

MODELO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
INTEGRADOR DE LAS NORMAS: NTCGP 1000, SISTEMA OBLIGATORIO DE
GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD E IWA 1

INGRID CRUZADO HERRERA
GERMÁN DARIO MORENO RODRÍGUEZ

ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS – EAN
FACULTAD DE ESTUDIOS EN AMBIENTES VIRTUALES
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE PROCESOS DE CALIDAD E INNOVACIÓN
BOGOTÁ D.C.

2012

MODELO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
INTEGRADOR DE LAS NORMAS: NTCGP 1000, SISTEMA OBLIGATORIO DE
GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD E IWA 1

INGRID CRUZADO HERRERA
GERMÀN DARIO MORENO RODRÍGUEZ

Monografía para optar al título de Especialista en Gerencia de Procesos de
Calidad e Innovación

Director
Ing. SANTIAGO GAMEZ VILLALBA
MSc Calidad y Gestión Integral

ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS – EAN
FACULTAD DE ESTUDIOS EN AMBIENTES VIRTUALES
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE PROCESOS DE CALIDAD E INNOVACIÓN
BOGOTÁ D.C.
2012

Nota de aceptación

Firma del Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Bogotá D.C. 01 / 06 /2012

A Mis hijos Valeria y Héctor Jesús por su comprensión y cariño.

A mi esposa Angie y mis padres por su inmenso amor y apoyo.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Profesor Santiago por su dedicación, amistad y orientación, Ingeniero Jorge Martelo por su disposición y apoyo, Universidad EAN por brindarnos los recursos y las instalaciones para realizar la investigación.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	19
1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	20
2. JUSTIFICACIÓN	23
3. OBJETIVOS	25
3.1 OBJETIVO GENERAL	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
4. MARCO TEÓRICO	26
4.1 CONCEPTO DE CALIDAD	26
4.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD EN SALUD	28
4.3 LA CALIDAD Y LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	31
4.3.1 Situación de los programas de calidad en América Latina y el Caribe	32
4.3.2 Tendencias regionales en los programas de garantía de calidad en los servicios de atención	33
4.4. FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA ANTES Y DESPUÉS DE LA LEY 100	36
4.5 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN COLOMBIA	37
4.6 MODELO DE GESTIÓN PÚBLICA	38
4.7 MODELO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.	39
4.8 ENFOQUE BASADO EN PROCESOS	41
4.9 MODELO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN BASADO EN PROCESOS	43
4.10 MODELO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN BASADO EN IWA 1	45
4.11 MODELO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN BASADO EN NTCGP 1000	45
5. MARCO CONCEPTUAL	46
5.1 MARCO LEGAL	46
5.1.1 Decreto 2174 de 1996	46

5.1.2 Decreto 2309 de 2002	46
5.1.3 Ley 872 de 2003	46
5.1.4 Decreto 4110 de 2004	47
5.1.5 Decreto 1011 de 2006	47
5.1.6 Decreto 4295 de 2007	48
5.2 NORMATIVIDAD ASOCIADA CON LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD CON BASE EN LA NTC GP 1000:2009.	48
6. DISEÑO METODOLÓGICO	54
6.1. PROPUESTA DE UN MODELO INTREGRADO DE GESTION MEDIANTE LAS NORMAS NTCGP 1000:2009, SOGC, IWA 1:2005.	54
6.1.1 Modelo De Gestión Integrado	54
6.1.2 Correspondencia Entre Las Normas NTCGP 1000:2009, SOGC, IWA 1:2005	55
6.1.2.1 IWA 1:2005	55
6.1.2.2 NTCGP 1000:2009	56
6.1.2.3 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud	58
6.2 CREACIÓN DE UN MODELO DE CALIDAD PARA LA GESTIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD MEDIANTE LA INTEGRACIÓN DE LAS NORMAS NTC GP 1000: 2005, IWA 1: 2005 Y SOGC	74
6.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	88
7. RESULTADOS	91
8. CONCLUSIONES	92
9. RECOMENDACIONES	94
BIBLIOGRAFÍA	96
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1 Normatividad asociada a la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad con base en la NTC GP 1000:2009	48
Tabla 2 Correspondencia entre las normas NTCGP 1000:2009, SOGC, IWA 1:2005	59
Tabla 3 Modelo de calidad integrado por las normas NTCGP 1000:2009, SOGC, IWA 1:2005	75
Tabla 4 Identificación de requisitos del modelo integrado por las normas NTC GP 1000: 2005, IWA 1: 2005 y SOGC, aplicando los procesos en una empresa del sector salud público	81
Tabla 5 Cronograma de actividades	89

LISTA DE ANEXOS

Anexo A: PROPUESTA MODELO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD INTEGRANDO LAS NORMAS: NTCGP 1000, SOGCS E IWA 1

GLOSARIO

Los términos y definiciones citados en este documento son los dados en las normas IWA 1: 2005, NTC GP 1000: 2005 y SOGC.

Acción correctiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.

Acción preventiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable. **(NTC GP 1000: 2005)**

Actividad: Agrupación de Tareas que hace parte de un Proceso. **(SOGC)**

Adecuación: Suficiencia de las acciones para cumplir los requisitos.

Administración del riesgo: Definición de estrategias que a partir de los recursos (físicos, humanos y financieros) busca, en el corto plazo minimizar las pérdidas ocasionadas por la ocurrencia de dichos riesgos y, en el largo plazo, cumplir con la misión y visión asignada. **(SOGC)**

Adquisición de bienes y servicios: Cualquier modalidad de contratación, convenio, concesión o provisión de bienes y/o servicios inherentes al cumplimiento de la función de la entidad.

Alta dirección: Persona o grupo de personas del máximo nivel jerárquico que dirigen y controlan la entidad.

Ambiente de trabajo: Conjunto de condiciones bajo los cuales se realiza el trabajo.

Auditoría interna: Proceso sistemático independiente y documentado para obtener evidencias que al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la objetividad del sistema integrado de gestión de calidad con los requisitos establecidos y que se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva. **(NTC GP 1000: 2005)**

Autocontrol: Actitud del funcionario público para asumir el control de sus funciones. Capacidad de controlarse uno mismo.

Autogestión: Capacidad institucional para coordinar las acciones que le permiten cumplir con el Mandato Constitucional y con las competencias y normas que la rigen.

Autorregulación: Capacidad institucional para reglamentar, con base en la Constitución y las leyes, los asuntos propios de su función y definir aquellas normas, políticas y procedimientos que permitan la coordinación efectiva y transparente de sus acciones. **(SOGC)**

Autoridad: Poder con que se cuenta o se ha recibido por delegación

Calidad: Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.¹

Calibración: Conjunto de operaciones que establecen, bajo condiciones específicas la relación entre los valores de las magnitudes que indique el instrumento de medición o un sistema de medición o valores representados por una medida materializada o por un material de referencia y los valores correspondientes determinados por medio de patrones.²

Capacidad de una entidad: Aptitud de una entidad, sistema o proceso para realizar un producto o prestar un servicio que cumple con los requisitos para ese producto o servicio.

Cliente: Organización, entidad o persona que recibe un producto y/o servicio.³

¹ **NOTA 1.** El término calidad puede utilizarse acompañado de adjetivos tales como: pobre, buena, excelente.

