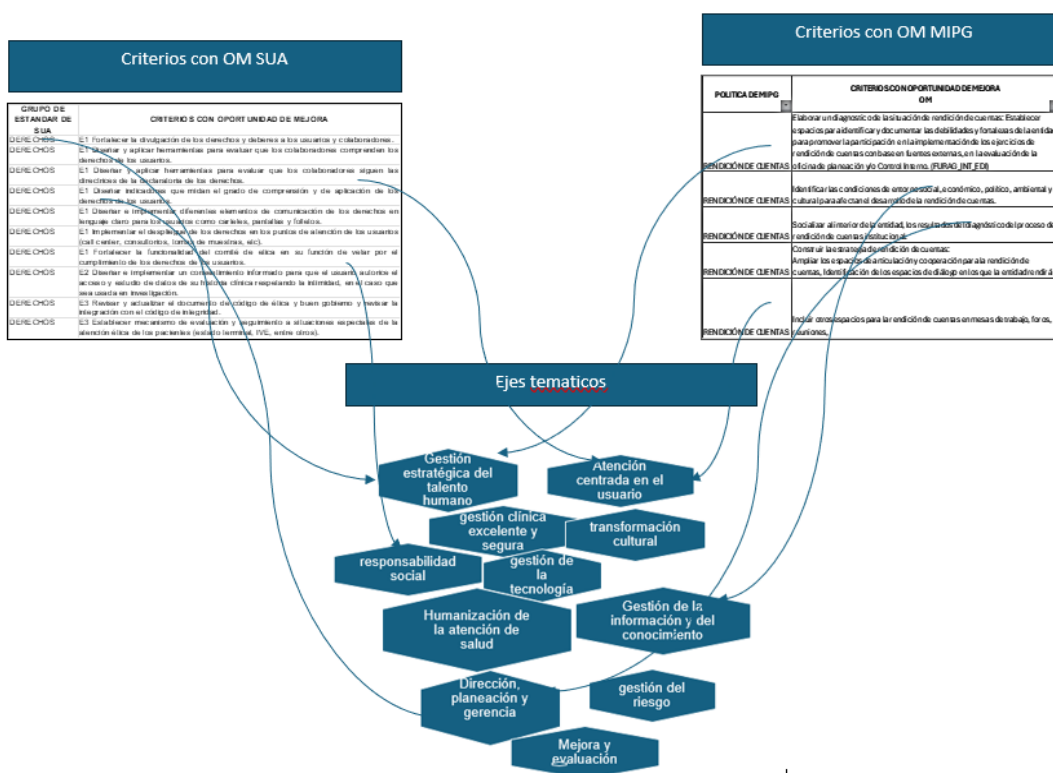
Como se encontró que no todos los criterios con OM identificados se ubicaban en alguno de esos ejes predispuestos, se procedió a identificar la intencionalidad de los criterios con OM no llevados a los anteriores ejes temáticos, encontrando la necesidad de agregar otros ejes temáticos

afines a los grupos de estándares del SUA y las políticas del MIPG que cobijaran los criterios con OM no agrupados y su intencionalidad, de esta manera se agregó los ejes temáticos de: Gestión de la información y del conocimiento, Gestión estratégica del talento humano, Dirección, planeación y gerencia y mejora y evaluación.

Se llevaron el resto de los criterios con OM al grupo que correspondía dentro de los ejes temáticos establecidos. En la Figura 2 se muestra un ejemplo grafico de como los criterios a mejorar son trasladados al eje temático que le corresponde.

Figura 2

Esquema Grafico Ilustrativo de la Ubicación de Criterios a Mejorar en los Ejes Temáticos



Nota. Elaboración propia

La Figura 2 representa en la parte inferior cada eje temático y en la parte superior se observan los

criterios con oportunidad de mejora que son trasladados a su eje temático correspondiente.

Consolidación y Articulación de los Criterios a Mejora en OM Estructuradas.

Se realizó revisión de los criterios con OM que se ubicaron en cada eje temático, realizando lectura y análisis de su sentido e intención, de acuerdo con esto dentro de cada eje temático se agruparon nuevamente, por subtemas dentro de cada eje. Esos subgrupos se armonizaron mediante la redacción de OMs estructuradas, las cuales agruparon los temas duplicados o con la misma intención. El producto de este paso es la creación de OM estructuradas que en su redacción incluyen varios subtemas y resumen una intención, de manera que cada OM estructurada agrupa varios criterios con OM, conformando subgrupos dentro de cada eje temático.

Es decir que un OM estructurada se deriva de uno o varios criterios con OM en cada eje temático. Para este paso se diseñó una nueva herramienta en un Excel, con una hoja de cálculo para cada eje, donde se registraron las OM estructurada y los números de identificación de los criterios con OM originales que contiene. Estas hojas de cálculo contienen las siguientes variables: en la columna A números de identificación de los datos que dieron origen a la OM estructurada, Columna B el número de identificación de la OM estructurada, es decir que también se dio un número de identificación único a cada OM estructurada, en la columna C se registró la OM estructurada, este papel de trabajo corresponde al anexo 6.

Priorización de las OM Estructuradas

Priorizar tiene la finalidad de dar mayor relevancia a las situaciones más críticas para incluirlas en un ciclo de mejora. La tarea de dar prioridad a las OM estructuradas que se quieren mejorar debe seguir una metodología; existen muchas técnicas por diferentes autores, en este caso siguiendo la guía de preparación para la acreditación del Ministerio de Salud, la cual indica

reflexionar en que la priorización debe dar respuesta a varias preguntas como: - ¿Existen algunos procesos que presenten un alto riesgo para los pacientes u otros clientes? - ¿Qué procesos se realizan más frecuentemente o en un alto volumen? - ¿Qué procesos no están funcionando bien o son propensos a generar problemas? (Minsalud, 2005). Para traer a la práctica la aplicación de estas preguntas se siguió las indicaciones de las “Guías básicas para la implementación de las pautas de mejoramiento de la calidad en la atención en salud” del Ministerio de salud, las cuales indican que siguiendo el ciclo de la calidad (PHVA) en la planeación (P) se ubica la autoevaluación y continua con la priorización de los procesos a mejorar. Esta guía refiere la existencia de varias metodologías para priorizar y adopta la matriz de priorización, que es una herramienta para evaluar opciones basándose en una determinada serie de criterios explícitos que se ha decidido como importantes para tomar una decisión adecuada y aceptable en definir la prioridad (Minsalud, 2007). Los factores críticos de éxito son entendidos como aquellos aspectos que, si todos los miembros de la institución contribuyen a cumplir, permitirán el logro de los objetivos y metas institucionales. Son aquellos aspectos o variables que, estando bajo el control de la institución y siendo medibles en el tiempo, se requiere controlar para el logro de los resultados esperados (Minsalud, 2007).

El primero criterio definido como factor crítico de éxito fue el número de O.M iniciales o criterios a mejorar que componen o que originaron la O.M. estructurada. Esto se decidió para darle mayor peso a aquella OM estructurada que derivada de muchos criterios con OM, ya que trabajarla y mejorarla iba a impactar en varias solicitudes de estándares de acreditación y de políticas de MIPG, pudiendo abarcar con la gestión de esa OM estructurada varios criterios con OM y al mismo tiempo impactando en la evaluación de la gestión gerencial desde los resultados de MIPG y del SUA.

Posteriormente siguiendo el “Manual para la elaboración de planes de mejoramiento en acreditación” del Ministerio de Salud, esta metodología adopta las variables propuestas en este manual, las cuales corresponden a 3 criterios definidos como factores críticos de éxito (Ministerio de Salud Dirección de Calidad, 2009), así definimos el segundo, tercero y cuarto criterio:

El segundo criterio es la calificación del riesgo así: se coloca 1 si la O.M. estructurada que se presenta no representa riesgo para los usuarios, trabajadores, la institución o el proceso a que está relacionado, se coloca 3 si esta representa un riesgo mínimo para los usuarios, trabajadores o la institución y se coloca 5 si representa un riesgo alto para los usuarios, trabajadores o la institución.

El tercer criterio es la calificación del costo: se coloca 1 si el procedimiento relacionado con la O.M. estructurada falla, es poco costoso para la institución (imagen, no calidad, demandas), se coloca 3 si esta trae costos importantes para la institución (imagen, no calidad, demandas). y se coloca 5 si la falla del procedimiento de la O.M estructurada es muy costoso para la institución (imagen, no calidad, demandas).

El cuarto criterio es la calificación del volumen así: se coloca 1 si la O.M. estructurada deriva de procedimientos que se ejecutan solo una vez al año, se coloca 3 si se ejecutan varias veces al mes y se coloca 5 si se ejecutan varias veces al día.

Para realizar este paso de priorización se elaboró un formato en Excel siguiendo el ejemplo del formato de matriz de priorización presentado en las “Guías básicas para la implementación de las pautas de mejoramiento de la calidad en la atención en salud”, en nuestro caso usamos la Columna A para identificar el eje temático de la OM estructurada, en la columna B se colocó el número que identificaba cada OM estructurada y en la Columna C cada

oportunidad estructurada, las columnas D, E, F y G corresponden al espacio para dar la valoración a cada criterio definido como factor crítico de éxito, en el mismo orden que se explicaron en los párrafos anteriores. Se colocaron todas las OM estructuradas por ejes temáticos. Con estos datos dispuestos se procedió a colocar la calificación a cada criterio, siendo para el primero “número de criterios asociados” el número correspondiente al recuento de los criterios con OM que originaron la OM estructurada. Para calificar la prioridad en los factores críticos de éxito 2,3 y 4 aplicamos la forma sugerida en las guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría, utilizando valores impares en una escala de 1 a 5, donde 1 significa bajo impacto, 3 impacto medio y 5 alto impacto, entonces el segundo corresponde al valor según riesgo, el tercero según costo y el cuarto según volumen, siguiendo esta escala (1, 3 o 5).

Hallamos el valor de prioridad para cada OM estructurada realizando la multiplicación de los 4 valores entre sí y el producto corresponde al valor de la priorización.

Según estos resultados las OM estructuradas se ordenaron de mayor a menor, para visualizar en orden de prioridad las OM estructuradas. Este formato corresponde al anexo de resultados 7.

Propuesta Orientadora al Plan de Trabajo

Para facilitar la elaboración del plan de trabajo a la ESE CEO se diseña en un archivo Excel (anexo 8) un formato donde se registran las OM estructuradas distribuidas en 3 hojas de trabajo por prioridad alta, media y baja. Este formato presenta en orden de prioridad descendente la OM estructurada, identificada con su eje temático, el número que la identifica, el texto de la OM estructurada, la valoración de cada criterio factor crítico de éxito y su valor final de prioridad, estas variables están colocadas a manera de título o encabezado. Posteriormente se registran debajo del encabezado anterior los criterios a trabajar para cada OM estructurada, es

decir todos los que le dieron origen, en la columna A se registra el número de identificación del criterio, en la columna B se indica si se derivó de MIPG o SUA, en la columna C está el criterio y en las columnas D a L se registran datos de origen de estos criterios como tipo de estándar al que pertenecen si se obtuvieron de acreditación, o si son de origen de MIPG en las columnas se podrá indicar la política a la que pertenece, el número de pregunta en FURAG, componente, etc.

Este archivo servirá de guía a la empresa para elaborar su plan de mejora con los plazos y responsables de las actividades que resuelven las OMs estructuradas, empezando por las de mayor prioridad.

Resultados de la Implementación de la Metodología Diseñada

Resultados de la Aplicación del Diagnóstico

A continuación, se presentan dos tablas con las semejanzas y diferencias en los dos modelos, las cuales son identificadas durante la aplicación de la metodología diseñada ver semejanzas en la Tabla 3 y diferencias en la Tabla 4.

