

MODELO INTEGRADOR DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA
INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA DE LAS NORMAS: EFQM – SUA-
NTCGP:1000



BANESSA ACOSTA SÁNCHEZ – 100072097
VERÓNICA LIZETH BUSTAMANTE – 100074396
ANA MILENA LÓPEZ ARBOLEDA – 100072295

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
ESPECIALIZACIÓN: GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTA D.C
MARZO 2021

MODELO INTEGRADOR DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA
INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA DE LAS NORMAS: EFQM – SUA-
NTCGP:1000



BANESSA ACOSTA SÁNCHEZ – 100072097
VERÓNICA LIZETH BUSTAMANTE – 100074396
ANA MILENA LÓPEZ ARBOLEDA – 100072295

DOCENTE ASESOR
MARY BARRERA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
ESPECIALIZACIÓN: GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTA D.C
MARZO 2021

TABLA DE CONTENIDO E ÍNDICES

TABLA DE CONTENIDO E ÍNDICES	3
ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS.....	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO 1: DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO.....	8
1.1 Problema de Investigación.....	8
1.2 Objetivos	10
1.2.1 Objetivo General.....	10
1.3 Justificación	11
Capítulo 2 Marco de Referencia	12
2.1 Marco Teórico	12
2.1.1 MODELOS DE GESTIÓN DE CALIDAD APLICABLES A INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD.....	12
2.1.2 GESTIÓN POR PROCESOS.....	14
2.1.3 CALIDAD TOTAL	15
2.1.3 MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA PARA LA CALIDAD (EFQM)	16
2.1.4 SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN	17
2.1.5 NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA NTCGP 1000:2009.....	20

2.2 MARCO CONCEPTUAL 21

2.3 MARCO LEGAL..... 22

CAPITULO 3 MARCO METODOLÓGICO..... 24

CAPITULO 4 ANALISIS DE RESULTADOS 25

4.1 Resultados..... 25

4.2 Discusión y Conclusiones 42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Matriz de correspondencia de Normas: Acreditación en Salud – EFQM - NTCGP 1000:2009.	26
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Estructura Modelo EFQM. Fuente: (Club Exelencia en Gestión - EFQM , 2019) 17

[Figura 2 Ejes Acreditación Nacional en Salud. Fuente:](https://www.icontec.org/eval_conformidad/acreditacion-en-salud/)

https://www.icontec.org/eval_conformidad/acreditacion-en-salud/ 19

INTRODUCCIÓN

La administración eficiente de los recursos con racionalidad económica y control de resultados mediante la evaluación del ciclo PHVA (planear, hacer, verificar, actuar) debe hacer parte de la gestión gerencial integral y de calidad de las organizaciones de salud para fortalecer la productividad mediante la disminución de la variabilidad, lo que se denomina comúnmente estandarización, esto a su vez como lo menciona Rojas Gonzales (2014) disminuye la incertidumbre y unifica las formas del saber y saber hacer de los trabajadores contribuyendo al mejoramiento continuo mediante la disminución de desperdicios de recursos como el tiempo, las personas y recursos financieros entre otros, de las organizaciones y específicamente a las del sector salud la cuales deben propender por la excelencia de la prestación de los servicios y cuyos resultados deben estar centrados en el paciente y en el cumplimiento de indicadores y de presupuesto.

En el sector salud y específicamente la atención primaria es reconocida por ser un elemento clave en los sistemas de salud (OPS, 2008), por tanto, la calidad es uno de los requisitos y referentes de las organizaciones para la satisfacción de las necesidades y solución de los problemas de salud de los pacientes. En el entorno nacional para Colombia, Perea Vásquez & Rojas Torres (2019) afirman que las instituciones de salud públicas deben aplicar reformas que garanticen efectividad y eficiencia constituyendo la calidad de los servicios y productos como una clara ventaja competitiva en el sector de la salud.

El presente trabajo de revisión teórica da como resultado un referente para que las empresas del sector público puedan de una manera armonizada y mediante un instrumento integrador conjugar los requerimientos legales de los sistemas de gestión de calidad, la atención centrada en el paciente y el mejoramiento continuo con enfoque en la excelencia e innovación; logrando resultados que contribuyan a la producción de servicios que den satisfacción a la institución, la comunidad y el País y así promover la competitividad desde la eficiencia y los servicios.

CAPITULO 1: DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

1.1 Problema de Investigación

El sector de la salud y específicamente la atención primaria es reconocida por ser un elemento clave en los sistemas de salud (OPS, 2008), por tanto la calidad es uno de los requisitos y referentes de las organizaciones para la satisfacción de las necesidades y solución de los problemas de salud de los pacientes y aunque en la atención primaria se han generado directrices gubernamentales con relación a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, aun se identifican problemas y brechas de calidad en la atención.

Por tanto, la calidad no debe verse como un acto independiente de la gestión gerencial y a su vez de la gestión pública, la cual según Perea Vásquez & Rojas Torres (2019) se basa en la administración eficiente de los recursos, con racionalidad económica y control de resultados mediante la evaluación del ciclo PHVA para afianzar la productividad económica del Estado.