NOTA 2. "Inherente", en contraposición a "asignado", significa que existe en algo especialmente, como una característica permanente.

² **NOTA 1:** El resultado de una calibración permite bien sea asignar a las indicaciones los valores de las magnitudes por medir o determinar las correcciones con respecto a las indicaciones.

NOTA 2: La calibración también puede determinar otras propiedades metrológicas, tales como el efecto de las magnitudes de influencia

NOTA 3: el resultado de una calibración se puede registrar en un documento que a veces se llama certificado de calibración o informe de calibración.

³ **NOTA 1:** El término "cliente" incluye los términos más específicos "paciente" como un individuo bajo tratamiento médico, y "cliente" como un individuo (s) que emplea a un profesional.

NOTA 2: Para los efectos del presente documento, "paciente / cliente" es un cliente clave de la servicios de salud.

NOTA 3: El cliente puede ser interno o externo a la organización. Esto podría incluir; al paciente -cliente, paciente – clientes- familia, paciente - clientes- médico o clínico, la salud de los trabajadores de servicios, comunidad, empresa, pagador. Por ejemplo; la compañía de seguros, administrador de terceros, o miembros de un logrado cuidado de la organización. El "cliente" y "proveedor", se definen en el contexto de una transacción. Por ejemplo; un cliente puede convertirse en un proveedor si existen cambios en la transacción.

Competencia: Aptitud demostrada para aplicar conocimientos y habilidades.

Concesión: Autorización para utilizar o liberar un producto y/o servicio que no es conforme con los requisitos especificados.

Confirmación metrológica: Conjunto de operaciones necesarias para asegurar que el equipo de medición cumple con los requisitos para el uso previsto.

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

Control de la calidad: Parte de la gestión de la calidad orientada a la verificación y al cumplimiento de los requisitos de la calidad. **(NTC GP 1000: 2005)**

Control Interno: Se entiende por Control Interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos (artículo 1o Ley 87 de 1993). **(SOGCS)**

Corrección: Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

Descarga: El Paciente – cliente, sale de la planta después de la terminación de la asistencia actual.⁴

Diseño y desarrollo: Conjunto de procesos que transforma los requisitos de una política, proyecto, programa o cliente en características especificadas.

Documento: información y su medio de soporte. **(NTC GP 1000: 2005)**

Diagnóstico por imágenes, resultados de laboratorio medicamentos, prescripciones, resúmenes de la descarga: Incluido en el programa de hogar y la recomendación para su seguimiento. Es posible que también incluyan materiales educativos para los pacientes-clientes, formularios, documentos necesarios requeridos por la ley para la admisión del paciente-cliente una voluntad anticipada o auto descarga en contra del consejo médico. **(IWA 1: 2005)**

⁴ NOTA: Esto no impide las recomendaciones para un mayor nivel de atención y seguimiento hasta en la misma organización y/o de otra organización de referencia y/o de transferencia.

Efectividad: Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.

Eficacia: Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

Eficiencia: Relación entre los resultados alcanzados y los recursos utilizados.

Enfoque basado en procesos: Gestión sistemática de la interacción e interrelación entre los procesos empleados por las entidades para lograr un resultado deseado. **(NTC GP 1000: 2005)**

Eventos adversos: Cualquier acontecimiento que no es compatible con el funcionamiento deseado, normal o habitual de la organización. Normalmente, estos se documentan y se requiere la realización de un informe del incidente. Tan grave la no conformidad puede también ser conocido como un "centinela" del evento y requiere una acción correctiva inmediata. **(IWA 1: 2005)**

Gestión: Actividades coordinadas para planificar, controlar, asegurar y mejorar una entidad.

Gestión documental: Conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo, organización de la documentación producida y recibida por las entidades desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.

Habilidad: Capacidad para aplicar apropiadamente atributos o comportamientos personales para desempeñar una actividad. **(NTC GP 1000: 2005)**

Historiales médicos: Los archivos que contienen información de salud que guardan relación con un individuo en particular o un grupo. Por lo general incluye la siguiente documentación, según corresponda: Evaluación inicial- evaluación final, acuerdos de consentimiento, plan de atención y notas. **(IWA 1: 2005)**

Infraestructura: Sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de la entidad.

Manual de la calidad: Documento que describe y especifica el sistema de gestión de la calidad de una entidad.

Mejora continua: Acción permanente realizada, con el fin de aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos y optimizar el desempeño.

No conformidad: Incumplimiento de requisitos.

Objetivos de la calidad: Algo ambicionado o pretendido, relacionado con la calidad.⁵

Parte interesada: Organización, persona o grupo que tiene un interés en el desempeño o éxito de una entidad.

Planificación de la calidad: Parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad, a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados, para cumplir los objetivos de la calidad. **(NTC GP 1000: 2005)**

Plan de atención: Documentación de la evaluación, diagnóstico, tratamiento, control y re-evaluación del paciente- cliente; incluyendo los medicamentos, procedimientos de tratamiento, pruebas diagnósticas-evaluaciones, y los servicios auxiliares previstos en el contexto de paciente-cliente **(IWA 1: 2005)**

Política de calidad de una entidad: Intención(es) global (es) y orientación(es) relativa(s) tal y como se expresan formalmente por la alta dirección de una entidad.

Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o proceso.

Producto y/o servicio: Resultado de un proceso o conjunto de procesos⁶

Proveedor: Organización de personas que proporciona un producto y/o servicio.⁷

Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o presenta evidencia de actividades ejecutadas.

⁵ **NOTA 1:** Los objetivos de la calidad se basan en la política de la calidad definida por la entidad.

NOTA 2: Los objetivos de la calidad se especifican, generalmente para los niveles y funciones pertinentes de la entidad.

⁶ **NOTA:** En este modelo el termino producto y /o servicio se aplica únicamente a:

- a) Al producto y/o servicio solicitado por un cliente o destinado a él.
- b) Cualquier resultado previsto de los procesos de realización del producto o prestación del servicio.

⁷ **NOTA1:** Un proveedor puede ser interno o externo de la entidad.

NOTA 2: En una situación contractual, un proveedor puede denominarse contratista.

Requisitos: Necesidad o expectativa establecida, generalmente explícita u obligatoria.

Responsabilidad: Derecho natural u otorgado a un individuo en función de su competencia para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho.

Revisión: Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión para alcanzar unos objetivos establecidos.

Riesgo: Toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda afectar el desarrollo normal de las funciones de la entidad y el logro de los objetivos.

Satisfacción del cliente: Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.

Sistema: Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan a fin de lograr un propósito.

Sistema de gestión de la calidad para entidades: Herramienta de Gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de servicios a cargo de las entidades. **(NTC GP 1000: 2005)**

Sistema de Medición: Equipos de la colección de las operaciones, procedimientos, dispositivos y otros, el software y personal se utiliza para asignar un valor a la característica que se mide.⁸

Métrico: medida específica (s) elegido para determinar o cuantificar un efecto (s).⁹

Prueba de error: Uso de las características del proceso o diseño para evitar la aceptación o el procesamiento de los productos no conformes.

Servicios de Salud: Toda la atención, el servicio la formación, la investigación y otros productos prestados a evaluar, diagnosticar, tratar y dar seguimiento a las condiciones de salud, prevenir enfermedades, así como mantener y mejorar la salud.