Tabla 3

Semejanzas SUA y MIPG

Aspectos similares entre los modelos	SUA	MIPG
Lograr que la calidad este inmersa en la gestión de las organizaciones y no se limite a formatos o documentos	si	si
Atender derechos y necesidades de sus grupos de interés	si	si
Lograr el bienestar y satisfacción de sus usuarios	si	si
Propone un ciclo de planear, dirigir, ejecutar, hacer seguimiento y evaluar, controlar	si	si
Indica elaborar un diagnóstico periódico del cumplimiento de modelo y según resultados elaborar un plan de acción	si	si
Control y prevención de riesgos	si	si
Gestión del talento humano procurando su crecimiento.	si	si
Planeación organizacional y simplificación de procesos	si	si
Desarrollo de una cultura sólida y coordinación interinstitucional	si	si

Aspectos similares entre los modelos	SUA	MIPG
Seguimiento y evaluación de resultados	si	si
Atención centrada en el usuario o ciudadano	si	si
Gestión de la información, validez, disponibilidad, seguridad y aprovechamiento.	si	si
Mayor accesibilidad, eliminación de barreras, racionalización de tramites	si	si
Participación de los grupos de interés	si	si
Promueve autoevaluarse en el cumplimiento del modelo	si	si
Mecanismos de comunicación del proceso y resultados del mejoramiento	si	si
Modelo que presenta lo solicitado según temas (talento humano, direccionamiento, planeación, etc.) presentando su alcance general	si	si
Presenta requerimientos en el ciclo de vida del colaborador desde la selección hasta el retiro.	si	si
Indica la construcción, análisis y seguimiento de indicadores de resultado, efectividad e impacto	si	si
Estimula la investigación de las causas de los problemas para plantear las mejoras	si	si
Comunicación efectiva con grupos de interés	si	si
Estimula la escucha al usuario para establecer acciones de mejora	si	si
Motiva atención respetuosa, amable, confiable, empática, incluyente, oportuna y efectiva	si	si
Implementación gradual	si	si

Nota. Autoría propia

En la Tabla 3 se encuentra todos los aspectos compartidos por SUA y MIPG, siendo su centro el bienestar y respuestas positivas a las necesidades de su cliente externo, que corresponde en SUA a los usuarios de servicios de salud y en MIPG a los ciudadanos que hacen uso de los servicios de las entidades públicas, los cuales muestran como punto importante el bienestar de los colaboradores, la planeación de la empresa y la gestión del riesgo entre otros.

Tabla 4

Diferencias que Complementan los Modelos SUA y MIPG

Aspectos que presentan diferencias entre los modelos	SUA	MIPG
Específico del sector salud	si	no
Entrega herramienta de autodiagnóstico a las instituciones	no	si
Planeación y ejecución de la contratación	no	si
Administración de recursos presupuestales, físicos y tecnológicos	no	si
Evaluado por el estado anualmente	no	si

Aspectos que presentan diferencias entre los modelos	SUA	MIPG
Énfasis en la integridad	no	si
Énfasis en gestión del conocimiento y la innovación	no	si
Formato de evaluación enviado por el estado	no	si
Presenta acciones para desarrollar las dimensiones	no	si
Acciones para la defensa jurídica	no	si
Fuerte énfasis en gestión documental	no	si
Establece acciones, métodos y procedimientos de control interno	no	si
Requisitos para brindar seguridad a los usuarios durante su atención	si	no
Requisitos para identificar necesidades de los usuarios desde el primer contacto	si	no
Requisitos para planear, ejecutar y evaluar la atención de un usuario	si	no
Seguimiento a un usuario luego de finalizar su atención	si	no
Exigencia del uso de plataformas transaccionales para la compra pública	no	si
Exigencia de uso de TIC para comunicación fluida con la ciudadana	no	si

Nota. Autoría propia

En la Tabla 4 se muestran las diferencias encontradas entre el MIPG y SUA, las cuales tienen la ventaja de complementar las falencias del otro modelo, como es por ejemplo la identificación de necesidades en el primer contacto del usuario que presenta el SUA o el fortalecimiento de las herramientas de TIC exigido por MIPG para fortalecer las comunicaciones con los usuarios.

En el diagnóstico de la ESE CEO bajo el cumplimiento de los estándares de SUA y el modelo integrado de MIPG, se identifican los criterios a mejorar desde las dos visiones normativas así:



Autoevaluación en Estándares de Acreditación. Los resultados corresponden a la autoevaluación cualitativa que es de donde se extrajeron los criterios a mejorar y la cuantitativa.

Autoevaluación Cualitativa. La autoevaluación cualitativa en cumplimiento del SUA en la ESE CEO se puede observar en la Figura 3 que corresponde a el formato CODIGO: GC-S3-F4 VIGENCIA: 17/02/2023 v2 diligenciado, donde se encuentra cada estándar que le aplica a la ESE CEO, sus fortalezas y sus OMs, este corresponde al anexo 1 de este trabajo se copia imagen

para ilustrar el estilo del documento, el cual corresponde a información interna de la institución. De este ejercicio se obtuvieron 476 criterios con OM, identificando el mayor número en el subgrupo de estándares de planeación de la atención que pertenece al grupo de procesos de atención del cliente.

Figura 3

Imagen de Fragmento de Documento de Autoevaluación Cualitativa en Acreditación ESE CEO

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>FORMATO AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA</p>			
<p>PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD</p>	<p>CODIGO: GC-S3-F4</p>	<p>VIGENCIA: 17/02/2023</p>	<p>V2</p>	<p>PÁGINA 325 de 326</p>

Estándar 159. Código: (MCC4): Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados y se consideran:

Criterios

- Comunicación al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, según aplique.
- Información sobre las estrategias adoptadas para el logro de los resultados y sobre los resultados como tal.
- Los canales apropiados para la divulgación, socialización e internalización de los resultados a través de la gestión del conocimiento.
- Estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios internos o externos, los resultados del mejoramiento.

➤ **FORTALEZAS**
Se realiza reuniones mensuales de calidad donde se comunica el mejoramiento.

➤ **OPORTUNIDADES DE MEJORA**
Establecer los mecanismos de comunicación de los resultados del mejoramiento de la calidad.

➤ **SOPORTES DE LA FORTALEZA**
Actas de comité de calidad.

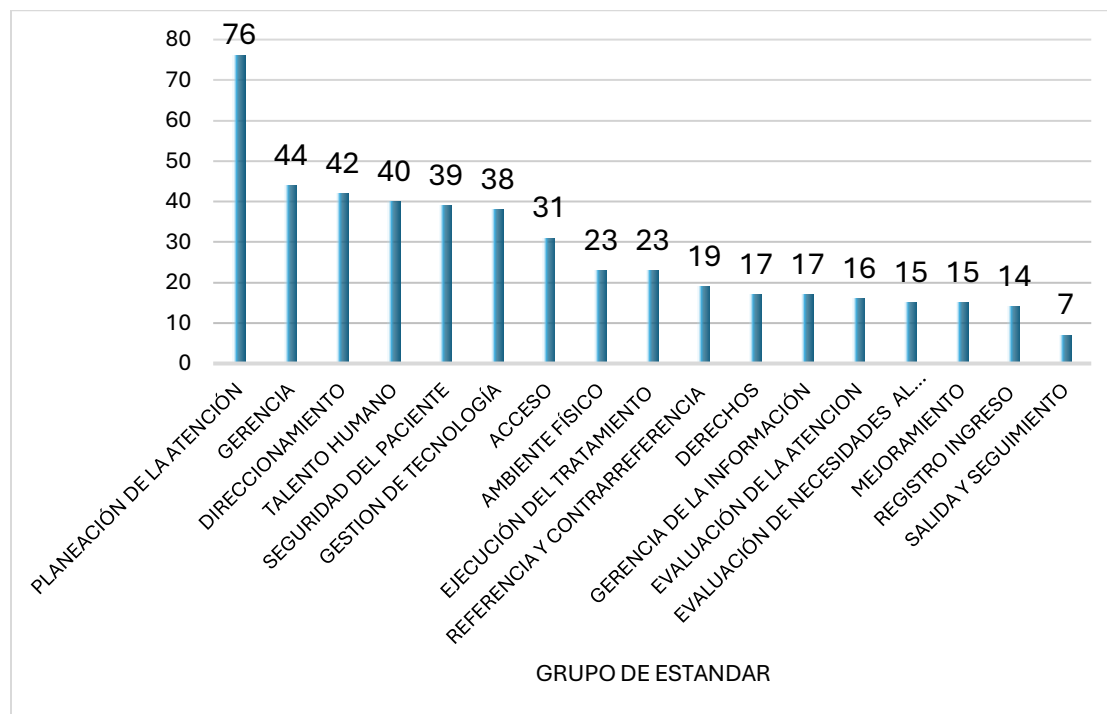
Nota. Imagen tomada del anexo 1, adjunto a este trabajo.

La Figura 3 nos muestra el esquema manejado para hacer la autoevaluación cualitativa, donde inicialmente se muestra el estándar y sus criterios, luego las fortalezas o logros que tiene

la institución respecto al cumplimiento de ese estándar y finalmente las oportunidades de mejorar para alcanzar todo lo solicitado por el estándar.

Figura 4

Distribución de los Criterios con OM por Grupo de Estándar Según SUA ESE CEO 2024



Nota. Elaboración propia

En la Figura 4 se muestra el número de criterios con oportunidad de mejora en la ESE CEO, según los resultados de la autoevaluación cualitativa, siendo el grupo de estándares de planeación de la atención el que presenta mayor número con 76 criterios, seguido por el grupo de estándar de Gerencia.

Las oportunidades o criterios para mejorar según SUA se extrajeron en documento Excel de diseño propio, donde se registró el grupo de estándar y el número de estándar al que pertenece, como se explicó en la metodología y puede observarse en el anexo 2. A continuación se presenta una imagen de este anexo para presentar un fragmento de los 476 criterios con OM extraídos (ver Figura 5).

Figura 5

Imagen del Formato de Extracción de Criterios con OM de la Autoevaluación SUA, ESE CEO

GRUPO DE ESTANDAR DE SUA	CRITERIOS CON OPORTUNIDAD DE MEJORA
DERECHOS	E1 Fortalecer la divulgación de los derechos y deberes a los usuarios y colaboradores.
DERECHOS	E1 Diseñar y aplicar herramientas para evaluar que los colaboradores comprenden los derechos de los usuarios.
DERECHOS	E1 Diseñar y aplicar herramientas para evaluar que los colaboradores siguen las directrices de la declaratoria de los derechos.
DERECHOS	E1 Diseñar indicadores que midan el grado de comprensión y de aplicación de los derechos de los usuarios.
DERECHOS	E1 Diseñar e implementar diferentes elementos de comunicación de los derechos en lenguaje claro para los usuarios como carteles, pantallas y folletos.
DERECHOS	E1 Implementar el despliegue de los derechos en los puntos de atención de los usuarios (call center, consultorios, tomas de muestras, etc).
DERECHOS	E1 Fortalecer la funcionalidad del comité de ética en su función de velar por el cumplimiento de los derechos de los usuarios.
DERECHOS	E2 Diseñar e implementar un consentimiento informado para que el usuario autorice el acceso y estudio de datos de su historia clínica respetando la intimidad, en el caso que sea usada en investigación.
DERECHOS	E3 Revisar y actualizar el documento de código de ética y buen gobierno y revisar la integración con el código de integridad.
DERECHOS	E3 Establecer mecanismo de evaluación y seguimiento a situaciones especiales de la atención ética de los pacientes (estado terminal, IVE, entre otros).

Nota. Imagen tomada del anexo 2 adjunto a este trabajo

En la Figura 5 se observa una parte de la herramienta donde se colocaron todos los criterios con oportunidad de mejora, en la imagen expuesta se muestra como en la primera columna se registra el nombre del grupo de estándar y en la segunda columna los criterios con oportunidad de mejora, así usando esta herramienta se facilita disponer de estos criterios para el siguiente paso de articulación.

Autoevaluación Cuantitativa. Siendo este uno de los pasos realizado en las IPS públicas durante la autoevaluación en SUA, ya que su resultado es usado como un indicador de la evaluación de la gestión gerencial, el grupo diseñador de esta metodología decidió acompañar este proceso y en ejercicio de consultoría, desarrolla la autoevaluación cuantitativa dado los conocimientos en la metodología y de la institución, para ser entregada como un plus a la

institución. Se realizó siguiendo la hoja radar de la resolución 2082 de 2014, se procedió a calificar cada uno de los 178 estándares evaluados, en sus 10 criterios (1780 notas en total) esta autoevaluación se encuentra en el anexo 3, del cual se presenta una imagen de este ejercicio (**Error! No se encuentra el origen de la referencia.** Figura 6). Esta autoevaluación fue validada y ajustada con el líder de calidad, acorde a la realidad institucional y la evidencia de fortalezas presentadas en la autoevaluación cualitativa. La nota promedio fue de 1,64, obteniendo la mayor nota en los estándares de gerencia con un promedio de 1,91 y la menor nota el grupo de estándares de mejoramiento con una nota de 1,28. La distribución de estas notas se encuentra en el anexo 3, en la Figura 6 se observa una imagen tomada de este anexo.