Los Sistemas de Gestión de Calidad de las instituciones públicas responden a un modelo legal de las normas NTCGP 1000 y Decreto 4295 del 2007 donde se refiere que: “entidades a las cuales se les aplica la ley 872 de 2003, requiere sistemas específicos de calidad que propendan por mejor desempeño institucional o de cada sector administrativo” de igual forma en el artículo 1 establece que la empresas de salud tanto IPS como administradoras de planes de beneficios deben adoptar como norma técnica de calidad las referidas en el SOGC. Estas normas sugeridas para el sector público difieren, sus puntos en común confluyen solo en conceptos de mejora organizacional y el cumplimiento de requisitos de calidad. Modelos evaluativos como los contemplados en el Sistema Único de acreditación y el modelo EFQM son estructuras que inducen a la excelencia, por su parte la Acreditación es un proceso voluntario que implica un desarrollo al interior de la organización de una cultura de mejoramiento continuo con disminución de los riesgos asociados a la atención en salud (Osorio Rojas, 2016). De otro lado el modelo EFQM es un marco de referencia

con elementos estratégicos y diferenciadores y aspectos como la sostenibilidad medioambiental y social, inclusión y gobierno corporativo entre otros. (Club Excelencia en Gestión, 2021)

Dado lo anterior el grupo de investigación se plantea: ¿Cuál puede ser el modelo integrador para implementar un sistema de gestión de calidad de atención en salud de las normas EFQM – NTCGP 1000:2009 y SUA para instituciones públicas?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Realizar un análisis teórico documental con el fin de proponer una matriz de correspondencia integradora basada en las normas EFQM (2020) –NTCGP 1000:2009 – SUA (versión 3.1), para la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en Salud aplicable al sector público en Colombia.

1.2.1.1 *Objetivos específicos*

- Realizar un análisis documental de los modelos de gestión de calidad aplicables al sector salud y al sector público
- Describir en una base los estándares de las normas EFQM, SUA y NTCGP 1000 y sus criterios evaluativos
- Elaborar un modelo de correspondencia que permita identificar los elementos comunes y convergencia de las normas estudiadas.

1.3 Justificación

Los modelos de gestión deben propender por las disminuciones de la variabilidad y fortalecer la atención con calidad, seguridad y sostenibilidad financiera de las organizaciones de salud pública. La estandarización o normalización de los procesos disminuye la incertidumbre, así como la variabilidad en el saber y el saber hacer de los trabajadores de la salud (Rojas Gonzales, 2014). La administración hospitalaria requiere entonces de indicadores que promuevan la excelencia en la gestión estructurada desde la estrategia organizacional: misión, visión y objetivos estratégicos entre otros.

Es con base en lo anterior que el presente trabajo de investigación se justifica en la medida que contribuye al mejoramiento continuo de la calidad en instituciones públicas y de atención primaria de salud, dado que propende por la excelencia en la prestación de los servicios desde una revisión teórica de un modelo de gestión de calidad total y con un enfoque de atención centrado en el paciente así como orientado al cumplimiento de resultados y presupuestos para lograr la satisfacción de los clientes internos y externos y de entes de control. Dando como resultado un referente para que las empresas del sector público puedan de una manera armonizada y mediante un instrumento integrador conjugar los requerimientos legales de los sistemas de gestión de calidad, la atención centrada en el paciente y el mejoramiento continuo con enfoque en la excelencia e innovación; logrando resultados que contribuyan a la producción de servicios que den satisfacción a la institución, la comunidad y el País y así promover la competitividad desde la eficiencia y los servicios de valor.

Capítulo 2 Marco de Referencia

2.1 Marco Teórico

2.1.1 MODELOS DE GESTIÓN DE CALIDAD APLICABLES A INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD

Las instituciones de salud públicas y privadas son centros de procesos asistenciales donde confluyen diferentes actores profesionales y operativos para brindar y producir los bienes y servicios requeridos en el cuidado a los usuarios (pacientes). En el sector salud específicamente la atención primaria es reconocida por ser un elemento clave en los sistemas de salud (OPS, 2008), por tanto la calidad es uno de los requisitos y referentes de las organizaciones para la satisfacción de las necesidades y solución de los problemas de salud de los pacientes y aunque en la atención primaria se han generado directrices gubernamentales con relación a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, aun se identifican problemas y brechas de calidad en la atención.

La calidad no debe verse como un acto independiente de la gestión gerencial y a su vez de la gestión pública la cual según Perea Vásquez & Rojas Torres (2019) se basa en la administración eficiente de los recursos, con racionalidad económica y control de resultados mediante la evaluación del ciclo PHVA (planear, hacer, verificar, actuar) para afianzar la productividad económica del Estado. La ley 100 de 1993 apalanca la misión del sistema de salud para Colombia, sin embargo actualmente la rentabilidad financiera esta priorizada a la rentabilidad social como producto del modelo financiero del sistema donde las instituciones prestadoras deben facturar a la entidades promotoras de salud privadas o públicas los servicios prestados en cualquiera de los dos regímenes: contributivo o subsidiado donde el recaudo y flujo de caja se entorpecen por las múltiples barreras administrativas para la ejecución de los pagos por parte de los aseguradores (Perea Vásquez & Rojas Torres, 2019).

El término de nueva gerencia pública o nueva gestión pública hace referencia a un nuevo modelo de administración de los recursos del estado se enmarca en los conceptos teóricos de una perspectiva de mercado que maximiza la utilidad considerando a estos como un proveedor y al ciudadano como un cliente generando un escenario de competencia e innovación.

Este modelo gerencial implica cambios pues si bien los gerentes de instituciones de salud públicas deben propender por cumplir los planes estratégicos designados desde los entes gubernamentales centradas en la reducción de costos y flexibilidad organizativa también debe tener las competencias y el conocimiento necesario para el desarrollo de nuevos servicios. Es así como el Centro Latino Americano de Desarrollo destaca la importancia de la profesionalización de la “alta burocracia” como un principio de la reforma gerencial que promueva en los hospitales públicos la excelencia en la prestación de los servicios de salud y así mejorar el valor de la prestación del servicio asistencial con resultados costo efectivos, seguros y de aprendizaje organizacional (Perea Vásquez & Rojas Torres, 2019).