⁸ **NOTA:** Esto incluye el proceso completo para obtener mediciones.

⁹ **NOTA:** Todos los pacientes - clientes son "clientes", pero no necesariamente todos "Los pacientes - clientes." son clientes El paciente –cliente, es identificado positivamente por un problema de salud número de registro u otros medios.

Servicios de apoyo: Todas las actividades que apoyan la actividad principal de la organización. En una organización que proporciona atención directa, servicios de apoyo incluyen; la facturación, la codificación, la admisión y limpieza.

Transacción de servicios de salud: Cualquier transacción entre las partes interesadas los servicios de salud, tales como la recogida, entrega y documentación de la historia de los servicios de salud o el dar y recibir la atención o servicio.

Organización de servicios de salud: Cualquier organización que ha impartido, administración o gestión de los servicios de salud.

Profesional de la salud: Personal de la provisión directa de servicios de salud como un médico o clínico, el médico de asistente, enfermera, paramédico, terapeutas, psiquiatra, trabajador social, psicólogo, farmacéutico y otros que son calificados por una asociación profesional o autoridad; cualquiera o todos de los cuales también pueden ser un entrenador y / o maestro de los servicios de salud.¹⁰

Técnico: Personal para ayudar en los exámenes de diagnóstico y procedimientos, así como el trabajo en supervisadas funciones de apoyo médico y quirúrgico.

Valor agregado de actividad: Actividad para la cual un cliente estaría dispuesto a pagar, si se les da la opción. Eficaz y actividades de eficiencia que contribuyan a la mejora continua, prevención de errores y gestión de la organización. **(IWA 1: 2005)**

Validación: Confirmación mediante el suministro de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista.

Verificación: Confirmación mediante la adopción de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

Verificación Metrológica: Comparación directa entre las características metrológicas del equipo de medición y los requisitos metrológicos del cliente. **(NTC GP 1000: 2005)**

¹⁰ **NOTA:** Por lo general el profesional de salud son autorizados, certificados, con credenciales o con el privilegio de la práctica de la organización. Personal empleados, contratistas, médicos y quienes proporcionan los productos y servicios de la organización a una parte interesada.

RESUMEN

Este trabajo brinda los aspectos más importantes de las normas IWA 1, SOGCS y la conocida NTCGP1000, orientando su aplicación a una entidad prestadora de servicios de salud. Parte de una aproximación histórica de las gestiones de salud en América Latina y en Colombia; seguido de un recuento histórico de las leyes que rigen a las entidades que prestan servicios de salud en nuestro país, como la reconocida Ley 100.

Este modelo de gestión integrada, es aplicable a los procesos de cualquier organización y en consecuencia, los principios de gestión de calidad en los que se fundamentan se pueden implementar en toda la organización para conseguir el mejoramiento continuo de estas y lograr así clientes satisfechos

Asimismo, se enmarcan los conceptos de calidad y gestión por procesos, lo anterior con el fin de observar cada una de las normas de calidad para integrarlas y así poder proponer un modelo que solucione los vacíos en la gestión administrativa de las entidades de salud en Colombia.

Palabras Clave: *Gestión de Calidad Salud, Procesos, habilitación, acreditación.*

INTRODUCCIÓN

El régimen de salud colombiano contempla requisitos específicos de calidad para la prestación de servicios en sus instituciones, determinados en decretos, resoluciones y normas técnicas. Sin embargo, para el público interesado en el tema no existe un compendio que presente las diferencias y similitudes entre estos requisitos, ni que proponga un modelo de calidad integral.

Si observamos la implementación de dichas normas en el sector, encontramos la práctica de implementar unas y otras no, lo cual asegura la calidad en el tema técnico pero deja de lado las fortalezas en el aspecto administrativo o viceversa.

Cabe anotar que no se abordan problemas tales como la carencia de recursos de algunas Empresas Prestadoras de Salud para hacer frente a sus obligaciones con las Instituciones y a su vez de éstas con el usuario; o los retrasos de las primeras en los pagos a sus proveedores entre otros.

Por esta razón, el presente trabajo investigativo pretende ser un referente obligado en la gestión de la calidad de las empresas del sector salud público en Colombia con el fin de que se cumplan todos los requisitos de sus partes interesadas.

Los autores inician abordando el panorama legal, luego un referente conceptual e histórico; luego de esto se presenta un paralelo entre los modelos existentes y finalmente una propuesta integral.

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Hoy en día las organizaciones tienen un gran compromiso y este es conseguir que funcionen eficientemente logrando resultados que contribuyan al desarrollo propio y al del país. Para eso, es necesario que la organización produzca bienes o servicios que permitan satisfacer a una comunidad con precios asequibles para el mercado al cual va dirigido.

En un mundo tan globalizado donde la competitividad juega un papel relevante, las organizaciones en su mayoría se encuentran preocupadas dadas las condiciones actuales por las que atraviesa la economía nacional. Existe una necesidad de salir al mercado con productos o servicios altamente competitivos que sean elaborados con una alta eficiencia y con una adecuada optimización de los recursos organizacionales.

La competitividad conlleva a las organizaciones a generar productos y servicios de óptima calidad, es por este motivo que existe una fuerte tendencia a implementar en las organizaciones Sistemas de Gestión que contribuyan a mejorar la calidad de los productos o servicios que estas ofrecen. Podemos decir entonces que hay un interés creciente por la calidad, el cual se está presentando como un componente necesario para el funcionamiento de los servicios de salud ya sea de baja o de alta complejidad. La importancia de implementar un sistema de gestión de la calidad, radica, en que sirve de plataforma para desarrollar al interior de la organización, una serie de actividades, procesos y procedimientos, encaminados a lograr que las características del producto o del servicio cumplan con los requisitos del cliente, en pocas palabras sean de calidad, lo cual da mayores posibilidades de que sean adquiridos por este, logrando así el porcentaje de ventas planificado por la organización.

Ahora, lo fundamental es definir si los modelos actuales de gestión de calidad para el sector salud son realmente apropiados o más bien si están generando los resultados esperados.

Con la expedición de la Ley 872 de 2003, se establece el Sistema de Gestión de la Calidad, el cual debe ser desarrollado en los organismos y entidades públicas a las que hace referencia el artículo 2° de esta ley, y conforme a ello, serán los representantes legales de estas entidades los responsables de desarrollar, implementar, mantener y desarrollar el Sistema de Gestión de Calidad que se establezca de acuerdo a lo dispuesto en dicha ley.

En el 2004, mediante el Decreto 4110 se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de la Calidad en la gestión Pública. Esta es una norma de obligatoria aplicación y cumplimiento que determina las generalidades y requisitos mínimos, para establecer, documentar, implementar mantener y mejorar un sistema de gestión de la calidad en los organismos y agentes obligados.

El Gobierno Nacional determinó un tiempo de cuatro años a partir de la expedición del Decreto 4110 de 2004 a fin que la norma fuese implementada en los organismos obligados de la rama ejecutiva del poder público. Se estableció que entidades a las cuales les aplicaba la Ley 872, requerían de sistemas específicos de calidad que propendieran por el mejor desempeño institucional o de cada sector administrativo.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y las empresas administradoras de planes y beneficios en su gran mayoría iniciaron la implementación del Sistema de Calidad mediante la norma Técnica de la Gestión Pública NTCGP 1000: 2004, ahora NTCGP 1000:2009.