Figura 6

Imagen de Parte de la Autoevaluación Cuantitativa en la Hoja Radar

N°	ESTÁNDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN			RESULTADOS			Promedio
		Sistematicidad-Amplitud	Proximidad	Evaluación y Mejoramiento	Despliegue en la institución	Apropiación por el cliente interno y externo	Permisividad	Conciencia	Avance de Medición	Tendencia	
DERECHOS DE LOS PACIENTES	1	4	2	2	2	1	1	1	1	1	1,60
	2	4	3	3	3	2	1	1	1	1	2,00
	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
	4	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
	Estándar 1 (R103) Código (AsDPS)	3	2	2	3	2	1	1	1	1	1,70
SEGURIDAD DEL PACIENTE	5	3	3	3	3	2	2	2	1	1	2,10
	6	3	3	3	3	2	2	2	2	1	2,20
	7	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1,60
	8	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1,40
	Estándar 2 (R103) Código (AsSP)	3	3	2	3	2	2	2	2	1	2,20
ACCESO	9	3	2	2	3	2	2	2	2	1	2,00
	10	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1,30
	11	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
	12	2	1	3	3	2	2	2	2	1	2,40
	13	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2,30
	14	3	2	2	3	2	1	1	1	1	1,70
	15	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2,30
	16	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2,30
	Estándar 3 (R103) Código (AsC)	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1,30
	Estándar 4 (R103) Código (AsACM)	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1,40
	Estándar 5 (R103) Código (AsACM)	3	3	2	3	2	2	2	1	1	2,10
REGISTRO E INGRESO	17	3	3	3	3	2	1	1	1	1	1,90
	18	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
	19	3	3	3	2	1	1	1	1	1	1,70
	Estándar 6 (R103) Código (AsPEGA)	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50

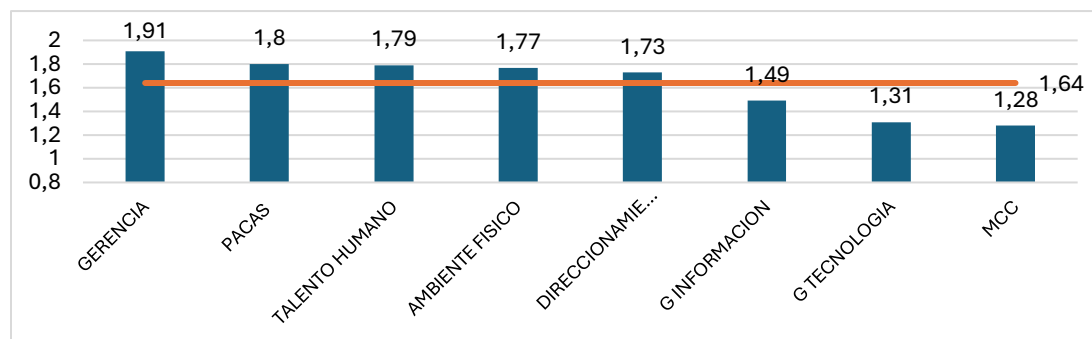
Nota. Imagen de un fragmento del anexo 3 adjunto a este documento

La Figura 6 presenta en la columna A el nombre del grupo del estándar de SUA autoevaluado, en la columna B el número del estándar, las siguientes 10 columnas corresponden a las notas obtenidas según los criterios de evaluación en enfoque, implementación y resultados.

En la siguiente imagen se presenta la distribución de las calificaciones por grupo de estándar (ver Figura 7).

Figura 7

Distribución de la Calificación por Grupos de Estándares ESE CEO 2024



Nota. Elaboración propia. **PACAS:** Procesos de atención al cliente asistencial, **MCC:** Mejoramiento continuo de la calidad.

La Figura 7 muestra la calificación obtenida por la ESE CEO en cada grupo de estándar de SUA.

Autodiagnóstico en MIPG. Se revisaron los FURAG resueltos de 2023 y 2024 y el autodiagnóstico en MIPG realizado por la IPS y se extrajeron los criterios a mejorar en documento Excel de diseño propio, el cual tenía una parte para extraer los criterios a mejorar identificados de los FURAG y otra los identificados en el autodiagnóstico de MIPG (ver Figura 8), en esta herramienta (documento Excel de elaboración propia), se dejó registro de la fuente de información y su identificación en los documentos de origen, esta herramienta corresponde al anexo 4.

Figura 8

Imagen Fracción de Herramienta de Extracción de Criterios con OM Identificados en FURAG

		ORIGEN FORMULARIO UNICO DE REPORTE AVANCE DE GESTION FURAG		
POLITICA DE MIPG	CRITERIOS CON OPORTUNIDAD DE MEJORA OM	RESPUESTAS EN FURAG 2024, o 2023 NUMERO DE PREGUNTA	CODIGO	OM repetida 2023
GESTION ESTRATEGICA DE TALENTO HUMANO	Establecer mecanismos para materializar el ingreso al empleo público de personas con discapacidad en cumplimiento del Decreto 2011 de 2017 En el plan Estratégico de Talento Humano	16	GTH202	NA
GESTION ESTRATEGICA DE TALENTO HUMANO	Incluir mecanismos de inducción que permitan estandarizar los temas generales y los específicos según los roles a desarrollar en la institución por el nuevo colaborador mediante la implementación de entrenamiento en puesto de	16	GTH202	NA
GESTION ESTRATEGICA DE TALENTO HUMANO	Establecer el análisis de los resultados de la medición del clima organizacional incluidos todos los colaboradores independientemente su forma de contratación y tomar acciones correctivas necesarias en el plan Estratégico de	16	GTH202	NA
GESTION ESTRATEGICA DE TALENTO HUMANO	En el plan Estratégico de Talento Humano incluir la ampliación del programa de desvinculación asistida a los colaboradores contratados a través de OPS,	16	GTH202	NA

Nota. Imagen tomada del anexo 4 de este trabajo, que corresponde a la herramienta que reúne las OM o criterios a mejorar de MIPG.

La Figura 8 muestra como se registraron los criterios con oportunidad de mejora observados en los FURAG, de manera que en la columna A se registro la política a la que pertenecía el criterio a mejorar, en la siguiente columna, se coloco el criterio a mejorar y en la siguientes de donde se obtuvo el dato.

Figura 9

Imagen Fracción de Herramienta de Extracción de Criterios con OM Identificados en el Autodiagnóstico

POLÍTICA DE MIPG	CRITERIOS CON OPORTUNIDAD DE MEJORA OM	ORIGEN AUTODIAGNOSTICO		
		AUTODIAGNOSTICO, Numero de pregunta o política relacionada	COMPONENTE	CATEGORIA
RENDICIÓN DE CUENTAS	Socializar al interior de la entidad, los resultados del diagnóstico del proceso de rendición de cuentas institucional.	CUENTAS	Aprestamiento institucional para promover la Rendición de Cuentas	Analizar las debilidades y fortalezas para la rendición de cuentas
RENDICIÓN DE CUENTAS	Construir la estrategia de rendición de cuentas: Ampliar los espacios de articulación y cooperación para la rendición de cuentas, Identificación de los espacios de diálogo en los que la entidad	AUTODIAGNÓSTICO GESTIÓN DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS	Aprestamiento institucional para promover la Rendición de Cuentas	Identificar espacios de articulación y cooperación para la rendición de cuentas Construir la estrategia de rendición de cuentas
RENDICIÓN DE CUENTAS	Incluir otros espacios para la rendición de cuentas en mesas de trabajo, foros, reuniones,	AUTODIAGNÓSTICO GESTIÓN DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS	Diseño de la Estrategia de Rendición de Cuentas	Paso 1. Identificación de los espacios de diálogo en los que la entidad rendirá cuentas
RENDICIÓN DE CUENTAS	Construir la estrategia de rendición de cuentas Paso 1. Identificación de los espacios de diálogo en los que la entidad rendirá cuentas	AUTODIAGNÓSTICO GESTIÓN DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS	Diseño de la Estrategia de Rendición de Cuentas	Construir la estrategia de rendición de cuentas Paso 2. Definir la estrategia para implementar el ejercicio de rendición de cuentas
RENDICIÓN DE CUENTAS	Definir, documentar y estandarizar la información a presentar en la rendición de cuentas, fortaleciendo la información sobre la garantía de derechos humanos y compromisos frente a la construcción de paz, materializada en los programas, proyectos y servicios implementados, con sus respectivos indicadores y verificando la accesibilidad, asequibilidad, adaptabilidad y calidad de los bienes y servicios y sobre acciones de	AUTODIAGNÓSTICO GESTIÓN DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS	Preparación para la Rendición de Cuentas	Generación y análisis de la información para el diálogo en la rendición de cuentas en lenguaje claro

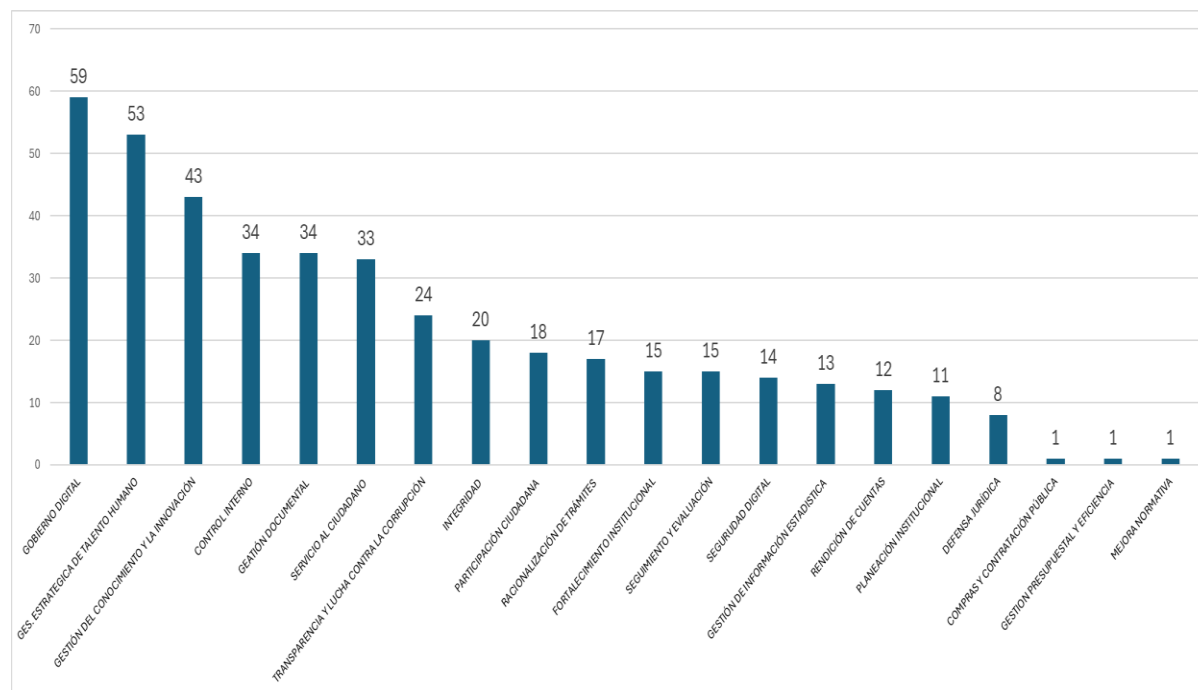
Nota. Imagen tomada del anexo 4 de este trabajo, que corresponde a la herramienta que reúne las OM o criterios a mejorar de MIPG

La Figura 9 muestra cómo se registraron los criterios con oportunidad de mejora que se identificaron desde el autodiagnóstico. Cómo se puede observar en la primera columna (A) se coloca la política que origino cada criterio, en la siguiente el criterio y en posteriores columnas se especificó más su origen, según política relacionada, componente y categoría.

Como resultado de esta revisión se identificaron 426 criterios a mejorar, el número más alto de criterios con OM se encontró en la política de Gobierno digital, con 59, (ver Figura 10) en el anexo 4 puede revisarse los detalles de los 426 criterios con OM por MIPG.

Figura 10

Distribución del Número de Criterios con OM Según la Política de MIP



Nota. Elaboración propia

Se puede observar en la Figura 10 el número de criterios con oportunidad de mejora, identificados en la ESE CEO según los FURAG realizados en 2023 y 2024, así como los identificados en el autodiagnóstico.