Los modelos de gestión entonces deben propender por las disminuciones de la variabilidad y fortalecer la atención con calidad, seguridad y sostenibilidad financiera de las organizaciones de salud pública, la estandarización o normalización de los procesos disminuye la incertidumbre y la variabilidad en el saber y el saber hacer de los trabajadores de la salud (Rojas Gonzales, 2014). La administración hospitalaria requiere en este contexto, de indicadores que promuevan la excelencia en la gestión estructurada desde la estrategia organizacional: misión, visión y objetivos estratégicos entre otros.

En el entorno nacional para Colombia, Perea Vásquez & Rojas Torres (2019) afirman que las instituciones de salud públicas deben aplicar reformas que garanticen efectividad y eficiencia constituyendo la calidad de los servicios y productos como una clara ventaja competitiva en el sector de la salud. Es así como el modelo de calidad de las instituciones de salud públicas se enmarcan según Llinás Delgado (2010) como

una estrategia motivacional, social y cultural aceptada para mejorar la salud de la población y una mejor calidad de vida, lo que se logra ubicando al ser humano como el centro del proceso, es decir: humanizar la salud.

En el informe del Banco Mundial e IFC (2019) se describen para Colombia las mejoras sobresalientes en términos de cobertura, sin embargo describen la calidad y la sostenibilidad como un reto del sistema de salud al referir los impactos negativos de indicadores de calidad de atención de la población especialmente en áreas rurales, hospitales públicos y regiones de bajos ingresos así como las brechas en resultados de calidad entre el sector público y privado.

Dentro de los modelos teóricos a revisar en el presente trabajo de investigación están: modelo de gestión por procesos, el modelo de calidad total y el modelo europeo de la excelencia para la calidad (EFQM), modelos del sistema único de acreditación y la norma NTCGP 1000:2009 como norma específica para aplicar un Sistema de Gestión de Calidad en el sector público.

2.1.2 GESTIÓN POR PROCESOS

La gestión por procesos o Business Process Management es una forma de gestión donde prima la visión del cliente sobre las actividades de la organización, los procesos gestionados son definidos de un modo estructurado y sobre su mejora se basa el mejoramiento de la organización (Servicio de calidad de la atención sanitaria. Sescam, 2002).

En la prestación de los servicios incluyendo el sector de la salud la evaluación del resultado sustenta el mejoramiento de procesos posteriores dado que la generación del bien y el consumo se dan en el mismo tiempo lo que obliga a planear y controlar correctamente los procesos para prevenir los errores, garantizar la calidad y promover la evaluación con base en estándares. La gestión por procesos es uno de los ejes fundamentales de la Calidad Total, analiza y mejora los flujos de trabajo dirigidos a satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes organizando en

un orden lógico la toma de decisiones, actividades y tareas de los subprocesos involucrados en los ciclos de atención del paciente.

La gestión por procesos proporciona las herramientas necesarias para llevar a cabo un diseño de procesos identificando el entorno y los recursos disponibles documentando el hacer y el modo de transferir la información entre los actores (personal de salud) disminuyendo la variabilidad en el actuar clínico y favoreciendo la eficiencia, la efectividad y la calidad de la atención. Y a través de la mejora continua interdisciplinaria evaluar la practica clínica desde el aprendizaje mutuo en la resolución de problemas (Lorenzo Martinez, 1999).

2.1.3 CALIDAD TOTAL

La calidad total es el eslabón más avanzado del concepto y de las fases de calidad. Se basa en un sistema de gestión empresarial relacionado con el enfoque de mejora continua e incluye las fases iniciales de: control de calidad como primera etapa relacionada con los controles de inspección a la producción y la segunda etapa denominada aseguramiento de la calidad donde se pretende garantizar un nivel continuo de calidad de un producto o servicio (Gonzales, 2009).

Dentro de los principios de la calidad total se encuentran la mejora continua involucrando todos los estamentos organizacionales y centrándose en la satisfacción de los clientes internos y externos. La mejora de la calidad es un proceso estructurado que permite la reducción de los defectos e incluso desperdicios desde el análisis de los problemas u oportunidades de mejora, identificación de la causa raíz y planteamiento de la solución para mantener los resultados.

La satisfacción del cliente, otro eje de la calidad total está determinada por las características de los bienes y servicios y el cumplimiento de las expectativas del cliente, por tanto es importante que la organización defina desde su naturaleza el concepto de satisfacción y así mismo los modelos de respuesta y contingencia a las insatisfacción desde modelos de lealtad y fidelización del cliente, siendo este último el

nivel más avanzado en relación a la evolución de la satisfacción del cliente a través de la historia de la gestión de los clientes.

2.1.3 MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA PARA LA CALIDAD (EFQM)

El poder disfrutar de una posición competitiva en el mercado por parte de las organizaciones se genera desde la capacidad de adaptarse a las exigencias y necesidades del entorno, el sector de la salud no es ajeno a estas condiciones y los cambios trascienden al acto médico o clínico de atención e involucran la gestión, la atención del usuario y la toma de decisiones por parte de los trabajadores de la salud para mejorar los servicios.