Sin embargo, dos años más tarde surge el Decreto 4295 de 2007 y se estableció que la Norma Técnica de Calidad, para el Sistema de Seguridad Social es la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud- SOGC y definida por el Decreto 1011 de 2006, cuyas acciones orientan, a la mejora de los resultados, de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia, de la estructura o de la documentación de los procesos, los cuales, se constituyen en prerrequisitos para alcanzar los mencionados resultados.

“La Resolución 2181 de 2008, establece en el artículo 1° que las entidades prestadoras de servicios de salud que implementen y desarrollen el sistema obligatorio de garantía de calidad - SOGCS, mediante la adopción de la guía aplicativa, que hace parte integral del anexo técnico de dicha resolución, se entenderá que cumplen con la norma técnica NTCGP 1000: 2004” (Resolución 2181, artículo 1)¹¹

Por otra parte, existe la norma IWA 1: 2005, la cual es un referente internacional para la implementación de sistemas de calidad en el sector salud. Esto hace que pensemos en la posibilidad de construir un modelo de calidad para el sector salud que integre los principios y requisitos de la NTCGP 1000: 2004, SOGCS e IWA 1:2005, de tal manera que permita hacer más eficiente la gestión y maximizar los recursos de una forma racional para el cumplimiento adecuado de actividades que orienten a la consecución de la misión institucional.

¹¹ ICONTEC, Norma Técnica De Calidad en la Gestión Pública NTCGP1000: 2004” (Resolución 2181, artículo 1)

2. JUSTIFICACIÓN

Los Sistemas de Gestión de la Calidad en las entidades y organismos del Estado obedecen a un marco legal claramente definido e implementado con el referencial de las normas NTCGP 1000 El Decreto 4295 de 2007, en los considerandos establece que “varias entidades a las cuales se les aplica la Ley 872 de 2003, requieren de sistemas específicos de calidad que propendan por el mejor desempeño institucional o de cada sector Administrativo” (Decreto 4295 de 2007)¹².

Este Decreto además en su artículo 1°, “fija como norma técnica de calidad, para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las empresas administradoras de planes y beneficios las adoptadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad de la atención en salud y definida a través del Decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen” (Decreto 4295, 2007)¹³.

Los principios y objetivos que enmarcan ambas normas del sector publico difieren, sin embargo, tienen en común, el cumplimiento de requisitos de calidad en busca de la mejora organizacional, por lo tanto pretendemos en este estudio, crear un nuevo modelo de calidad, mediante la integración de ambas normas, que permita de una manera sencilla y novedosa a las organizaciones del sector salud, cumplir con los requisitos de calidad establecidos

¹² ICONTEC, Norma Técnica De Calidad en la Gestión Pública NTCGP1000: 2007” (Decreto 4295)

¹³ OP.CIT ICONTEC 2007

Este trabajo investigativo, se realiza con el propósito que las empresas del sector salud en especial las del sector publico tengan un referente para implementar de manera armonizada un sistema integrado de gestión de la calidad que permita un mejor desempeño de las actividades y mejora continua de sus procesos.

Aparte, que es una experiencia para los integrantes de este estudio al desarrollar este trabajo investigativo, que permitirá que tengamos más conocimiento en los Modelos de calidad usualmente usados por las empresas del sector público y en especial del campo de la salud. Profundizando en los temas que durante el transcurso de la especialización abordamos.

Por otro lado, con esta monografía estaremos dejando a la Universidad EAN un nuevo recurso que servirá a los estudiantes como material de consulta para nuevas investigaciones, que sobre el tema planteado se realicen.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Proponer un Sistema de Gestión de Calidad para el Sector Salud Público, que considere los requisitos de la norma NTC GP 1000:2009, los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las directrices de la norma IWA 1: 2005.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los elementos, requisitos similares y adicionales entre los documentos de referencia teniendo como base la NTC GP 1000:2009, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS e IWA 1: 2005.
- Proponer un modelo de sistema de gestión integrado en calidad para asegurar la implementación de los requisitos de las normas NTC GP 1000:2009, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS e IWA 1: 2005.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 CONCEPTO DE CALIDAD

Acerca de la calidad se conocen diferentes conceptos estos varían de un autor a otro. La calidad tiene su origen en latín y significa tributo o propiedad que distingue a las personas bienes y servicios, en la actualidad existen un gran número de definiciones dadas por estudiosos en el tema, una de ellas es según la sociedad Americana para el control de calidad (ASQC): “Conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud, para satisfacer las necesidades del usuario o cliente” (Chandia, 2006, p.1)¹⁴.

Para el diccionario de la Real Academia Española, “la calidad es como una propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie” (Aldana, Álvarez, Bernal, Díaz, Galindo, González y Villegas 2010, p.35)¹⁵.

Mientras que para J.M Resember, en el diccionario de Administración y Finanzas, conceptualiza la calidad como el conjunto de bienes que por sus características son superiores a los demandados por los consumidores.

La calidad ha presentado cambios a través del tiempo y a manera resumida esta es su evolución:

¹⁴ CHANDIA Yanira, Introducción a la Calidad en Salud. 2006 P.1 En <http://www.enfermeras-pabellon-y-estrelización> Consultado: Enero 15 2012.

¹⁵ ALDANA, ÁLVAREZ, BERNAL. DÍAZ, GALINDO, GONZÁLEZ Y VILLEGAS. Administración Por la Calidad. P.35 Ed. Alfa omega 2010.

1. Calidad total enfocada hacia los productos terminados, iniciada con la revolución industrial y que consistió en la inspección de los productos terminados clasificando como aprobado o rechazado.
2. Control estadístico de procesos, que se inicia en la primera mitad de este siglo y consistió en el desarrollo y aplicación de técnicos estadísticos para disminuir los costos de inspección.
3. Control total de la calidad o calidad total, que nace y se desarrolla en la época de los años 50 introduciendo importantes y novedosos conceptos como lo antes señalado.
4. La calidad total es toda una cultura empresarial que se remonta a Japón desde los años 50. La calidad es un fin en sí mismo que se ha de lograr desde la primera acción que se realice en cualquier proceso y que se logra a la primera con el fin de evitar desperdicio de costo en productos mal hechos con toda sus consecuencias, esto quiere decir con pérdida de la confianza del cliente y la pérdida de este (Chandia, 2006, p.1).¹⁶

¹⁶ OP.CIT CHANDIA Yanira,

4.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD EN SALUD

En términos generales la calidad puede definirse como un conjunto de características, de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades o expectativas de un usuario o cliente.

En el ámbito de los sistemas y servicios de salud, se suele aceptar que la calidad, tiene dos grandes dimensiones que están relacionadas, aunque son diferentes: La calidad técnica que desde la perspectiva de los prestadores, busca garantizar la seguridad, la efectividad, y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna eficaz de los usuarios de los servicios; y la calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales psicológicas, en que dichas acciones se desarrollan.

Refiriéndose a la calidad técnica, Vedis Donabedian afirmó que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos.

La calidad es por consiguiente la medida que se espera, que la atención suministrada logre, el equilibrio más favorable entre los riesgos y los beneficios.

El modelo conceptual de Donabedian, abarca tres aspectos de control de la calidad: Estructura, procesos y resultados.