En este paso tenemos como resultado la extracción de los criterios con OM de la ESE CEO según falencias de acuerdo con los solicitado en el SUA y el MIPG. Este producto se encuentra en dos archivos separados, siendo estos los primeros insumos para iniciar la articulación, estos corresponden a los anexos 2 y 4.

Resultados de la Aplicación del Paso de Articulación de los Criterios con OM de los Dos Modelos SUA y MIPG

Como resultado de la aplicación de la metodología diseñada en el paso de articulación se tiene dos resultados, primero la agrupación de los criterios por ejes temáticos y luego la

consolidación en oportunidades de mejora que los contengan.

Agrupación por Ejes Temáticos de los Criterios con OM en los Dos Modelos. En este paso se unieron los criterios con OM de los dos modelos, según su intencionalidad (hasta este paso estaban separados). La articulación se inició con la agrupación de estos, distribuyendo los 902 criterios con OM (obtenidos desde MIPG y SUA) en los diferentes ejes temáticos, ubicándolos uno a uno en la herramienta Excel diseñada para tal fin, según su temática, afinidad y/o intencionalidad. El producto de este paso es la agrupación de los criterios con OM en diferentes ejes temáticos, independientemente de su origen en SUA O MIPG. Todos los criterios con OM fueron ubicados en la herramienta de agrupación por eje temático correspondiente al anexo 5. En esta herramienta se marcaron 11 hojas de cálculo, una para cada eje temático definidos como se explicó en la metodología).

Figura 11

Imagen de Herramienta de Consolidación de Criterios con OM

Numero de identificación del criterio	ORIGEN	CRITERIO CON OPORTUNIDAD DE MEJORA	TIPO DE ESTANDAR DE ACREDITACION
53	ACREDITACION	Estándar 7. Res 1328 de 2021 Código: (AsEV4) Evaluar el dolor desde el ingreso y realizar seguimiento permanentemente.	EVALUACIÓN DE NECESIDADES
54	ACREDITACION	E33 Fortalecer el conocimiento y apropiación por parte de los colaboradores de las estrategias del programa de humanización.	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN
55	ACREDITACION	E 33 Evaluar el grado de implementación de cada una de las estrategias del programa de humanización.	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN
56	ACREDITACION	E 79 Fortalecer el desarrollo y evaluación del resultado de acciones orientadas a la humanización de la atención.	DIRECCIONAMIENTO
57	ACREDITACION	E 80 Evaluar por parte de la alta dirección el grado de implementación de las líneas estratégicas del programa de humanización	DIRECCIONAMIENTO
58	ACREDITACION	E 80 Diseñar y aplicar evaluaciones que midan el grado de conocimiento de los colaboradores de las líneas estratégicas del programa de humanización.	DIRECCIONAMIENTO
59	ACREDITACION	E 84 Fortalecer la orientación a los colaboradores respecto a la humanización	DIRECCIONAMIENTO
60	ACREDITACION	E 97 Evaluar el grado de implementación de la política de humanización, teniendo en cuenta criterios de Dignidad personal, Privacidad, Seguridad, Respeto y Comunicación en el cliente interno y externo.	GERENCIA

Nota. Imagen tomada del anexo 5 adjunto a este trabajo

Como se observa en la Figura 11 cada criterio con OM fue identificado con un número de manera secuencial, es decir que cada una tenía un número de identificación, entre el 1 y el 902. Se registró frente al número de identificación de cada criterio el origen SUA o de MIPG, luego

en la columna C se colocaba el criterio con OM, en la columna D si el criterio se originaba en SUA, tenía el registro del grupo de estándar al que pertenecía y en las columnas E hasta K se registraba si era originada en MIPG, identificando a que política pertenecía, registrando la mayor parte de datos que permitieran ubicarla, como, el número de pregunta del FURAG de donde se extrajo o la referencia si era de autodiagnóstico.

En este paso se logró la integración de los dos modelos. Los 902 criterios con OM fueron agrupados por eje temático, lo que se encuentran en el anexo 5 de este trabajo. A continuación, una imagen del anexo 5 explicativo de la ubicación de los criterios con OM en esta herramienta (ver Figura 12).

Figura 12

Imagen de la Herramienta de Agrupación de los Criterios con OM.

Identificación de cada criterio con OM

Registro del origen del criterio: MIPG o SUA

criterio registrado y ubicado en el grupo de eje temático donde pertenece

Si se originó en SUA acá se registra el grupo de estándares

numero de identificación del criterio	ORIGEN	Criterio con OPORTUNIDAD DE MEJORA	TIPO DE ESTANDAR DE ACREDITACION
53	ACREDITACION	Estándar 7. Res 1328 de 2021 Código: (A) y realizar seguimiento permanente	EVALUACIÓN DE NECESIDADES
54	ACREDITACION	E33 Fortalecer el conocimiento y las estrategias del programa se	ANEACIÓN DE LA ATENCIÓN
55	ACREDITACION	E 33 Evaluar el grado de implementación del programa de humanización.	ANEACIÓN DE LA ATENCIÓN
56	ACREDITACION	E 79 Fortalecer el desarrollo y la humanización de la atención.	DIRECCIONAMIENTO
57	ACREDITACION	E 80 Evaluar por parte de las líneas estratégicas del programa	DIRECCIONAMIENTO
58	ACREDITACION	E 80 Diseñar y aplicar evaluaciones que involucren a los colaboradores de las líneas estratégicas del programa.	DIRECCIONAMIENTO
59	ACREDITACION	E 84 Fortalecer la orientación a los colaboradores respecto a la humanización	DIRECCIONAMIENTO
60	ACREDITACION	E 97 Evaluar el grado de implementación de la política de humanización, teniendo en cuenta criterios de Dignidad personal, Privacidad, Seguridad, Respeto y Comunicación en el cliente interno y externo.	GERENCIA
61	ACREDITACION	E 97 Implementar una política de humanización.	GERENCIA
62	ACREDITACION	E 105 Incluir en el enfoque de la planeación estratégica los requerimientos en materia de mejoramiento de humanización.	TALENTO HUMANO
		E 108 Implementar al ingreso a la institución un test que evalúe las competencias	

Cada criterio con oportunidad de mejora se ubica en la hoja del eje temático a la que corresponde

GESTION DE LA TECNOLOGIA HUMANIZACION Gest_clin_excel_segura TRANSFORMACION CULTURAL

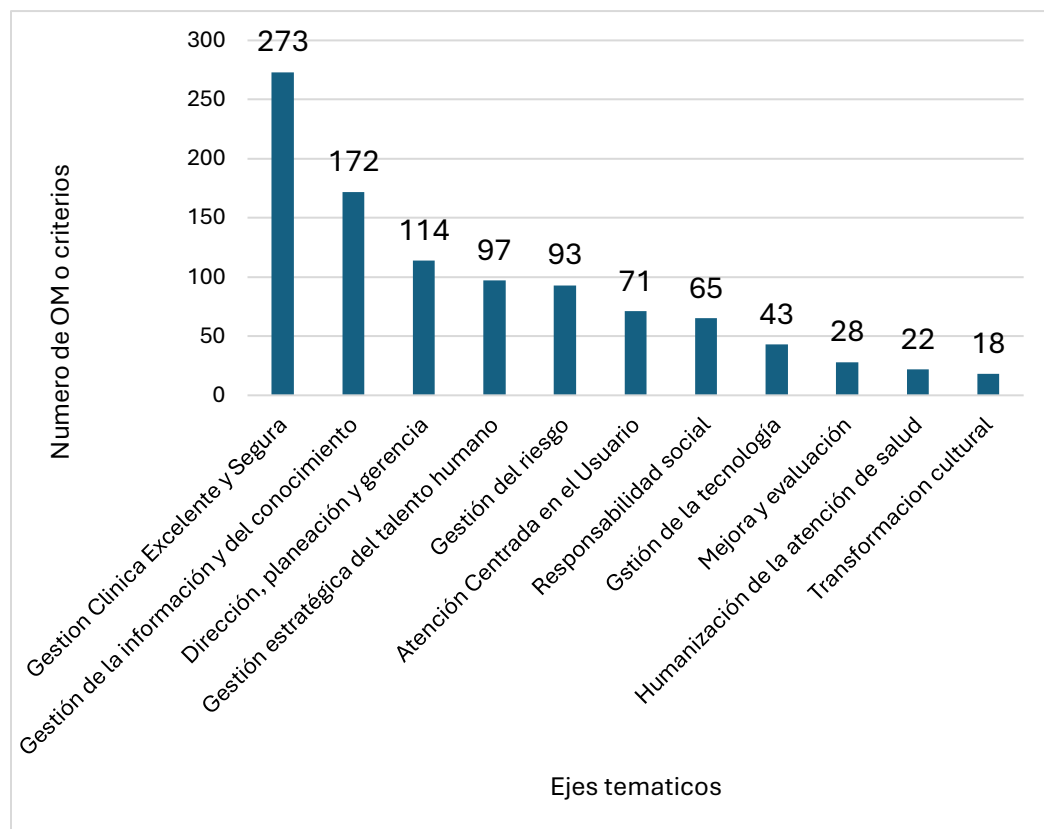
Nota. Imagen tomada del anexo 5 adjunto a este trabajo

La Figura 12 muestra una imagen de la herramienta que consolida los criterios con oportunidad de mejora ubicados en el eje temático que les corresponde, los cuales están distribuidos en diferentes hojas del Excel, en el ejemplo de la imagen se muestra algunos criterios con oportunidad de mejora ubicados en el eje de humanización, donde se observa que en la columna A se registra el número asignado al criterio con oportunidad de mejora, en la columna B el origen SUA o MIPG de donde se originó, luego se registra el criterio con oportunidad de mejora y el grupo de estándar o dimensión a la cual pertenece.

El eje temático que acogió más criterios a mejorar fue el de gestión clínica excelente y segura con 273, algunos criterios aplicaron en más de un eje temático, ya que su intencionalidad lograba abarcar dos ejes o más (ver Figura 13).

Figura 13

Distribución de los Criterios con OM por Eje Temático



Nota. Elaboración propia

Como se observa en la Figura 13, los 11 ejes temáticos con el número de criterios a mejorar que le correspondió a cada uno, observándose con mayor número de criterios al eje de gestión clínica excelente y segura.

Consolidación y Articulación de los Criterios Para Mejorar en OM Estructuradas. Con los 902 criterios con OM distribuidos en los 11 ejes temáticos, como se mostró en el paso anterior, se realizó la revisión por eje, con una lectura detallada de cada criterio con OM que conformaba el eje, y se conformaron subgrupos que contenían criterios con OM que tuvieran afinidad más específica, según la intención que se busca en su cumplimiento. En este paso se logró una nueva agrupación consolidando subtemas dentro de cada eje. Posteriormente se redactaron por cada

subgrupo una OM que los contuviera y expresaran su intención, la que fue nombrada OM estructurada. Para desarrollar esta labor se usó la herramienta de OM estructuradas, en la cual de registro en el primer campo el número de identificación de todos los criterios con OM que se incluyeron dentro de la síntesis que hizo la OM estructurada, en la columna B se colocó un número consecutivo que sirvió para dar identificación a cada OM estructurada y en la columna C se colocó la OM estructurada (ver Figura 14). Esta herramienta corresponde al anexo 6 de este trabajo.

Figura 14

Imagen de la Herramienta con las OM Estructuradas

Numero de ID de OM o criterio a mejorar de origen	IDENTIFICACION DE OM ESTRUCTURADA	OM INTEGRADA ESTRUCTURADA
1, 14, 27, 41, 15,16,17, 48	1	Definir, revisar, ajustar, documentar y desplegar la política, programas y acciones para planear, implementar y evaluar la gestión de la tecnología en salud, la cual se materialice a través de un modelo de gestión de la tecnología de salud, que incluya la forma de realizar el análisis de la relación oferta-demanda, la revisión de condiciones del mercado, la evaluación de eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores de evaluación de la tecnología, así como la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología.
2, 3, 6, 12, 13, 44 10, 14, 33, 39, 582, 613	2	Definir, documentar, implementar y evaluar el proceso de selección de tecnología, incluyendo evidencias de Seguridad disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación, la articulación con la infraestructura, validación por personal capacitado para comprobar que cumple con las especificaciones técnicas, está completa y funciona en forma correcta, la evaluación de costo beneficio, utilidad y costo efectividad de la tecnología, analizar en la adquisición de la tecnología las facilidades, las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva.