El modelo EFQM es un marco reconocido por la ayuda a las organizaciones a gestionar el cambio y mejorar su rendimiento. Se fundamenta en los modelos de calidad por procesos y calidad total anteriormente expuestos en el presente trabajo de investigación, es un método de autoevaluación para la mejora continua a través de la comparación de los resultados con el modelo teórico de la EFQM (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad) permitiendo identificar no solo las áreas fuertes, sino las debilidades o áreas de mejora facilitando una observación frente a la excelencia sostenida, mantener el hilo conductor del modelo evaluativo al cual conecta el propósito y estrategia de una organización y como esta se usa para la creación de valor sostenible a sus grupos de interés clave y generar resultados sobresalientes (Club Exelencia en Gestión - EFQM , 2019). La filosofía del modelo versión 2020 se estructura en 7 criterios con 23 subcriterios y dos de resultados. (ver figura 1)

De acuerdo con lo referido por Martínez (2008) la aplicación del modelo le permite a las organizaciones además de establecer un diagnóstico situacional dada la objetividad y rigurosidad del análisis de su actividad y de los resultados establecer unas líneas de mejora continua que se integran elaborando un único plan de gestión que incorpore la autoevaluación y planes de mejora derivados. Para la evaluación el modelo en su base lógica induce a que las organizaciones se centren inicialmente en la evaluación de los resultados esperados u obtenidos y con base en esta análisis

gestione los agentes apropiados para la mejora. Esta metodología se conoce como esquema lógico REDER (Martínez, 2008), el cual infiere que la organización debe determinar los Resultados que pretende conseguir con la estrategia. Identificar el Enfoque para alcanzar los resultados previstos en el presente y futuro, implementar la metodología de Despliegue de dichos enfoques y finalmente la Evaluación y Revisión de los enfoque implementados para el aprendizaje y la mejora. (Club Exelencia en Gestión - EFQM , 2019)



Figura 1: Estructura Modelo EFQM. Fuente: (Club Exelencia en Gestión - EFQM , 2019)

2.1.4 SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN

EL modelo del SOGC tiene como objetivo desarrollar y fortalecer la calidad en salud para Colombia, integrando los aspectos de evaluación e información al usuarios y mecanismos de implementación. Está compuesto por los sistemas de habilitación, acreditación, auditoria para la calidad e información al usuario.

El sistema único de acreditación es el modelo que apoya en Colombia a las entidades de salud al cumplimiento de niveles superiores de calidad en un proceso voluntario, periódico y de autoevaluación que conlleva al mejoramiento continuo (Kerguelén Botero, 2008). Este modelo evaluativo fortalece en las instituciones la optimización en la prestación de los servicios favorece la accesibilidad y continuidad en la atención la cual se gestiona centrada en paciente y su familia. Promueve el compromiso de los directivos, así como las relaciones humanas entre el equipo de salud y con los usuarios

La filosofía de la acreditación en salud, así como su implementación se contextualiza en unos ejes transversales y sistemáticos para lograr una gestión trazadora de las acciones de mejoramiento al promover un proceso de transformación cultural que se lidera y promueve desde la alta dirección con la comprensión de la Responsabilidad social como una correlación con la sociedad y los individuos.

Los ejes son: seguridad del paciente, entendida desde la estructura, proceso y métodos que buscan minimizar la aparición de eventos adversos en el proceso de atención. Humanización de la atención donde se tenga en cuenta la dignidad del ser. Gestión de la tecnología a través de un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones. Así como Enfoque y Gestión del Riesgo por medio de la accesibilidad y la equidad teniendo en cuenta el balance entre la gestión clínica y administrativa evaluando riesgos, costos y beneficios. (ICONTEC, 2021)

Los estándares de evaluación del modelo se dividen en tres grandes grupos: el primero agrupa los estándares de proceso de atención del cliente asistencial, el segundo grupo los estándares de apoyo administrativo y gerencial y el tercer grupo los estándares de mejoramiento de la calidad.

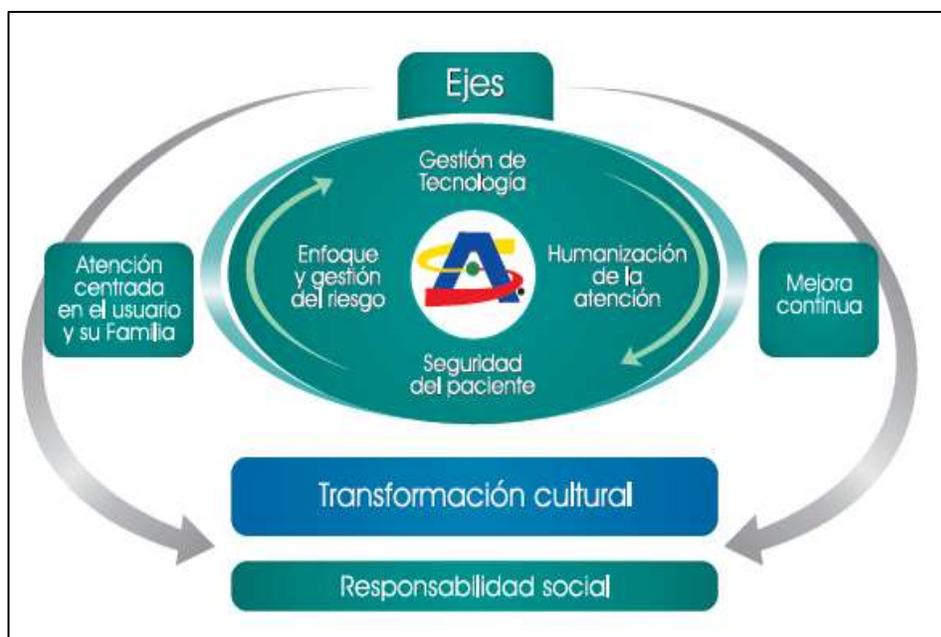


Figura 2: Ejes Acreditación Nacional en Salud. Fuente: https://www.icontec.org/eval_conformidad/acreditacion-en-salud/

La ruta crítica para lograr la acreditación en salud por parte de las instituciones de salud se divide en dos partes: la primera es la etapa de preparación; en esta, la entidad lleva a cabo el proceso de autoevaluación y compara su realidad con los estándares del modelo y desarrolla un modelo de mejoramiento continuo posterior esta etapa se da la presentación formal que involucra el cumplimiento de los requisitos documentados y visita por el ente evaluador y acreditador.