En lo que respecta a la calidad percibida por el usuario, el interés se ha venido ampliando, desde la mera percepción del trato recibido en el momento de la asistencia, (Que suele investigarse mediante encuestas post-hospitalización), hasta abarcar todos los aspectos de atención: Provisión de información, capacidad de elección, gestión administrativa, hospedaje, continuidad, de los cuidados entre los niveles de atención, etc.

La calidad también ha sido asunto prioritario, en la iniciativa sobre las funciones esenciales de la salud pública, desarrolladas por las OPS, dichas funciones comprenden un conjunto de medidas que el estado tiene el deber de garantizar a toda la población como base para mejorar la práctica de la salud pública y fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria en todos los niveles gubernamentales. (Ross, Zeballos e Infante, 2000, p.93 – 94)¹⁷.

En un principio la calidad estaba regulada por la propia conciencia y por el código deontológico de la profesión Florence Nightingale, posterior a la guerra de Crimea (1858), introdujo dos hechos fundamentales, por un lado apoyó la formación de enfermera y por otro realizó estudios de tasas de mortalidad de los hospitales militares logrando mediante el control del ambiente, disminuir la mortalidad de un 40 % a un 4 %.

En 1910 Flexner, evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas a la educación médica y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano.

En 1912 Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria y en 1913 a consecuencia de los informes de Flexner y Codman el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales.

En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Comisión on Acreditación of Hospitals (JCAH). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad.

¹⁷ ROSS ZEBALLOS e INFANTE La calidad y Reforma del sector Salud.2000 p.2003-2004 Rev. Panam Salud Pública 8

En 1961 Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continúa desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados.

Alrededor de los años sesenta nacen los auditores médicos como método de control interno de la institución, esto con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. Posteriormente la JCAH los incorporó a sus programas de control de calidad y los exigió como condición de acreditación del centro.

Ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM), asimismo la acreditación en hospitales amplió su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad.

En el año 1991 el servicio nacional del Reino Unido adopta una política formal de calidad y reconoció al PMC como la manera más rentable de ponerla en práctica. El PMC y la TQM se basan en los trabajos de W. Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Fiegenbaum y Kaoru Ishikawa.

En Chile en el año 1990 las instituciones de salud se fueron acreditando en Infecciones Intrahospitalarias (IIH) y ya entre los años 1996 a 2000 se empezaron a acreditar instituciones más complejas y de urgencias. El Programa de Evaluación de calidad de la atención hospitalaria (PECAH) empezó a desarrollarse entre los años 2000 a 2004, elaborando estándares en conjunto con los servicios de salud.

En estos momentos aún sigue siendo un poco desconocida, pero ya cada institución de salud con sus respectivas unidades y servicios, está abordando y trabajando este tema, creando sus propios verificadores e indicadores en relación a lo que el MINSAL nos recomienda y exige. (Chandia, 2006, p.5).¹⁸

4.3 LA CALIDAD Y REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

El mejoramiento de la calidad de los servicios básicos de salud, junto con la búsqueda de la equidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social de estos servicios, ha sido uno de los principios rectores de la reforma del sector salud desde la primera cumbre de las Américas, en 1994.

En la primera cumbre de las Américas celebrada en Miami, Estados Unidos de América los gobiernos de la región reafirmaron su compromiso de incorporar en sus procesos de reforma del sector de la salud mecanismos para garantizar el acceso equitativo a determinados servicios básicos de salud y de mejorar la calidad de estos servicios. Al año siguiente, la Organización Panamericana de la Salud, (OPS) con la participación del Banco Mundial (BM), del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y de otras agencias internacionales patrocinaron una reunión especial sobre reforma del sector salud, donde se establecieron los criterios rectores, basados en principios de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social. Desde entonces el mejoramiento de la calidad ha sido uno de los objetivos proclamados, de las reformas del sector de la salud” (Ross, et al, 2000)¹⁹.

¹⁸ OP.CIT CHANDIA Yanira,

¹⁹ OP.CIT. ROSS ZEBALLOS e INFANTE

4.3.1 Situación de los programas de calidad en América Latina y el Caribe.

De acuerdo con la información contenida en 20 perfiles de los sistemas de servicios de salud disponibles en octubre de 1999, la situación de los programas de garantía de calidad, en América Latina y el Caribe, no puede considerarse alentadora. En la tercera parte de dichos perfiles se examina la manera en que los procesos de reforma sectorial desarrollados por la mayoría de los países desde comienzos de la década pasada han impulsado mecanismos de acreditación para establecimientos y servicios de mejoramiento de la calidad y de evaluación de las tecnologías de salud, todo en el contexto de los contenidos de los programas de reformas sectorial y de sus resultados en términos de calidad.

Según el análisis, solamente un país dispone de pruebas concretas de que la reforma del sector salud puede haber contribuido a mejorar la calidad técnica pues han mejorado por lo menos tres de cinco indicadores seleccionados: porcentaje de establecimiento del nivel primario con comités de calidad activos, porcentajes de hospitales con comités de calidad activos, disponibilidad de medicamentos esenciales. En los distintos niveles de atención; incidencias de infecciones hospitalarias, y porcentajes de los pacientes a los que se integra un informe de alta o asistencia. Respecto a la calidad percibida se cuenta con información específica en cuatro países, sobre la disponibilidad de encuestas de satisfacción, servicios de atención a pacientes y centros de atención bilingües para la población indígena; capacidad para elegir el médico familiar, y establecimientos de sistemas para responder a las quejas de los usuarios.

Según el análisis de los cinco países con información buena, o aceptable, tres países parecen disponer de pruebas de que la reforma del sector de la salud, pueden estar contribuyendo a mejorar la calidad percibida, ya que mejoraron cuatro o seis indicadores seleccionados: posibilidad de que el usuario seleccione su prestador de servicios de atención primaria, porcentajes de establecimientos con programas activos para mejorar el trato al usuario, porcentaje de establecimientos con programas activos de orientación al usuario, porcentajes de centros de salud y hospitales, que realizan encuestas para explorar la percepción u opinión de los usuarios; comisiones de arbitrajes activas y grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud (Ross, et al. 2000)²⁰.

4.3.2 Tendencias regionales en los programas de garantía de calidad en los servicios de atención. Los programas en América Latina y el Caribe han mostrado hasta ahora cinco tendencias regionales, la primera consiste en el desarrollo de procesos, con lo cual se pretende llevar a cabo una acción continuada, y establecer estrategias integradas en lugar de promover medidas esporádicas y aisladas.

La segunda tendencia es el desarrollo de una acción integrada que haga uso combinado y simultáneo de varias de las herramientas de calidad, como se observa claramente en el proceso de mejoramiento continuo. Estos procesos hacen parte de los estándares exigidos por Estados Unidos y Canadá.

Como tercera tendencia se observa una orientación hacia los usuarios, tanto en los procesos como en los resultados, con la población y otros actores, asumiendo una mayor participación en todo el proceso de gestión de la calidad.

²⁰ OP.CIT ROSS ZEBALLOS e INFANTE

En el cuarto lugar se percibe la tendencia a adoptar una visión sistemática, en la cual los hospitales dejan de ser el centro del Sistema de Salud. El pasado énfasis en los establecimientos se transforma ahora en un interés por el conjunto de la red de servicios.