Nota. Imagen tomada del anexo 6 adjunto a este documento

En la Figura 14, se observa una imagen de una parte de la herramienta con OM estructuradas, en esta imagen se presentan 2 OM estructuradas, las cuales derivan de varios criterios con oportunidad de mejora, los cuales se relacionan en la columna A, en la Columna B se escribe el número que identifica la OM estructurada y en la columna C esta la OM estructurada.

El resultado de este paso fue la redacción de 77 OM estructuradas que sintetizan y

articulan los 902 criterios con OM originadas en los 2 modelos SUA y MIPG, de esta manera se consolidaron y articularon por temas específicos las solicitudes a resolver en la ESE CEO para dar cumplimiento a SUA y a MIPG.

El eje temático de gestión clínica y excelente que contenía 273 criterios con OM fue sintetizado en 17 OM estructuradas, en la Tabla 5 se observa el resultado de las OM estructuradas por eje temático y la cantidad de criterios con OM que consolidó.

Tabla 5

Distribución de las OM Estructuradas por Eje Temático y Numero de Criterios con OM que las Conformaron

Eje temático	Numero de OMs estructuradas	Numero de criterios con OM contenidos
Gestión Clínica Excelente y Segura	17	273
Gestión de la información y del conocimiento	20	172
Dirección, planeación y gerencia	10	114
Gestión estratégica del talento humano	8	97
Gestión del riesgo	4	93
Atención Centrada en el Usuario	3	71
Responsabilidad social	4	65
Gestión de la tecnología	4	43
Mejora y evaluación	3	28
Humanización de la atención de salud	3	22
Transformación cultural	1	18
TOTAL	77	

Nota. Autoría propia

La Tabla 5 presenta en la primera columna el nombre del eje temático, en la columna B el número de OM estructuradas resultantes y en la columna C el número de criterios con oportunidad de mejora que conformaron estas OM estructuradas.

Resultados de la Priorización de las OM Estructuradas

En la herramienta de priorización se colocaron las OM estructuradas, diligenciando las columnas con los datos que permitan su ubicación en el paso anterior, como el eje temático al

que pertenece y el número de identificación que se le asigne, para cualquier revisión que se requiera (ver Figura 15).

Figura 15

Imagen de Alistamiento para Priorización

EJE TEMÁTICO	IDENTIFICACIÓN DE OM ESTRUCTURADA	OM ESTRUCTURADA
GESTION DE LA TECNOLOGIA	1	Definir, revisar, ajustar, documentar y desplegar la política, programas y acciones para planear, implementar y evaluar la gestión de la tecnología en salud, la cual se materialice a través de un modelo de gestión de la tecnología de salud, que incluya la forma de realizar el análisis de la relación oferta-demanda, la revisión de condiciones del mercado, la evaluación de eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores de evaluación de la tecnología, así como la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología.
	2	Definir, documentar, implementar y evaluar el proceso de selección de tecnología, incluyendo evidencias de Seguridad, disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación, la articulación con la infraestructura, validación por personal capacitado para comprobar que cumple con las especificaciones técnicas, está completa y funciona en forma correcta, la evaluación de costo beneficio, utilidad y costo efectividad de la tecnología, analizar en la adquisición de la tecnología las facilidades, las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva.
	3	Documentar, implementar y evaluar en la gestión de la tecnología, incluyendo la definición de las tecnologías a utilizar para promoción y prevención y acciones de salud pública, los sistemas de organización, administración y apoyo (ingeniería, arquitectura, otros) para el uso de la tecnología, fortalecimiento del entrenamiento a los usuarios de tecnología, como se dará continuidad de la atención en casos de contingencia por fallas o daños.
	4	Evaluar la implementación y efectividad del modelo de gestión de la tecnología (GAFF3-M1) en cuanto la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología, definiendo la eficacia, efectividad e impacto de la implementación de la política de gestión de la tecnología, gestionando el proceso de mejoramiento en la gestión de la tecnología.
		TOTAL

Nota. Imagen tomada de la herramienta de priorización que corresponde al anexo 7 adjunto a este documento.

La Figura 15 muestra una fracción de la herramienta en construcción para realizar la priorización, en la columna A se registra el nombre del eje temático, en la columna B el número de la OM estructurada y en la columna C la OM estructurada.

Ya con las OM estructuradas y ubicadas en su eje temático, dispuestas en la herramienta de priorización se procedió a calificar cada una con los 4 criterios de priorización, asignado valor como se indicó en la metodología y se les calculó el valor final (ver

Figura 16).

Eje temático	Identificación de OM estructurada	OM estructurada	Numero de criterios asociados				Total
			Riesgo	Costo	Volumen		
GESTION DE LA TECNOLOGIA	1	Definir, revisar, ajustar, documentar y desplegar la política, programas y acciones para planear, implementar y evaluar la gestión de la tecnología en salud, la cual se materialice a través de un modelo de gestión de la tecnología de salud, que incluya la forma de realizar el análisis de la relación oferta-demanda, la revisión de condiciones del mercado, la evaluación de eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores de evaluación de la tecnología, así como la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología.	8	3	3	3	216
	2	Definir, documentar, implementar y evaluar el proceso de selección de tecnología, incluyendo evidencias de Seguridad, disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación, la articulación con la infraestructura, validación por personal capacitado para comprobar que cumple con las especificaciones técnicas, está completa y funciona en forma correcta, la evaluación de costo beneficio, utilidad y costo efectividad de la tecnología, analizar en la adquisición de la tecnología las facilidades, las	12	5	5	5	1500

Eje temático	Identificación de OM estructuradas	OM estructurada	Numero de criterios asociados				Total
			Riesgo	Costo	Volumen		
		comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva.					
		Documentar, implementar y evaluar en la gestión de la tecnología, incluyendo la definición de las tecnologías a utilizar para promoción y prevención y acciones de salud pública, los sistemas de organización, administración y apoyo (ingeniería, arquitectura, otros) para el uso de la tecnología, fortalecimiento del entrenamiento a los usuarios de tecnología, como se dará continuidad de la atención en casos de contingencia por fallas o daños.	21	5	5	5	2625
		Evaluar la implementación y efectividad del modelo de gestión de la tecnología (GAFF3-M1) en cuanto la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología, definiendo la eficacia, efectividad e impacto de la implementación de la política de gestión de la tecnología, gestionando el proceso de mejoramiento en la gestión de la tecnología.	2	3	3	5	90
		TOTAL	43	16	16	18	

Nota. Autoría propia, es un fragmento de la herramienta elaborada para realizar la priorización, se presenta para ilustrar.

La Tabla 6 muestra de manera ilustrativa el ejercicio de priorización realizado con las 4 OM estructuradas del eje temático de gestión de la tecnología.

Como resultado se obtuvo que de las 77 OM estructuradas, 10 obtuvieron la priorización alta con un valor por encima de 2000, 24 presentaron prioridad media con valores entre 500 y 2000 y 43 OM estructuradas presentaron prioridad baja. En el anexo 7 se presenta en una hoja de cálculo la tabla de priorización por eje temático y en la segunda hoja de cálculo la tabla de priorización organizadas de mayor a menor calificación como puede verse en la Figura 17.

Figura 17

Imagen de las OM Estructuradas Ordenadas por Prioridad

EJEMATICO	IDENTIFICACIÓN DE OM ESTRUCTURADA	OM ESTRUCTURADAS	NUMERO DE CRITERIOS ASOCIADO	RIESGO	COSTO	VOLUME	TOTAL
GESTION DEL RIESGO	48	Fortalecer la gestión del riesgo e implementar los controles planteados según los riesgos identificados en los procesos misionales y estratégicos	44	5	5	5	5500
DIRECCION ESTRATEGICA PLANEACION GERENCIAL	62	Revisar, ajustar, actualizar el programa de gestión documental, el mapa de procesos y sus documentos	44	5	5	5	5500
GESTION DEL RIESGO	47	Fortalecer la planeación de la gestión del riesgo en todos los procesos	35	5	5	5	4375
GESTION CLINICA	21	Evaluar y mejorar la oportunidad y accesibilidad a los servicios prestados.	34	5	5	5	4250
GESTION CLINICA	22	Revisar, ajustar, actualizar, implementar y evaluar conocimiento de las guías clínicas, protocolos y otros documentos usados en la planeación de la atención	30	5	5	5	3750
INFORMACION, COMUNICACION Y CONOCIMIENTO	35	Planear e implementar los ejercicios de analítica de datos a partir de la información de las diferentes áreas	28	5	5	5	3500
DIRECCION ESTRATEGICA PLANEACION GERENCIAL	67	Llevar a la operación los lineamientos estratégicos hacia el logro de resultados y fortalecer la gestión presupuestal y la eficiencia del gasto público	23	5	5	5	2875
GESTION DE LA TECNOLOGIA	3	Documentar, implementar y evaluar en la gestión de la tecnología, incluyendo la definición de las tecnologías a utilizar para promoción y prevención y acciones de salud pública, los sistemas de organización, administración y apoyo (ingeniería, arquitectura, otros) para el uso de la tecnología, fortalecimiento del entrenamiento a los usuarios de tecnología, como se dará continuidad de la atención en casos de contingencia por fallas o daños.	21	5	5	5	2625

Nota. Imagen obtenida de la herramienta de priorización.

En la Figura 17 se muestra una imagen de parte del ordenamiento de la priorización de las OM estructuradas, la cual se presenta de mayor a menor, y se observan 8 OM estructuradas.

Resultado de la aplicación de la metodología para el paso de Propuesta Orientadora al Plan de Trabajo

Se cotejaron las OM estructuradas con los criterios que las originaron, siendo esta la guía

para que la empresa oriente como resolver las OM estructuradas, al ejecutar acciones según los criterios que las generaron, adicionalmente se presentan de mayor a menor prioridad, las 77 O.M. estructuradas, acompañadas cada una con los criterios que deben ejecutarse (ver Figura 18). El anexo 8 presenta esta propuesta.

Figura 18

OM Estructurada Seguida de los Criterios que la Conformaron

EJE TEMATICO	IDENTIFICACIÓN DE OM ESTRUCTURADA	OM ESTRUCTURADA	NUMERO DE CRITERIOS ASOCIADOS	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL	
GESTION DEL RIESGO	48	Fortalecer la gestión del riesgo e implementar los controles planteados según los riesgos identificados en los procesos misionales y estratégicos	44	5	5	5	5500	
Numero de identificación del criterio	ORIGEN	CRITERIOS, ACTIVIDADES U O.M.A RESOLVER	TIPO DE ESTANDAR DE ACREDITACION	POLITICA	RESPUESTAS EN FURAG 2024, NUMERO DE PREGUNTA			AUTODIAGNOSTICO, Numero de pregunta
18	ACREDITACION	E 134 Fortalecer la gestión del riesgo en el uso de la tecnología, realizando la evaluación e intervención de los principales riesgos de uso de la tecnología disponible en la institución.	GESTION DE TECNOLOGÍA	NA				
20	ACREDITACION	E 134 Establecer mecanismos para mejorar la difusión de información a los colaboradores sobre seguridad del uso de la tecnología y de la prevención de los principales riesgos asociados al uso.	GESTION DE TECNOLOGÍA	NA				
237	MIPG	Establecer un espacio efectivo para presentar denuncias sobre hechos de corrupción asociados a conflictos de intereses recibidas a través del canal de PQRSD y de los canales internos y externos dispuestos por la entidad con el fin de redireccionarlas según el procedimiento.	NA	INTEGRIDAD	52	INT208		
238	MIPG	Analizar y gestionar las declaraciones de conflictos de intereses, impedimentos y recusaciones según el procedimiento establecido	NA	INTEGRIDAD	57	INT208	2023	
240	MIPG	Fortalecer la gestión de riesgos y controles asociados a la integridad pública, mediante la difusión del procedimiento para las denuncias entre la ciudadanía y grupos de valor, capacitación institucional sobre el régimen disciplinario en materia de la obligación de denunciar irregularidades, Disponer canales internos y externos de denuncia, Monitoreo y seguimiento a las denuncias internas y externas, Evaluación de sucesos significativos que impactan o podrían impactar la integridad pública de la entidad (por ejemplo: decisiones judiciales, cambios en la planeación, hechos de corrupción, entre otros) y ajuste de sus estrategias y acciones de conformidad, Monitorear y hacer seguimiento a las sanciones a conductas que afectan la integridad pública, Identificar riesgos de gestión asociados a la integridad pública en sus procesos y áreas, Definir e incorporar en sus procesos y áreas los controles frente a los riesgos de integridad pública identificados. Contemplar en la política de administración del riesgo, la gestión de riesgos asociados a la integridad pública y sus controles, Formular acciones de mejora a partir de la autoevaluación sobre la gestión de los riesgos asociados a la integridad pública, Hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora implementadas, Diseñar e implementar una metodología de seguimiento participativo al avance de las acciones de integridad pública y las recomendaciones formuladas en el Documento CONPES 4070 de 2021.	NA	INTEGRIDAD	60	INT211	2023	

Nota. Imagen de herramienta para orientar a la institución la elaboración del plan de mejora.