En cuanto al modelo evaluativo de los estándares del manual de Acreditación en salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia implica una evaluación interna y externa sistemática y periódica con relación al cumplimiento de los requisitos relacionados con estándares superiores de calidad frente al desempeño de los procesos siguiendo el ciclo PHVA desde los conceptos de estructura -proceso y resultado y considerarse como una herramienta de mejoramiento continuo apropiándola como un agente transformador de la cultura organizacional (Osorio Rojas, 2016). Las características del proceso evaluativo son (Minsalud, 2018):

- Evaluación orientada a resultados centrados en el paciente: la institución evidencia con hechos y datos el mejoramiento establecido en su desempeño centrándose en procesos o estructuras de alta correlación con el resultado
- Evidencia de comportamientos medibles: la metodología busca y califica el cumplimiento de los estándares mediante la evidencia de elementos medibles.
- El evaluador se concentra en el “que” y deja el “como” a las instituciones: la metodología evalúa la implementación en las instituciones de los procesos, respetando su autonomía para elegir la manera mas adecuada según sus condiciones específicas
- Seguimiento de pacientes trazadores: es la principal metodología para la búsqueda de la evidencia, a través de la cual se evalúa el ciclo de atención de un usuario en los servicios de salud y el desempeño organizacional.

2.1.5 NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA NTCGP

1000:2009

Esta norma permite a las instituciones del sector público la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad con el propósito de promover la mejora y el desempeño de los servicios y/o productos ofrecidos, como tal es una herramienta de gestión que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional desde la capacidad de proporcionar satisfacción a las necesidades de los ciudadanos y hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y se integra a los requisitos y conceptos de ISO.

La norma NTCGP1000, promueve un enfoque de procesos favoreciendo el control individual de los procesos, pero haciendo parte del universo organizacional, permitiendo entender el funcionamiento organizacional como un engranaje que promueve la mejora continua. De este modo se gestiona bajos los principios del Sistema de Gestión de Calidad, que son: enfoque al cliente; Liderazgo, participación activa de los servidores públicos, enfoque basado en procesos, hechos y datos mejora continua, cooperación, articulación y transparencia (ICONTEC, 2009).

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Calidad asistencial: Avedis Donabedian: " aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" (Rojas Gonzales, 2014)

Calidad Total: sistema de gestión empresarial con enfoque de mejora continua e involucra a todos los estamentos de la organización. (Gonzales, 2009)

Gestión por procesos: forma de la organización donde prima la visión del cliente los procesos gestionados son definidos y gestionados de un modo estructurado y sobre su mejora se basa el mejoramiento de la organización. (Servicio de calidad de la atención sanitaria. Sescam, 2002)

Modelo Europeo de excelencia: modelo evaluativo de la gestión de la calidad total incluido en 9 criterios los cuales están divididos en dos grupos: el primer grupo está relacionado con la forma, el cómo se consiguen los resultados y el segundo grupo contempla los resultados obtenidos de la organización. (Gonzales, 2009)

2.3 MARCO LEGAL

Decreto 780 del 2016

Decreto único del reglamentario del sector salud y protección social.

Decreto 1011 del 2006

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país. El SOGCS está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

Resolución 3100 de 2019

"Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud".

Decreto 903 de 2014

"Por el cual se dictan las disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud"

Resolución 256 del 2016 Sistema de Información para la Calidad

Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ley 1438 del 19 de enero de 2011

Determina criterios adicionales para la elección y evaluación de los gerentes o directores de hospitales. Y establece que la junta deberá aprobar un plan de gestión

con metas y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios con base en la metodología definida por el Ministerio.

CAPITULO 3 MARCO METODOLÓGICO

El presente trabajo de investigación es de tipo cualitativo y se llevó a cabo a través de una metodología de investigación documental descriptiva, para lo cual se utilizaron bases de datos como Pubmed, Redalyc, Scielo; entre otras, utilizando palabras claves de acuerdo con el objeto de la investigación. La población está dada en los modelos de gestión de calidad que se aplican específicamente en el sector público en Colombia, donde la muestra fue universal; y se construyeron las variables desde documentos existentes. El plan de análisis de datos relaciona estas variables con la posibilidad e identificar las correspondencias con mejores resultados a través de la codificación de las unidades de análisis (estándares). Para finalmente contrastar los modelos teóricos de gestión de calidad y la aplicabilidad al sistema de salud público en atención primaria.

Consideraciones Éticas: según el Artículo 11 de la Res. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud colombiano, la clasificación del presente trabajo de investigación se considera: Investigación Sin Riesgo.