Como quinta y última tendencia, se observa la creciente búsqueda de indicadores de desempeño y para demostrarlo, es preciso contar con sistemas de información adecuados y con indicadores y estándares adecuados.

Señalan las autoridades nacionales, que cualquier programa de control de calidad, deberá incluir medidas preventivas y de protección del medio ambiente, las cuales hasta ahora son sumamente escasas. Se reconoce además que ninguna estrategia es suficiente por sí sola, o intrínsecamente superior a otra. De ahí que cada país deba formular la combinación mejor adaptada a sus necesidades.

Además de las tendencias mencionadas anteriormente, los países encaminan sus esfuerzos hacia algunos otros aspectos críticos, de los procesos de mejoramiento de calidad:

- 1) La defensa del papel de las autoridades de salud, como garantes de la calidad de la atención dentro de los procesos de reforma sectorial.
- 2) La defensa del papel del usuario y la población como participante activos en los programas de calidad.
- 3) la calidad técnica como resultado de las mejoras en la efectividad y utilidad en las prestaciones de salud.
- 4) La evaluación permanente de los servicios y tecnologías.

- 5) La revisión y elaboración de los estándares de calidad por consenso.
- 6) La relación entre la calidad y las formas de pago a los prestadores y los incentivos al desempeño profesional.
- 7) la medida en que se complementan los esfuerzos de los subsistemas público y privado en pro de la calidad.
- 8) la importancia de los sistemas de información para fomentar la calidad.
- 9) el efecto de las investigaciones sobre la calidad de los servicios de salud. Es muy probable que un esfuerzo sostenido de estas áreas, permita a los países mejorar la eficacia y efectividad de sus servicios de salud.

La garantía de la calidad de los servicios de salud, en América Latina y el Caribe, plantea grandes dificultades tanto para las autoridades de salud como para los otros actores del sector. Al mismo tiempo ofrece, a los países oportunidades interesantes, no solamente para establecer alianzas estratégicas entre los diversos organismos, sino también para cooperar con las diversas autoridades de otros países a fin de resolver, las nuevas necesidades que surgen.

El reto fundamental para las autoridades de salud para este siglo es garantizar el acceso a toda la población, a servicios de calidad, cuyo costo puede ser enfrentado por toda la sociedad. Para lograrlo deberán definirse estrategias y acciones claras que integren, los intereses de los diferentes actores del sector de la salud (Ross, et al. 2000)²¹.

²¹ OP.CIT. ROSS ZEBALLOS e INFANTE

4.4 FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA ANTES Y DESPUES DE LA LEY 100

Antes de la Ley 100 de 1993, el sistema de salud en Colombia, estaba constituido por tres pilares, el sistema de seguridad social, el sector público y el sector privado (Gaviria et al, 2006)²². Cada uno de estos pilares era financiado de manera diferente. Por un lado el sector de la seguridad social se financiaba con los ingresos laborales de cada trabajador (7% en el caso del ISS y 5% en el caso de las cajas de previsión social, CPS) y los aportes realizados por el Estado. En cuanto al sector público éste se financiaba con los recursos de los departamentos y Ministerio de Salud, mientras que en el sector privado se financiaba con las cotizaciones de sus afiliados. Esta estructura presentaba varios problemas, en 1990 el 31% de la población, colombiana tenía acceso a los servicios de salud. Así mismo debido a la multiplicidad de funciones que se le asignaban a los servicios seccionales de salud departamentales, el sistema era ineficiente. Prestaba un servicio de baja calidad y era muy propenso a la corrupción. Por otro lado, las asignaciones de los recursos, se realizaban según presupuesto histórico, que no tenían ninguna relación con la cantidad de usuarios, la calidad y el volumen de servicios prestados. Por último, el sistema de salud colombiano, presentaba altos niveles de desigualdad y bajos niveles de solidaridad.

La Ley 100 introdujo tres principios fundamentales en la prestación de servicios de salud: la eficiencia, la universalidad y la solidaridad, de esta manera, la ley promovió la competencia entre las aseguradoras y las IPS para asegurar la eficiencia del sistema y la calidad de los servicios prestados, así mismo, la Ley 100 creó dos tipos de regímenes: el contributivo (RC) y régimen subsidiado (RS).

²² GAVIRIA, A., MEDINA, C., y MEJIA, C. (2006). La Reforma en Salud en Colombia: De la Teoría a la Práctica. Documento CEDE 2006-06, Universidad de los Andes.

Al RC pertenecen aquellas personas que tienen capacidad de pago, un trabajo formal o que hacen parte de los Niveles 3 y 6 del Sisben, mientras al RS pertenecen personas de bajos ingresos niveles 1 y 2 del Sisben. Aquellas personas que no quedaron cubiertas por ninguno de los dos regímenes, conformaron la población vinculada, la cual debía ser absorbida en su totalidad por el RC y el RS para 2000.

La implementación de este sistema generó un aumento en la cobertura, en particular del RS, lo cual ha contribuido a cerrar la brecha que más se ha beneficiado entre los ricos y pobres. Cabe mencionar que la población pobre es la que más se ha beneficiado con la reforma, pues anteriormente el acceso a los servicios de salud era más limitado y los pocos que accedían recibían servicios de muy mala calidad. Así mismo se ha visto una mejora en la salud general de la población, en parte debido a la expansión del contenido del Plan Obligatorio de salud (POS) que ha otorgado medicamentos y tratamientos para un mayor rango de enfermedades (Santa, García, Prada, Uribe y Vásquez, s/f, p. 11).²³

4.5 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN COLOMBIA

El Gobierno Nacional expidió el 15 de octubre el Decreto 2309 de 2002, por el cual se definió el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este Decreto busca que todas las instituciones prestadoras de salud y profesionales independientes de esta área, cumplan con la garantía de la calidad en sus servicios de salud. Cumplan con la garantía de la Calidad en sus servicios de salud.

²³ SANTA, GARCÍA, PRADA, URIBE Y VÁSQUEZ, El Sector Salud en Colombia: Impacto del SGSSS Después de más de una década de reforma. FEDESARROLLO 2008.P.11.

Posteriormente surge el Decreto 1011 de 2006 que actualiza el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Colombia, definido como el conjunto de normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados que desarrolla el sector salud, para generar, mantener, la calidad de los servicios de salud en el país (Cárdenas, 2010, p.21).²⁴

4.6 MODELO DE GESTIÓN PÚBLICA

“Un modelo consiste en un grupo de símbolos y reglas operativas. Símbolo es una orden para hacer surgir de la memoria una cosa o eventos determinados, o bien un conjunto específico de cosas o eventos; en tanto, las reglas operativas son los instrumentos mediante los cuales los modelos realizan directamente la producción del conocimiento. Esencialmente, el modelo es una construcción racional, cuya función central es reflejar con una máxima aproximación las realidades en estudio” (García y Bolívar, s/f, p.347)²⁵.

²⁴ CÁRDENAS RUIZ, 2010. Modelo de Calidad en la Gestión de Salud con énfasis en la seguridad del paciente para la terapia endovascular de aneurismas intracerebrales en un servicio de neurointervencionismo. UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA.2010.P21

²⁵ GARCÍA Y BOLÍVAR Fundamentos de Gestión Pública Hacia un Estado Eficiente. 2007. UNIVERSIDAD EAN. P.347.