En la Figura 18 se muestra un ejemplo de cómo cada OM estructurada priorizada, es asociada con sus criterios a mejorar, a fin de facilitar el plan de mejora de la institución.

Discusión de Resultados

Como lo plantearon Pulecio y Bermudez en sus estudios es posible articular los modelos MIPG Y SUA, la metodología diseñada en este proyecto aplicado logró articular los criterios a mejorar detectados en los dos modelos (MIPG y SUA), pudiendo agruparlos por tema y posteriormente consolidarlos. Es así, como en la ESE CEO los 902 criterios a mejorar identificados fueron distribuidos en 11 ejes temáticos y estos criterios se condensaron en 77 OMs estructuradas, lo que facilita la revisión y el análisis, adicionalmente la priorización orienta hacia donde dar el primer enfoque de esfuerzos en el mejoramiento. En el ejercicio desarrollado 10 (12%) OMs estructuradas obtuvieron prioridad alta, la cuales están compuestas por 306 (33%) criterios a mejorar.

La metodología establecida con un inicio en el diagnóstico de cada modelo a partir de sus autoevaluaciones fue buen punto de partida, por cuanto se revisó todos los estándares de acreditación y todas las políticas de MIPG, evitando que un tema pueda olvidarse y se alinea con un objetivo del trabajo de Pulecio de establecer desde las metodologías de autoevaluación y/o evaluación Auto diagnóstica, definidas por los dos modelos, sus puntos en común para la póstuma articulación (Pulecio, 2020, pág. 11).

El diseño de herramientas en cada paso para guardar los registros seguidos en la metodología permite la revisión retrospectiva y la reproducción de esta en otras instituciones.

La metodología diseñada es una herramienta importante para la gestión de los gerentes de las IPS públicas, ya que les facilita identificar los puntos a fortalecer para recibir mejores evaluaciones en las calificaciones anuales del FURAG y de los indicadores de: mejoramiento continuo de la calidad y efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad

de la atención en salud, establecidos en la resolución 408 de 2018, la cual es aplicada para evaluar anualmente la gestión gerencial por parte de la junta directiva.

Haber incluido la variable de número de criterios que componen la OM estructurada, como un factor crítico en la priorización, hace que se dé más prioridad a aquella OM estructurada que tienen más criterios, lo que favorece subir puntaje en varias preguntas del FURAG, siempre y cuando se resuelvan esas OM estructuradas priorizadas.

Otra ventaja de esta metodología es que la herramienta final permite visualizar todas las OMs y sus criterios para asignarlas a los líderes responsables, quienes deben proponer su plan de mejora y realizar autocontrol de su cumplimiento. Adicionalmente permite que la auditoría interna se pueda distribuir para el seguimiento al plan entre áreas como control interno, garantía de la calidad y planeación, repartiendo cargas y produciendo sinergia.

Como lo refirió Ikram et al. (2020), un SGI parece ser una estrategia adecuada para gestionar las expectativas y demandas complejas y diversas de las partes interesadas, que ahorre tiempo, recursos, disminuya los esfuerzos al eliminar la documentación duplicada, las tareas y otros esfuerzos administrativos (Ikram et al., 2020), la implementación de un sistema integrado de gestión con la articulación MIPG y SUA en este trabajo, nos dio como resultado los puntos a desarrollar para dar respuesta a los múltiples requerimientos de las partes interesadas y disminuyó esfuerzos por duplicidad en planes de trabajo independientes.

El estudio de “Aplicación metodológica: the IUMSS para la integración de sistemas de gestión”, definió una metodología de integración de las normas: NTC ISO 14001: 2015 sistema de gestión ambiental, NTC ISO 45001:2018 sistema de seguridad y salud en el trabajo y NTC ISO 13485:2016 sistemas de gestión de calidad para dispositivos médicos; la cual fue desarrollada a través de una descripción cualitativa y analítica, con disminución del exceso de

redundancias y al cierre de brechas entre los requisitos de las normas ISO integradas y los procesos de una organización (Moreno, Restrepo, & Sanchez, 2021). Así mismo este trabajo que integra MIPG y SUA, realiza una descripción cualitativa de las OMs en MIPG y SUA para la ESE CEO y logra disminuir redundancias y establece los puntos a mejorar para lograr cierres de brechas.

Al desarrollar este trabajo encontramos que el MIPG fortalece el cumplimiento de acreditación y además lo complementa, ya que incluye temas como la anticorrupción que no están explícitos en SUA, también amplía y detalla el deber ser en la “gestión del riesgo” que es un eje del SUA y con la política de integridad da herramientas para poder guiar el eje de SUA “proceso de transformación cultural permanente”, complementa el estándar 3 de SUA que solicita un código de ética y de buen gobierno, con la política de integridad del MIPG, la cual presenta un enfoque de cambio cultural de las conductas cotidianas con sus principios: honestidad, respeto, compromiso, diligencia y justicia. También con las políticas de gestión de información y comunicación y la de gestión de conocimiento e innovación, presenta acciones concretas que son útiles en el grupo de estándares de gerencia de la información del SUA. Por eso estamos de acuerdo con el estudio “Diseño y documentación de procesos para el sistema integrado de gestión y control basados en la norma NTCGP-1000 y MECI-2014 de la ESE Hospital San Juan de Dios, Pamplona N/S”, que concluyó que cuando una entidad toma la decisión de prepararse para la acreditación debe considerar la integración de los pilares que le conducen a tal fin, esto es, no regirse únicamente por los lineamientos de la norma, sino integrar todos los requerimientos presentes, incluso los internacionales (Anaya, 2015).

El estudio de Pulecio, indica que ambos modelos identifican los requisitos y determinan la ruta de mejoramiento a través de la formulación de los planes establecidos y así, cerrar las

brechas encontradas en cada modelo, igualmente la metodología desarrollada en nuestro trabajo identifico los criterios con brechas en la ESE CEO y dio las pautas para que fueran incluidas en un plan de mejora. Así como Pulecio identificó en las herramientas utilizadas puntos comunes para la articulación de ambos modelos, nuestro trabajo encontró los puntos comunes para articulación en las herramientas de autoevaluación cualitativa de SUA, la herramienta de autodiagnóstico de MIPG y los formularios FURAG 2023 y 2024. Pulecio también en su trabajo opina que la articulación de MIPG y SUA contribuirá a generar buenas prácticas de control interno y promueve en los prestadores de servicios de salud y en especial los públicos, disminuir los tiempos en los que se requieren para la preparación de los dos (2) modelos (Pulecio, Articulación del sistema único de acreditación y el modelo MIPG en gestión desde la metodología de autoevaluación definidos por los dos modelos, 2020), con lo que estamos de acuerdo ya que al tener la institución un solo plan de mejora facilita un seguimiento de auditoría interna y también opinamos que el tiempo de preparación para la acreditación disminuirá dado que se evitaran los reprocesos.

La tesis de maestría de Bermúdez y otros concluye que su propuesta metodológica de integración de las normativas del MIPG y el SUA y la estrategia de transferencia del conocimiento es aplicable a las entidades públicas del sector salud en el territorio colombiano, dado que da respuesta a las necesidades de las instituciones de manera efectiva y eficaz, mejorando en tiempos de respuesta a entes de control y guiando de manera correcta al personal de las instituciones quien son los que realizan las diferentes actividades que dan respuesta a los requerimientos normativo (Bermudez et al., 2020), igualmente en nuestro trabajo encontramos que esta metodología es aplicable a otras IPS públicas y que es guía para los lideres de los equipos de mejora, a fin de que planteen sus acciones de mejora y tengan un solo plan para hacer

el seguimiento.

El trabajo de Pulecio presentó sus resultados en un cuadro comparativo con la intersección a partir de las dimensiones del MIPG con los estándares de SUA, lo que permitió comprobar que es posible articulación, además dice que se considera necesario experimentar en la práctica su funcionamiento y crear una metodología que pueda ser seguida por las IPS públicas. También Pulecio concluye que al existir una correlación de los dos modelos que están basados en el mejoramiento continuo, se deben integrar las intersecciones desde el autodiagnóstico y la autoevaluación que le aplica a cada modelo. Nuestro estudio parte de ese conocimiento y certeza que los dos modelos comparten muchos criterios o solicitudes a las instituciones y lo llevamos a la práctica mediante el desarrollo en una IPS pública, realizando el proceso de articulación con las necesidades de esta en la vida real, integrando las intersecciones desde el autodiagnóstico y la autoevaluación que le aplica a cada modelo, de esta manera damos continuidad al proceso de investigación en este tema y le damos un avance al conocimiento, ya que elaboramos las herramientas necesarias para consolidar la información, sin riesgo a perder criterios a mejorar, consolidando y llegando al punto de presentar a la IPS de manera unificada los aspectos a mejorar por prioridad para lograr subir su nivel de calidad.

Como Torres en su estudio de integración de los modelos de gestión NTC ISO 9001: 2015, el modelo MECI y el MIPG en la SNR, diseñados, construidos, y avalados, consideran el ciclo PHVA (Torres Galan, 2020), Bermúdez y otros plantea que al desarrollar la metodología de integración entre las normativas MIPG y SUA, basada en la herramienta de gestión ciclo PHVA o ciclo de Deming, permite que su aplicación se realice de manera clara, oportuna, organizada y completa, esto por cuanto es una herramienta común y reconocida desde los sistemas de gestión, por quienes trabajan para el mejoramiento de la calidad (Bermudez Bazuto

et al., 2020). Nuestro estudio plantea el ciclo PHVA para el logro de los objetivos de los dos modelos, fortaleciendo el paso de planear (P) con un diagnóstico inicial, siguiendo con la priorización y se dejó planteado los puntos a llevar al plan de trabajo, es decir al hacer (H de ciclo PHVA).

En el trabajo de Bermúdez se revisó los manuales SUA y MIPG, así como las herramientas de cada uno de estos, identificó criterios a cumplir de acuerdo con las dos normativas, criterios comunes y no comunes entre estas. A diferencia de Bermúdez nuestro estudio no parte de todos los criterios a cumplir por SUA y MIPG, ya que consideramos que las instituciones tendrán ya un avance o cumplimiento en varios de los criterios planteados por las dos normas, por tanto, tomamos como punto de partida los criterios con OM para aplicar la metodología sobre ellos.

Adicionalmente, otra diferencia que encontramos con el estudio de Bermúdez es que plantean como punto de encuentro para articular, las categorías del MIPG contra estándares de SUA, nosotros realizamos la articulación a través de los ejes de acreditación, trayendo los criterios a mejorar al eje de tema correspondiente y complementamos con otros ejes que se definieron revisando los criterios que no encajaban con los ejes de acreditación y partiendo de políticas de MIPG, creando de esta manera a los ejes de Gestión de la información y del conocimiento, dirección, planeación y gerencia, gestión estratégica del talento humano y mejora y evaluación.

Se encontró inicialmente una limitación respecto a la redacción de OMs para los incumplimientos en lo solicitado por MIPG, debido a que el autodiagnóstico y el FURAG traen criterios muy específicos, que son acciones propiamente dichas, a las que se le debe dar cumplimiento, es menos generalizada que los estándares de acreditación; para solventar esta

dificultad en la metodología, se decidió crear el paso de elaboración de OM estructuradas a partir de un grupo de criterios sin cumplimiento y de OM de los ejes temáticos, de esta manera se armoniza la redacción de las OM estructuradas.

Este estudio se diferencia en la metodología usada de los otros dos que proponían articular MIPG y SUA (Pulecio y Bermúdez), ya que parte de un diagnóstico de la IPS sobre cada norma y organiza las OM y criterios a mejorar en ejes temáticos, siendo esto una metodología nueva no propuesta en otros estudios, la cual mostro en la aplicación facilidad para lograr la articulación en la vida real.

MIPG fortalece el componente de legalidad, transparencia e integridad en la función pública, que da lineamientos en la toma de decisiones y asumir comportamientos en los que prevalezca el interés general por encima del particular. Presenta principios y valores concretos, mientras SUA pide la transformación cultural.