CAPITULO 4 ANALISIS DE RESULTADOS

4.1 Resultados

La propuesta del presente trabajo de investigación fundamentado en la integración de las normas anteriormente expuestas pretende brindar a las organizaciones un método práctico de aprendizaje y autoevaluación de los criterios y especificaciones de los procesos institucionales para la satisfacción del paciente y de sus grupos de interés, en pro de la excelencia operacional y el costo beneficio al ahorrar esfuerzos e incentivar la mejora continua.

Al integrar los modelos de gestión permite ver la organización como un sistema de interacción para la consecución de resultados acordes a la estrategia, responder a la competitividad mediante la creación de valor y favorecer la sostenibilidad. La matriz propuesta de correspondencia tiene como base los estándares de Acreditación en Salud, integrándolos a los modelos de EFQM y Norma NTCGP 1000:2009 y asociando los elementos comunes. Comprendiendo que estas dos últimas son metodologías orientadoras a todo tipo de organizaciones donde la EFQM por ejemplo fomenta la creación de valor sostenible para sus grupos de interés desde la correlación con el propósito y estrategia de la organización generando resultados sobresalientes y por su lado la NTCGP1000 obedece a un enfoque de procesos que promueve el control permanente para la calidad y el desempeño del producto y/o servicio ofrecido a la sociedad.

De otro lado los estándares de Acreditación en Salud es un modelo evaluativo específico para el sector de la salud al cumplir criterios de proceso y de resultados del ciclo de atención del paciente en la institución validándose criterios científicos, administrativos y gerenciales, así como el enfoque centrado en el paciente y su familia.

Tabla 1: Matriz de correspondencia de Normas: Acreditación en Salud – EFQM - NTCGP 1000:2009.

Resolución 5095 del 2018 Manual de Acreditación en Salud Ambulatoria y Hospitalizado de Colombia Versión 3.1		Modelo EFQM Versión 2019 Europea Foundation For Quality Managment	NTCGP 1000:2009	
1	Objeto y Campo de aplicación		2	Objeto Aplicación
2	Requisitos y puerta de entrada			
3	Glosario		3	Términos y definiciones
4	Explicación de la estructura del manual y orden de estándares		1	Generalidades
5	Modelo evaluativo			
6	Actualización de los estándares			
7	Periodo de transición			

8.1	<p>Grupo de Estándares del Proceso de Atención Cliente Asistencial (75 criterios de evaluación)</p> <p>La entidad debe asegurar a partir de un enfoque de humanización la declaración de derechos y deberes de los pacientes integrada al direccionamiento estratégico, seguridad del paciente, ciclos de atención diseñados para el acceso, registro e ingreso y evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la</p>	3.1	<p>Clientes: Construir relaciones sostenibles</p>	7.2	<p>La entidad debe determinar y revisar los requisitos relacionados con el producto y/o servicio</p>
				7.3	<p>La entidad debe planificar y controlar el diseño y desarrollos del producto y/o servicio</p>
				7.5	<p>La entidad debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas.</p>

	<p>atención, salida y seguimiento; así como contrarreferencia.</p> <p>este grupo también incluye estándares de evaluación para sedes integradas en red</p>				
8.2	<p>Grupo de Estándares de Direccionamiento (12 Criterios de evaluación)</p> <p>En este grupo se incluyen aspectos como:</p> <p>Que la Organización esté alineada con el direccionamiento estratégico, para el logro de resultados institucionales esperados, en un enfoque de gestión centrado en el cliente y de</p>	1.1	Definir el propósito y la visión		
		1.2	Identificar y entender las necesidades del grupo de interés	7.1	La entidad debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto y/o servicio y debe ser coherente con los requisitos de otros procesos del Sistema de Gestión de Calidad
		1.3	Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los		

	<p>mejoramiento continuo de calidad, Cuenta con procesos para:</p> <p>Lectura del entorno</p> <p>Formulación y revisión periódica del direccionamiento estratégico</p> <p>Comunicación, difusión y orientación al personal</p> <p>Seguimiento y Evaluación del direccionamiento</p> <p>Evaluación integral de la gestión en salud.</p>		principales retos		
		1.4	Desarrollar la estrategia		
		1.5	Diseñar e implantar un sistema de gestión de gobierno	5.1	La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de Calidad, así como con la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad
		4.1	Diseñar el valor y cómo se crea	5.2	Debe asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente

		4.2	Comunicar y vender la propuesta de valor	5.3	La alta dirección debe asegurarse de que la política de calidad es: adecuada al objeto, coherente con el plan de desarrollo, incluye un compromiso de cumplir con los requisitos de los clientes, mejoramiento continuo del SGC, y contribuir a los logros del de los fines esenciales del estado. entre otros
		4.3	Elaborar y entregar la propuesta de valor	5.5	La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la entidad

		4.4	Diseñar e implantar la experiencia global	5.4	La alta dirección debe asegurar que los objetivos de calidad necesarios para cumplir los requisitos del producto y/o servicio se establece en la funciones y niveles pertinentes dentro de la entidad
		7	Resultados ligados al rendimiento de la organización: capacidad de alcanzar su propósito, ejecución de la estrategia y crear valor sostenible, así como su preparación para afrontar el futuro		
8.3	Grupo de Estándares de Gerencia	2.1	Dirigir la cultura de la organización y reforzar valores		

<p>(incluye 14 criterios de evaluación)</p> <p>Algunos de los aspectos que se esperan al cumplir con este grupo es:</p> <p>Que los procesos organizacionales lleven a la operación los lineamientos estratégicos orientados al logro de los resultados institucionales esperados, con el enfoque de gestión centrada en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad.</p>	2.2	Crear las condiciones para hacer realidad el cambio		
	2.3	Estimular la creatividad y la innovación		
	2.4	Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia	5.6	La alta dirección debe revisar el SGC a intervalos planificados. Por lo menos una vez al año e incluir las oportunidades de mejora
	3.3	Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo		
	3.4	Sociedad: Contribuir a su desarrollo, bienestar y prosperidad		