La configuración conceptual de la gestión pública contemporánea nace de la globalización. Es el resultado de la estandarización de la administración pública singular de cada país, bajo el mismo esquema de la organización y funcionamiento. Cada administración pública debe de quedar uniformada bajo un patrón universal, que presenta cinco rasgos prominentes: El mimetismo organizativo de la empresa privada; la incorporación del mercado como proceso de confección de los asuntos públicos; el fomento de la competitividad mercantil; el reemplazo del ciudadano por el consumidor, y la reivindicación de la dicotomía política-administración, sublimada como la antinomia policy-management (García y Bolívar, s/f, p.348).²⁶

4.7 MODELO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Fontalvo Herrera considera los sistemas de gestión de la calidad como una herramienta con la cual las empresas pueden lograr una ventaja competitiva, y sirven para articular la estrategia de la empresa con los procesos de ésta, generando preferencia en los productos y servicios que la organización ofrece a sus clientes.

²⁶ OP.CIT GARCÍA Y BOLÍVAR.P.348

Específicamente, define un sistema de gestión de la calidad como la “interacción entre la estrategia de la organización y sus procesos, en donde el uno necesita del otro para conseguir los resultados deseados”. (Fontalvo Herrera, Tomás José. La gestión avanzada de la calidad: metodologías eficaces para el diseño, implementación y mejoramiento de un sistema de gestión de la calidad. Colombia: Corporación para la gestión del conocimiento) (ASD 2000, 2007. P 40.)²⁷

Otra aproximación que encontramos a la función de calidad es la de Jaime Varo como “...el conjunto completo de actividades mediante las cuales se alcanza la aptitud al uso, con independencia de donde se lleven a cabo estas actividades”. Luego define que gestionar es “...coordinar todos los recursos disponibles a fin de conseguir unos objetivos. El objetivo de la calidad es la satisfacción del cliente y del proveedor al mínimo coste combinado. La gestión de la calidad comprende tres procesos: planificación, organización y control, que Juran prefiere desarrollar a través de las tres fases de su trilogía: planificación, control y mejora de la calidad”.

²⁷ “FONTALVO Herrera, Tomás. LA GESTIÓN AVANZADA DE LA CALIDAD: Metodologías eficaces para el diseño, implementación y mejoramiento de un sistema de gestión de la calidad. Colombia: Corporación para la gestión del conocimiento ASD 2000, 2007.P 11”En <http://site.ebrary.com/lib/bibliotecaeansp/Doc?id=10179523&ppg=41>

En cuanto a la responsabilidad para obtener la calidad deseada, precisa que “requiere el compromiso y la participación de todos los miembros de la empresa, en tanto que la responsabilidad de la gestión corresponde a la Dirección”. Define la planificación de la calidad como “...la actividad de desarrollo de los productos y procesos requeridos para satisfacer las necesidades de los clientes” y comprende las siguientes fases:

1. Identificar los clientes.
2. Descubrir las necesidades de los clientes.
3. Desarrollar las características del producto que respondan a las necesidades de los clientes.
4. Diseñar los procesos capaces de producir las características de los productos.
5. Transferir los planes a las fuerzas operativas.²⁸

4.8 ENFOQUE BASADO EN PROCESOS

Para hablar del enfoque basado en procesos es importante hacer referencia al término proceso. La palabra proceso es vieja y su incorporación en el mundo y en la empresa tiene bastante tópicos.

Para poder gestionar procesos el término ha de tener un alto grado de concreción, así como una interpretación homogénea en el seno de la organización.

²⁸ VARO, Jaime. Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios: Un modelo de gestión hospitalaria, España: Ediciones Díaz de Santos, 2007. P 50. En: <http://site.ebrary.com/lib/bibliotecaeansp/Doc?id=10179642&ppg=50>

Dos características básicas tienen el término de proceso en la actualidad:

- Que interactúan, es decir que comparten algo para conformar un sistema de procesos
- Que se gestionan (Pérez, 2010, P.50)²⁹.

De acuerdo a la norma NTCGP 1000:2009, un proceso es un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entradas en resultados.³⁰

La NTCGP 1000:2009, promueve el enfoque basado en procesos el cual consiste en determinar y gestionar una serie de actividades relacionadas entre sí. Una ventaja de este enfoque es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales que forman parte de un sistema conformado por procesos, Así como sobre su combinación e interacción.

Este enfoque permite mejorar la satisfacción de los clientes y el desempeño de las entidades, circunstancia que debe de ser la mejor motivación para la implementación de un sistema de gestión de la calidad y no simplemente la certificación con una norma la cual debe verse como un reconocimiento pero no como un fin (NTCGP 1000:2009, p.3)³¹.

²⁹ PÉREZ, (2010).Gestión por procesos.(4º ed.)Madrid: ESIC EDITORIAL.

³⁰ Nota 1. Los elementos de entrada para un proceso son generalmente salidas para otros procesos.

Nota 2. Los procesos de una entidad son generalmente planificados y puestos en práctica bajo condiciones controladas, para generar valor.

Nota 3. Un proceso en el cual la conformidad del producto o servicio no puede ser fácil, o económicamente verificada.

³¹ ICONTEC, Norma Técnica De Calidad en la Gestión Pública NTCGP1000: 2009” P-3

4.9 MODELO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN BASADO EN PROCESOS

La gestión por procesos no es un modelo ni una forma de referencia si no un cuerpo de conocimientos con unos principios y herramientas específicas que permiten hacer realidad el concepto de que la calidad se gestiona:

Al orientar el esfuerzo de todos los objetivos comunes de empresa y clientes.

El principal criterio para el diseño de procesos es añadir valor tanto en los propios procesos como en las actividades que lo integran.

Los procesos son el norte de los esfuerzos de mejora para disponer de procesos más fiables o mejorados, que al ejecutarse periódicamente inducen eficacia en el funcionamiento de la organización (Pérez, 2010, p.45-46)³².

“Un enfoque de este tipo cuando se utiliza dentro de un sistema de gestión de la calidad enfatiza sobre la importancia de:

La comprensión y cumplimiento de los requisitos.

La necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor.

La obtención de resultados del desempeño y la eficacia del proceso, y

La mejora continua de los procesos con base en mediciones objetivas” (NTCGP 1000:2009, p.3)³³.

De otra parte la Ley 872 de 2003 promueve la adopción de un enfoque basado en procesos esto es la gestión y la identificación de la manera más eficaz, de todas aquellas actividades que tengan una clara relación entre sí y las cuales constituyen la red de procesos de una organización.