El anterior estudio concluyó que cuando una entidad toma la decisión de prepararse para la acreditación debe considerar la integración de los pilares que le conducen a tal fin, esto es, no regirse únicamente por los lineamientos de la norma, sino integrar todos los requerimientos presentes, incluso los internacionales, para el caso de éste proyecto fue de mucha utilidad crear un documento que integrara los estándares de calidad, con el MECI y la NTCGP-1000 ya que facilitó la implementación de los mismos a cada proceso optimizado a través de la documentación y los indicadores de gestión, valorando también la ayuda de la experiencia que pudo aportar la información proveniente de algunas entidades acreditadas. Crear cada una de las propuestas de mejora allí mencionadas, no solo necesitó de la observación directa, sino también de la socialización de lo identificado como situación problema con los responsables. Los resultados futuros arrojados por los indicadores que dejó planteado ese estudio no fueron de su

alcance por la limitante del tiempo. Ese estudio concluye, que las organizaciones deben apropiarse de la acreditación como un proceso estratégico de gestión para lograr mantener en el tiempo la prestación de servicios que satisfagan a sus clientes. (Anaya, 2015).

Conclusiones

Este proyecto diseñó una metodología que articula SUA y MIPG en una IPS de primer nivel con el fin de lograr sinergia, simplificar, evitar reprocesos y dejar un insumo que permita fácilmente la construcción de un plan de trabajo que gestione el mejoramiento y el aprendizaje institucional, presentándolo como un referente a otras IPS públicas.

La metodología diseñada aplicó como primer paso un diagnóstico bajo los dos modelos, SUA y MIPG, en una IPS pública de primer nivel de atención, logrando el objetivo de identificar OMs o incumplimientos en criterios solicitados en los dos modelos (MIPG y SUA). Se identificó 902 OM o criterios sin cumplimiento, estos fueron obtenidos luego de una autoevaluación cualitativa en los estándares de SUA (476), el autodiagnóstico realizado en MIPG y las respuestas de los FURAG de 2023 y 2024 (426).

En un segundo paso los 902 criterios a mejorar se articularon siguiendo 2 pasos, inicialmente se agruparon en 11 ejes temáticos distribuyéndolos según su intencionalidad. Es justo en este paso que se unen o agrupan los criterios provenientes de MIPG y SUA, quedando ubicados en el eje de su temática correspondiente. Los ejes temáticos fueron: los ejes de acreditación (atención centrada en el usuario, gestión clínica excelente y segura, Humanización de la atención en salud, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, proceso de transformación cultural permanente y responsabilidad social) y se adicionaron otros ejes según políticas de MIPG que no armonizaban con ejes de acreditación (gestión de talento humano, dirección estratégica y planeación gerencial, información comunicación y gestión del conocimiento y evaluación y mejora). Posteriormente los criterios dentro de cada eje fueron condensados en OMs estructuradas, quedando en total 77 OM estructuradas, esto facilita resumir los temas en los

que hay falencia en la institución según MIPG y SUA y se cumple el objetivo de articular el MIPG y SUA en la ESE CEO.

En el cuarto paso se aplicó una técnica de priorización de las OM estructuradas, lo que permitió identificar cuáles son los puntos más importantes para resolver. Este trabajo tomó conceptos de la guía 2 de “Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud” realizando la definición de prioridades, a través de la matriz de priorización, que es una herramienta para evaluar opciones basándose en una determinada serie de criterios explícitos que se ha decidido como importantes para tomar una decisión adecuada y aceptable. Se tomaron como factores críticos de éxito: - El número de criterios u OM que componían la OM estructurada; en el entendido que entre mayor sea ese número presenta mayor importancia, porque trabajar sobre ese OM estructurada resolverá mayores solicitudes en SUA y en MIPG. -Riesgo; al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento. - Costo; posible impacto económico de no realizar el mejoramiento. -Volumen; alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

Esta metodología uso herramientas en cada paso que permiten tener claridad del origen de cada OM o criterio a mejorar, realizar seguimiento a todos los pasos y finalmente se creó una herramienta con las OM estructuradas en orden de prioridad y conectadas con los criterios correspondientes a su intencionalidad, como acciones propuestas para que la institución pueda establecer un plan de trabajo siguiendo la priorización.

Resulta de gran apoyo las actividades específicas que indica el MIPG para dar los como necesarios en el SUA para cumplir los QUE SUA presenta el QUE se le solicita a la IPS y ella es libre de establecer COMO lo desarrolla, mientras MIPG presenta el QUE, y orienta el CÓMO,

siendo entonces el modelo del MIPG una gran ayuda para resolver varios de los COMO del SUA. El SUA y el MIPG a parte de tener objetivos comunes resultan complementarse.

El MIPG y el SUA son herramientas indispensables en la planeación y gestión de las IPS pública, ya que presentan guías para los procesos estratégicos, misionales y de apoyo.

Recomendaciones

Es necesario la participación, acompañamiento y seguimiento del staff gerencial como equipo de mejoramiento sistémico en la implementación de la metodología, para lograr el avance en los dos modelos.

Se deben activar los equipos de mejora de segundo nivel de acuerdo con el modelo de mejoramiento, para que desde allí se lidere el avance en el mejoramiento de los temas a cargo.

Para fortalecer la integración escalonada de los dos modelos se recomienda que los procedimientos de las IPS públicas se estructuren teniendo en cuenta los requerimientos de los dos modelos, integrando donde sea posible para simplificar la documentación, posteriormente disponer de un solo manual de gestión y algunos procesos, procedimientos y registros integrados y disponer de una política integrada, que aborde la planificación, implantación, medición, análisis y mejora de forma integrada.

Se recomienda definir un líder del proceso de integración y líderes para cada eje temático.

Los resultados finales indican por orden de prioridad cuales serían las OMs a trabajar inicialmente, las cuales además adjuntan los criterios detallados que la componen para guiar las acciones que deben ejecutarse, pero el mejoramiento dependerá de la importancia que le dé el equipo gerencial, ejerciendo liderazgo para distribuir las tareas y realizar seguimiento continuo, para apoyar en la resolución de barreras que puedan presentarse, adicionalmente muchas de las acciones requieren de recursos económicos y avanzaran cuando estos sean provistos.

Así mismo es necesario que la empresa cuente con personal comprometido y con líderes conocedores de MIPG y SUA, ya que MIPG es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos

y SUA describe los estándares de alto nivel de calidad específicos en el sector salud y en el actor IPS.

Así como en la ESE CEO no se establece una metodología para implementar el MIPG muchas otras IPS de primer nivel pueden estar en la misma situación, por esto consideramos que este trabajo puede ser un referente que apoye el proceso de mejoramiento en otras IPS públicas.

Referencias

- Abab Puente, J. V. (2014). *Taxonomic proposal for integration levels of management systems based on empirical evidence and derived corporate beneûts*. Journal of Cleaner Production.
- Albi Ibañez E. y Onrubia Fernandez J. (Septiembre de 2015). *Economía de la Gestión Pública*. Revista electrónica sobre la enseñanza de la Economía Pública No. 17, 49-54.
- Anaya, A. J. (2015). *Diseño y documentación de procesos para el sistema integrado de gestión y control basado en la norma NTCGP1000 y MECI 2014 de la ese hospital San Juan de Dios, Pamplona Norte de Santander*.
- Bermudez Bazuto, J. S., Mendivelso Velasco, K. P., & Ramirez Cardoma, M. L. (2020). *Metodología de integración de las normativas modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) y sistema único de acreditación (SUA) en entidades públicas del sector salud distrital*. Bogotá, Colombia.
- Betancourt Velásquez, A. C., & Caviedes Niño, I. L. (2018). *Propuesta Metodológica De Un Sistema Integrado De Gestión De Calidad En El Sector Salud Articulando El SUA Con La NTC ISO 9001: 2015*. Bogotá, Colombia: Universidad Santo Tomas.
- Borja Garcia, L. M., & Diego, C. G. (2014). *Evaluación del sistema Obligatorio de Calidad en las Empresas sociales del estado del primer nivel de complejidad del departamento del Huila durante el 2013, con características de las practicas de la cultura organizacional*. Neiva, Huila, Colombia: Universidad del Valle.
- Cabrera, H. R., Medina León, A., Abab Puente, J., & Nogueira Rivera. (2015). *La integración de sistemas de gestión empresariales, conceptos, enfoques y tendencias*. Ciencias de la Información, 3-8.

Cabrera, H., & All, E. (2015). *La integración de Sistemas de Gestión Empresariales, conceptos, enfoques y tendencias*. Ciencias de la Información, 8-10.

Carlos Edgar Rodríguez. (2019). *El mejoramiento continuo de la calidad en la acreditación en salud*. [https:// www.acreditacionensalud.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Revista%20Normas%20y%20Calidad%20102.pdf](https://www.acreditacionensalud.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Revista%20Normas%20y%20Calidad%20102.pdf)

Constituyente. (1991). Bogotá, Colombia.

Cuendias de Armas, J. S. (2013). *Manejo integrado de Gestión*. Cubaenergía.

Chacón Cantos, C., & Rugel Kamarova, S. (2018). *Teorías, Modelos y Sistemas de Gestión de Calidad*. Espacios, 14.

Departamento de la función pública Colombia, C. d. (09 de 06 de 2015).

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=61933>

De la Nuez Ramos Eva y otras. (03 de Marzo de 2023). *La acreditación y la necesaria integración entre las universidades médicas y las instituciones de salud*. Revista Médica Electrónica de Ciego de Ávila:

<https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/3341>

De la Rosa, F. (2020). *Modelo Canvas: genera un plan de negocio en cinco minutos*.

<https://trabajardesdecasasi.com/modelo-canvas/>

Departamento Administrativo de la Función Pública. (20 de 12 de 2001). *Función Pública*.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6055>

Departamento Administrativo de la Función Pública. (20 de 05 de 2005). *Función Pública*.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=16547>

Departamento Administrativo de la Función Pública. (18 de 11 de 2009). *Función Pública*.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=37853>

Departamento Administrativo de la Función Pública. (3 de 12 de 2012). *Función Pública*.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=50803>

Departamento Administrativo de la Función Pública. (21 de 05 de 2014). *Función Pública*.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59048>

Departamento administrativo de la función pública. (Octubre de 2017). Guía para el uso de la

Herramienta de Autodiagnóstico de las Dimensiones operativas. Bogotá: DAFP.

Departamento Administrativo de la Función Pública. (Marzo de 2023). *Marco General del*

Modelo Integrado de Planeación y Gestión. 5, 5. Bogotá, Colombia.

Departamento Administrativo de la Función Pública. (Diciembre de 2024). *Manual operativo del*

Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 6, 8. (DAFP, Ed.) Bogotá, Colombia.

Departamento administrativo de la función pública. (Noviembre de 2024). *MIPG. Medición del*

desempeño institucional:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMzA3NjVjNDctNDVkZC00MWI0LWI0ZTQtZjhhZmY5NTg1Y2NmIiwidCI6IjUwNjQwNTg0LTJhNDAtNDIxNi1hODRiLTliM2VIMGYzZjZjZiIsImMiOjR9>

Departamento de la función pública. (20 de JUNIO de 2023). *Presentacion general del MIPG*.

[https://www.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34112007/2022-07-](https://www.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34112007/2022-07-26_Presentaci%C3%B3n_general_MIPG+%281%29.pdf/cf5452e4-5608-460d-6262-3ecb2e646ab8?t=1660251234878)

[26_Presentaci%C3%B3n_general_MIPG+%281%29.pdf/cf5452e4-5608-460d-6262-3ecb2e646ab8?t=1660251234878](https://www.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34112007/2022-07-26_Presentaci%C3%B3n_general_MIPG+%281%29.pdf/cf5452e4-5608-460d-6262-3ecb2e646ab8?t=1660251234878)

Dixon-Woods M, M. S. (2012). *Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from*

the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. *BMJ Quality &*

Safety, 876-884.

ESE CEO. (2020). *Plan de desarrollo 2020-2024*. Neiva.