		3.5	Partners y proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible		
		5.5	Gestionar los activos y recursos	6.1	La entidad debe determinar y proporcionar los recursos necesarios.
				7.4	La entidad debe asegurarse de que el producto y/o servicio adquirido cumple los requisitos especificados en los pliegos de condiciones o en las disposiciones aplicables
8.4	Grupo de Estándares de Gerencia del Talento Humano (incluye 16 criterios de	3.2	Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento	6.2	Los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas y que

	<p>evaluación) entre los que evalúa que el talento humano mejore sus competencias y desempeño en relación con las metas y objetivos institucionales, particularmente en la atención de usuarios.</p>				<p>realicen trabajos que afecten la conformidad de los requisitos del producto y/o servicio deben ser competentes</p>
		5.2	Transformar la organización para el futuro		
8.5	<p>Grupo de Estándares de Gerencia del Ambiente Físico (incluye 10 criterios de evaluación) Los procesos institucionales y en particular los de atención del paciente, cuenten con los recursos físicos, tecnológicos y de infraestructura y con las</p>	5.1	Gestionar el funcionamiento y el riesgo	6.3	<p>La entidad debe determinar, proporcionar, y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio</p>
				6.4	<p>Garantizar que durante la realización del producto o la prestación del servicio se controlan</p>

	<p>características técnicas que respondan a las necesidades. En especial que garanticen la protección de un ambiente humanizado a los usuarios y colaboradores</p>				<p>las condiciones que pueden tener influencia significativa sobre la conformidad del producto y/o servicio.</p>
8.6	<p>Grupo de Estándares de Gestión de Tecnología (incluye 9 criterios de evaluación)</p> <p>Los procesos institucionales y en particular los de atención del paciente, cuenten con el respaldo de una gestión tecnológica, orientada a la eficiencia, la</p>	5.3	<p>Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología</p>	7.6	<p>La entidad debe determinar el seguimiento y medición por realizar, y los equipos de seguimiento y medición necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto y/o servicio con los requisitos determinados.</p>

	<p>efectividad y la seguridad, en un marco de aplicación sensible a las necesidades de los usuarios y colaboradores.</p>				
8.7	<p>Grupo de Estándares de Gerencia de la Información (incluye 13 criterios de evaluación) se tiene en cuenta en este grupo de estándares aspectos como que los procesos institucionales cuenten con la información necesaria para la toma de decisiones basada en hechos y datos.</p> <p>La implementación de estrategias y</p>	5.4	<p>Aprovechar los datos, la información y el conocimiento</p>	8.4	<p>La entidad debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del SGC y evaluar donde puede hacerse la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad.</p>

	<p>mecanismos para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información, sistemas de mejoramiento de la gerencia de la información, políticas y estrategias para el uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información.</p> <p>Que la información a que se refiere esta sección incluya todos los procesos organizacionales , las necesidades del usuario, su familia y la comunidad</p>				
8.8	<p>Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad (incluye 4 criterios de</p>	6	<p>Resultados basados en el feedback de los grupos de interés clave obtenido tras</p>	4.1	<p>La entidad debe establecer, documentar, implementar y mantener un</p>

	<p>evaluación)</p> <p>Con este grupo de estándares se espera que la institución tenga entre otros aspectos.</p> <p>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 los procesos</p> <p>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</p>		<p>su experiencia personal con la organización, es decir sus percepciones.</p>		<p>Sistema de Gestión de Calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad</p>
				4.2	<p>La documentación incluye: Política de calidad, manual de calidad, procedimientos documentados y registros, entre otros, requeridos por la entidad para el cumplimiento de sus funciones</p>
				8.1	<p>Generalidades: La entidad debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad con los requisitos del</p>

	<p>eficientes que los procesos de mejora de calidad sean sostenibles en el tiempo.</p>				<p>producto y/o servicio, asegurarse de la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad y mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad</p>
				8.2	Seguimiento y Medición
				8.3	<p>La entidad debe asegurarse de que el producto y/o servicio que no sea conforme con los requisitos establecidos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencionados. Se debe establecer un procedimiento documentados para definir los controles y</p>

					las responsabilidades y autoridades relacionadas para tratar el producto y/o servicio no conforme.
				8.4	La entidad debe mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de Gestión de Calidad
9	Contexto Normativo				
10	Índice de Estándares				

La matriz de correspondencia propuesta como resultado del trabajo de investigación se genera con el ánimo de orientar a las instituciones de salud públicas a integrar un modelo de excelencia para la atención en salud, es importante considerar los requisitos normativos y legales, así como la identificación de los procesos organizacionales y los requisitos de servicios, es decir las salidas y el valor que como organización se ha de implementar y destacar.

De otro lado es importante destacar como los estándares asistenciales de acreditación están diseñados en el marco lógico del ciclo de atención del paciente con tal detalle que optimizan su comprensión, así como la separabilidad de los estándares

no clínicos, sin embargo al análisis por ejes, los cuales son la filosofía del modelos se logra evidenciar la trazabilidad y sistematicidad, enfoque que encaja el modelo EFQM, el cual presenta la gestión organizacional de manera transversal y a evaluar desde los resultados esperados y obtenidos.