- Fernández, J. S. (2024). *Integración de Sistemas mediante Metodología de “Uso Integrado de Estándares de Gestión”*. *Revista De Ciencias Sociales*, 154-165.
- Ferreira-Herrera, D. (6 de Noviembre de 2015). *Innovación Social y Sociedad*. El Modelo Canvas en la formulación de proyectos.
- Fraguela, & Formoso, J. C. (2011). *La integración de los Sistemas de gestión. Necesidad de una nueva cultura empresarial*. *Open Journal Systems*, 44-49.
- Freddy Velandia, E. A. (2001). *Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE*. *Colombia Medica*, 4-9.
- Función Pública - Manual Operativo MIPG V5. (2022).
https://www.funcionpublica.gov.co/en/web/mipg/documentos/-/document_library/tfVWGgioFma4/view_file/42410192 .
- Función Pública. *Constitución política de Colombia*.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=300>
- González Muñoz, I. B., & Ramírez, C. A. (2018). *Articulación de los sistemas de calidad, Consejo Nacional de Acreditación (CNA) y normas NTC - ISO 9001 para programas académicos de educación superior en instituciones públicas*. *Revista de facultades de ciencias Economicas y Administrativa Universidad de Nariño*, 187-203.
- Hernández, P. E. (2016). *Satisfacción y calidad percibida de afiliados al Sistema de Protección Social en Salud de México*. *Fundamentos metodológicos*. *Salud pública de Mexico*.
- Herrera, A. J. (7 de diciembre de 2015). *Diseño y documentación de procesos para el sistema integrado de gestión y control basados en la norma NTCGP-1000 y MECI-2014 de la ESE Hospital San Juan de Dios , Pamplona N/S . Pamplona , Boyaca, Colombia :*

Universidad de Pamplona.

IBERBROLA. (2022). *ANALISIS PREDICTIVO*. Análisis predictivo, una manera de adelantarse al futuro de la mano de las nuevas tecnologías:

<https://www.iberdrola.com/innovacion/analisis-predictivo>

ICONTEC. (s.f.). *Acreditacion*. Recuperado el 10 de febrero de 2025, de Que es la acreditación en salud: <https://acreditacionensalud.org.co/que-es-la-acreditacion-en-salud/>

ICONTEC. (s.f.). *Acreditacion en salud*. Recuperado el 15 de enero de 2025, de Historia de la acreditación: <https://acreditacionensalud.org.co/historia-de-la-acreditacion-en-el-mundo/>

Icontec internacional. (23 de Septiembre de 2015). Norma Tecnica Colombiana ISO 14001.

Bogotá, Colombia: Icontec.

Ikram, M., Sroufe, R., & Zhang, Q. (2020). *Prioritizing and overcoming barriers to integrated management system (IMS) implementation using AHP and G-TOPSIS*. Journal of Cleaner Production, 120-121.

Institucional, Consejo para la Gestión y Desempeño. (2021). *Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión*. Bogotá: Gobierno de Colombia.

Interior, M. d. (29 de 12 de 1998). *Función Pública*.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=186>

ISO Technical Management Board. (2018). *The Integrated Use of Management System Standards (IUMSS)*.

Juarez L. Berenice y otros. (2023). *Calidad percibida en hospitales públicos y privados durante la pandemia*. <https://ojs.unipamplona.edu.co/index.php/face/article/view/2612>

Kennedy, I. (2024). *Business 101: Principles of Management*. Study.com. <https://study-com.translate.goog/academy/lesson/w-edwards-deming-theory-lesson->

[quiz.html?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=rq#section---](#)

[W.EdwardsDemingSTheoryOnBusinessQualityAndEffectiveness](#)

Ley 1438 de 2011 Congreso de Colombia. Congreso de la republica. (29 de 11 de 1993). Colombia:

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>

Lina M. Arango A. y otros. (2 de Abril de 2019). *EVALUACION DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL DEL PERIODO 2018*.

https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/10862/1/2019_evaluacion_plan_gestion.pdf

Ministerio de protección social. (18 de Junio de 2008). *resolución 2181*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de salud. (Diciembre de 2016). *Plan Nacional de mejoramiento de la calidad en salud*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud. (15 de Febrero de 2018). *Resolucion 408*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud de Colombia. (2007). “*Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud*”. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud de Colombia. (2007). “*Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud MCC*”. Bogotá, Colombia.

Ministerio de salud de Colombia. (19 de noviembre de 2018). *Resolución 5095*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de salud de Colombia. (2018). *Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de salud de Colombia. (25 de noviembre de 2019). *Resolución 3100*. 35-36. Bogotá,

Colombia. Recuperado el 15 de 02 de 2025, de chrome-

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf>

Ministerio de salud de Colombia. (11 de Noviembre de 2024).

https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados_reps.aspx?pageTitl e=Registro+Actual&pageHlp=

Ministerio de Salud Dirección de Calidad. (2009). *Manual para la Elaboración de planes de mejoramiento en acreditación*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de salud y protección social. (19 de julio de 2005). *Guia practica de preparación para la acreditación en salud*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de salud y protección social. (29 de mayo de 2014). Resolución 2082. Bogotá, Colombia: Minsalud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (29 de mayo de 2014). Resolución 2082. Bogotá.

Ministerio de salud y protección social. (2016). *Gestión del mejoramiento continuo de la calidad*. Bogotá, Colombia: Imprenta nacional de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (06 de 05 de 2016). *Decreto 780*. Bogotá, Colombia.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y protección social. (6 de mayo de 2016). Decreto 780 parte 5 titulo 1, capitulo 1. Bogotá., Colombia.

Ministerio de salud y protección social. (2018). *Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia*. Bogotá: MINSALUD.

Ministerio de Salud y Protección Social. (25 de 11 de 2019). *Resolución 3100*.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf?ID=5823

Ministerio de salud y protección social. (24 de junio de 2023). *Instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas* .

<https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/instituciones-prestadoras-de-salud-ips-acreditadas.aspx>

Ministerio de Salud y Protección social. (17 de 10 de 2024). *Registro especial de prestadores de servicios de salud*. <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

Ministerio de salud y protección social. (s.f.). *Salud*. Recuperado el 12 de 11 de 2024, de Observatorio nacional de la calidad en salud:

<https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/default.aspx>

MINSALUD. (20 de Junio de 2022). *Registro Instituciones Prestadoras de Salud - IPS Huila*.

https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados_reps.aspx?pageTitl e=Registro+Actual&pageHlp=

Molina, D. (22 de Septiembre de 2021). *Qué es el Modelo Canvas y ejemplos de Canvas reales*.

<https://www.iebschool.com/blog/que-es-el-modelo-canvas-y-como-aplicarlo-a-tu-negocio-agile-scrum/>

Moreno, P., Restrepo, B., & Paola, S. (2021). Aplicación metodológica: the integrated use of management system standards para la integración de sistemas de gestión. *SIGNOS- Investigación en Sistemas de Gestión*.

Naciones unidas. (22 de 11 de 2024). *Naciones Unidas*. Objetivos de desarrollo sostenible:

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

Nunhes, T. V., Merce, B., & Oliveria, O. (2019). Guiding principles of integrated management

systems: Towards unifying a starting point for researchers and practitioners. *Journal of Cleaner production*, 977-993.

Organización mundial de la salud. (20 de 11 de 2024). *OMS / temas de salud*. Calidad de la atención: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_2

Organizacion mundial de la salud. (s.f.). *OMS*. Recuperado el 15 de febrero de 2025, de Calidad de la atención: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

Organización panamericana de la salud. (Abril de 2024). *Resumen Ejecutivo: webinar 1 - Políticas y Estrategias de calidad en salud en la región de las Américas: desafíos y aprendizajes en la elaboración e implementación*. <https://www.paho.org/es/documentos/resumen-ejecutivo-webinar-1-politicas-estrategias-calidad-salud-region-americas-desafios>

Presidencia de la republica. (11 de septiembre de 2017). *Decreto 1499*. Bogotá, Colombia.

Presidente de la República, C. (13 de 07 de 2009). *Función Pública*.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=36842>

Pulecio, M. R. (2020). *Articulación del sistema único de acreditación y el modelo MIPG en gestión desde la metodología de autoevaluación definidos por los dos modelos*. Bogotá: Universidad Santo Tomas.

Pulecio, M. R. (2020). *Articulación del sistema único de acreditación y el modelo MIPG en gestión desde la metodología de autoevaluación definidos por los dos modelos*. Bogotá, COLOMBIA.

Pullés, M. R., & Bataller Venta, M. (2016). *Modelo de sistema integrado de gestión para una dirección de investigación medioambiental de Biocubafarma*. *Cenic*, 6-16.

Real Academia de la lengua española. (2024). *Diccionario de la lengua española*, 23.

Recuperado el 3 de Marzo de 2025, de <https://dle.rae.es>

Santaniello, M. (8 de Febrero de 2024). Problemas Vs OMs: Claves para la innovación y transformación de las empresas. *NB Team*. Recuperado el 04 de 03 de 2025, de Problemas. <https://www.nbteamconsulting.com/es/news/problema-vs-oportunidad-de-mejora>

Sector Función Pública. (11 de 09 de 2017). *Función Pública*.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=83433>

Social, M. D. (30 de 12 de 2003). *Función Pública*.

Social, M. d. (03 de 04 de 2006). *Función Pública*.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=19975>

Superintendencia de salud. (4 de agosto de 2016). Circular 012. Bogotá, Colombia.

Superintendencia Nacional de Salud. (04 de 08 de 2016). *Superintendencia Nacional de Salud*.

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/CIRCULAR%20EXT%20000012.pdf>

SYDLE. (11 de septiembre de 2023). *Ciclo PDCA ¿Cuales son los pasos y como funciona?*

[https://www.sydle.com/es/blog/ciclo-pdca-](https://www.sydle.com/es/blog/ciclo-pdca-61ba2a15876cf6271d556be9#:~:text=El%20ciclo%20PDCA%20o%20Ciclo,)%20y%20actuar%20(act).)

[61ba2a15876cf6271d556be9#:~:text=El%20ciclo%20PDCA%20o%20Ciclo,\)%20y%20actuar%20\(act\).](https://www.sydle.com/es/blog/ciclo-pdca-61ba2a15876cf6271d556be9#:~:text=El%20ciclo%20PDCA%20o%20Ciclo,)%20y%20actuar%20(act).)

Torres Galan, L. (2020). *Diseño de una metodología que permita integrar la NTC 9001:2015, el*

MIPG y el MECI para la gestión en la Superintendencia de Notariado y Registro. Tesis

de Grado. . Bogotá, Colombia: Universidad Católica de Colombia.

Villa Velásquez, J., Araya, A., Grandón, K., & Rivera Rojas, F. (2023). *Evaluación del Modelo*

de Calidad de Donabedian en base a los criterios de Chinn y Kramer. HorizEnferm,

34(2), 205-2015.

Waissbluth, M. (2003). *Reforma del Estado en América Latina*. Universidad de Chile.

Williams , G. (s.f.). *Calidad de los Servicios de Salud*. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, 5.

Zambrano Barrios, A. (2008). *Teoría para mejorar la gestión pública*. Revista Artes y HUMANIDADES UNICA, vol. 9 núm. 22, 132-149.

Tabla 7*Siglas usadas*

Numero	SIGLA	SIGNIFICADO
1	ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
2	CCHSA	Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud
3	CEO	Carmen Emilia Ospina
4	DAFP	Departamento Administrativo de la Función Pública
5	DANE	Departamento Nacional de Estadística
6	EAPB	Empresa Administradora de Planes de Beneficio
7	ESE	Empresa Social del Estado
8	FURAG	Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión
9	ICONTEC	Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación
10	IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
11	ISQua	International Society for Quality in Health Care
12	IUMSS	Integrated Use of Management System Standard
13	MECI	Modelo Estándar de Control Interno
14	MIPG	Modelo Integrado de Planeación y Gestión
15	OM	Oportunidad de Mejora
16	OMs	Oportunidades de Mejora
17	OMS	Organización Mundial de la Salud
18	ONN	Oficina Nacional de Normalización
19	OPS	Organización Panamericana de la Salud
20	PAMEC	Programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en salud
21	PBS	Plan de Beneficios en Salud
22	PHVA	Planificar, Hacer, Verificar, Actuar
23	RSC	Responsabilidad Social Corporativa
24	SGSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
25	SIC	Sistema De Información Para La Calidad
26	SIG	Sistema de Gestión Integrado
27	SISTEDA	Sistema de Desarrollo Administrativo
28	SOGCS	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud
29	SUA	Sistema Único de Acreditación
30	SUH	Sistema Único de Habilitación
31	TGC	Teoría de la Gestión de la Calidad
32	TIC	Tecnología de la Información y Comunicación
33	TQM	Total Quality Management
34	UPC	Unidad de pago por Capitación