Se logra entonces evidenciar un enfoque sistémico de los modelos revisados que propenden por el despliegue y aprendizaje organizacional.

4.2 Discusión y Conclusiones

La variación y repetitividad de los procesos hospitalarios son características intrínsecas del sector, y los indicadores o modelos de evaluación se destinan a apoyar esta gestión y análisis para la toma de decisiones con base en los diferentes atributos de calidad de atención como, por ejemplo: eficiencia, eficacia, efectividad, accesibilidad, oportunidad, capacidad, atención centrada en el paciente entre otros.

El trabajo de investigación bajo la metodología de revisión teórica permite establecer la compatibilidad de las normas además de la sinergia para la excelencia en la prestación de los servicios de salud, lo que permite contribuir al desempeño organizacional de las instituciones de salud en términos de calidad y atributos inherentes que promuevan una atención costo-efectiva y minimizar la ocurrencia de eventos adversos asociados y prevenibles.

Las evaluaciones recurrentes y estructuradas del desempeño organizacional son relevantes en la productividad y competitividad de las empresas, así como el poder identificar las variaciones entre lo planeado y lo ejecutado desde las mediciones y el mejoramiento son importantes para entender la naturaleza de la función de los controles y las brechas mismas. Y el control mismo de la gestión no puede existir sin la planeación estratégica, este es el marco referencial de la organización donde se genera la propuesta de valor y razón de ser. Desde allí se permite visualizar los resultados deseados y desde la planeación y el control se establece el “como” y los recursos necesarios para la satisfacción del usuario con productos y/o servicios de Calidad.

La capacidad entonces de alcanzar las metas de los objetivos estratégicos depende de la capacidad de crecimiento y aprendizaje de la organización, su capacidad de transformarse desde su cultura, es decir desde la manera de como hacen las cosas e identifican prioridades que coincidan con la estrategia; para esto es imperante que las organizaciones hagan explícitos los principios y valores y que sean

consecuentes. El compromiso de la alta dirección debe ser evidente al momento de gestionar los procesos de calidad y mejoramiento continuo.

Sin embargo, el sistema debe ser inductor de estas búsquedas de excelencia por el servicio y la calidad de la atención con estrategias enfocadas por ejemplo a los modelos de contratación entre las administradoras de planes de beneficios y las instituciones prestadoras de servicios de salud. Con la promoción por parte del sistema y un comportamiento “inductor” se puede además favorecer el incremento de entidades acreditadas en salud tanto en el sector público como privado puesto que al momento de llevar a cabo el presente trabajo en Colombia se reportan 51 instituciones acreditadas por el ICONTEC, de las cuales el 25% son públicas, el 73% privadas y el 2% de naturaleza mixta.

Finalmente se puede concluir que los modelos únicos o en conjunto deben estar alienados con la naturaleza organizacional y sus objetivos y su evaluación debe ser con una metodología sistémica para así lograr potenciar la excelencia en los servicios de salud.

Es posible la correspondencia de un modelo evaluativo para las instituciones de salud del sector público, que contemple un enfoque de excelencia empresarial teniendo en cuenta las especificaciones asistenciales relacionadas con a la atención centrada en el paciente y usuario con lo refiere el modelo de acreditación en salud. Se puede dar un método de autoevaluación recurrente mediante una herramienta integral de la gestión clínica y administrativa.

Bibliografía

Banco Mundial e IFC. (2019). *Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia*. Washington DC: The World Bank.

Club Excelencia en Gestión. (01 de 03 de 2021). <https://clubexcelencia.org>. Obtenido de https://clubexcelencia.org/system/files/migrated/knowledge/documents/files/nuevo_modelo_efqm_2020_faqs_v5.pdf

Club Excelencia en Gestión - EFQM . (2019). *Modelo EFQM*. Madrid: EFQM.

Gonzales, C. (2009). *Conceptos generales de calidad total*. Santa Fe, Argentina: El cid.

ICONTEC. (2009). *Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009*. Bogotá D.C.: ICONTEC.

ICONTEC. (15 de 02 de 2021). *ICONTEC*. Obtenido de https://www.icontec.org/eval_conformidad/acreditacion-en-salud/

Kerguelén Botero, C. A. (2008). *Calidad en salud en Colombia, los principios*. Bogotá: PARS.

Llinás Delgado , A. E. (2010). *Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso*

- para la Reforma del Sistema . *Salud Uninorte* , 26(1), 143-154.
- Lorenzo Martinez, S. (1999). ¿Gestión de procesos en asistencia sanitaria? *Revista de calidad asistencial*, 14(4), 243-244.
- Maderuelo Fernández, J. A. (2002). Gestión de la calidad total: El modelo EFQM de excelencia. *Medifam*, 12(10), 41-54.
- Martínez, B. (2008). Hablemos de Calidad. ¿ Que es el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management)? *An Pediatr Contin*, 313-318.
- Minsalud. (2018). *Manual de Acreditación en salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia- Versión 3.1*. Bogotá DC.
- OPS. (2008). “*Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*”. Washington, D.C.: OPS.
- Osorio Rojas, G. I. (2016). *Acreditación en 1-2-3*. Bogotá D.C.: Organización para la Excelencia de la Salud - OES.
- Perea Vásquez, L. E., & Rojas Torres, I. L. (2019). Modelos de gestión en instituciones hospitalarias. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 18(36).
- Rojas Gonzales, A. A. (2014). Modelos de gestión por procesos integrados en salud. *Ene*, 8(3).
- Servicio de calidad de la atención sanitaria. Sescam. (2002). *La gestión por procesos*. Toledo: Sescam.