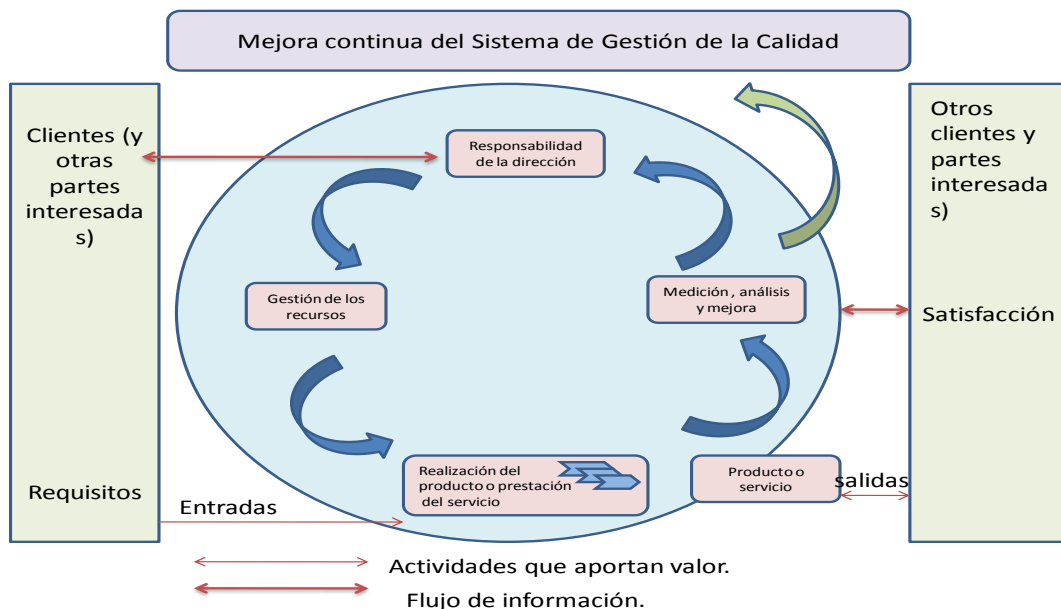
³² OP.CIT PÉREZ 2010 P.45-46

³³ OP.CIT. ICONTEC,2009

La gestión por procesos define las interacciones o acciones secuenciales, mediante las cuales se logra la transformación de unos insumos hasta obtener un producto con las características previamente especificadas, de acuerdo con los requerimientos de la ciudadanía o partes interesadas.

Un modelo de operación se establece a partir de la identificación de los procesos y sus interacciones, y dependiendo de la complejidad de las organizaciones, es posible agrupar procesos afines en macroprocesos. Así mismo dependiendo del tamaño y la complejidad de los procesos de la entidad, estos podrán desagregarse a nivel de actividades y tareas (Rubiano, Henao Carmona, Medina, Moreno, Hernández, Lobo, Cortes y Baracaldo, 2005, p.28)³⁴.

Figura 1. **Modelo de un Sistema de Gestión Basado en Procesos**



Fuente: NTCGP 1000:2009³⁵

³⁴ GRILLO, HENAO, MÉNDEZ, MEDINA, MORENO, HERNÁNDEZ, LOBO, CORTÉS Y BARACALDO. Manual de Implementación: Modelo estándar de control interno para el Estado Colombiano. MECI 1000: 2005. 2006. P.28

³⁵ ICONTEC, Norma Técnica De Calidad en la Gestión Pública NTCGP1000: 2009”

4.10 MODELO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN BASADO EN IWA 1

IWA significa International Workshop Agreement, es decir, un acuerdo derivado de un taller internacional. El IWA es un mecanismo aceptado por la organización internacional para la estandarización (ISO), para desarrollar documentos normativos, de manera más rápida que cuando se usan los mecanismos tradicionales empleados para desarrollar normas internacionales.

Específicamente, la norma IWA 1 fue creada en 2001 como respuesta a la dificultad para implementar la norma ISO 9001:2000 en el sector salud, bajo la coordinación de los Estados Unidos la Action Group (AIAG), la American Society for Quality (ASQ) (División de Salud), las Normas de Canadá (SCC) y CSA International.³⁶

4.11 MODELO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN BASADO EN NTCGP 1000

NTCGP 1000 significa Norma Técnica Colombiana en la Gestión Pública, la cual permite a las entidades del Estado de la Rama Ejecutiva del Poder Público evaluar y dirigir el desempeño institucional en términos de calidad y de satisfacción social, de manera sistemática y transparente, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 2 de la Ley 872/2003.

En el marco de modernización del Estado colombiano, el Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC) afirmó en su momento: "...la calidad pasó a encabezar la lista de prioridades en la agenda del gobierno..." y continua: "...el cual busca, entre otros, que las entidades públicas desarrollen procesos transversales con criterios de eficiencia y calidad que tengan un impacto favorable en el usuario final: todos los Colombianos".³⁷

³⁶Tomado de: <http://www.scribd.com/doc/54522059/3-TESES-06-septiembre>

³⁷ http://www.icontec.org.co/files/lista_la_version_2009_de_la_ntcgp_1000.pdf

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1 MARCO LEGAL

El marco legal esta conformado por todas aquellas normas que inciden directamente en la implementación de un sistema de gestión de calidad en la función pública y específicamente en el sector de la salud.

5.1.1 Decreto 2174 de 1996. Por el cual se organiza el sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde se define a la calidad como el conjunto de características técnicas – científicas, humanas, financieras y materiales que debe tener la seguridad social en salud bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios.

5.1.2 Decreto 2309 de 2002. “Por el cual se define el sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual tiene los siguientes componentes.

- Sistema Único de habilitación.
- La auditoria para el manejo de la calidad de la atención en salud.
- El sistema único de acreditación.
- El sistema de información para la calidad” (Decreto 2309,2002, p.1-3)³⁸

5.1.3 Ley 872 de 2003. La ley 872 de 2003, creo el sistema de Gestión de la Calidad (SGC), en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios de carácter público.

³⁸ MINISTERIO DE SALUD Decreto 2309 de 2002 “ Sistema Obligatorio de la Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud” P.1-3

El Sistema de Gestión de la Calidad, de las entidades del estado, es una herramienta de Gestión Sistemática y transparente, desarrollada para dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollos de tales entidades.

El sistema de gestión de la calidad adoptara en Cada entidad un enfoque basado en procesos que se surten al interior de ella y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios de sus funciones asignadas por el ordenamiento jurídico vigente.

5.1.4 Decreto 4110 de 2004. “Por la cual se reglamenta la ley 872 de 2003 y se adopta la norma técnica de la calidad en la gestión pública, la cual determina las generalidades, y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad en los organismos, entidades y agentes obligados conforme a la ley 872 de 2003” (Decreto 4110, 2004, p.1).³⁹

5.1.5 Decreto 1011 de 2006. “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual es aplicable a las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las entidades de medicina prepagada y a las entidades departamentales, distritales y municipales” (Decreto 1011 de 2006, p1)⁴⁰.

³⁹ PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA COLOMBIA. Decreto 4110.2004. P1.

⁴⁰ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011.2006. P1.

5.1.6 Decreto 4295 de 2007. “Por la cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003, establece fijar como Norma Técnica de Calidad para las instituciones prestadoras de servicio de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención de salud y definida a través del Decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen” (Decreto 4295,2007, p.1⁴¹)

5.2 NORMATIVIDAD ASOCIADA A LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD CON BASE EN LA NORMA NTC GP 1000:2009

Teniendo en cuenta que la base de esta investigación es la norma NTC GP 1000:2009, a continuación se presenta una síntesis de las normas que aplican para el cumplimiento de cada uno de los requisitos.

Tabla 1. Normatividad asociada a la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad con base en la NTC GP 1000:2009

⁴¹ PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA COLOMBIA Decreto 4295,2007, p.1

NTCGP1000:2009	Normatividad relacionada
<p>1. INTRODUCCIÓN.</p> <p>1.1 Generalidades.</p> <p>1.2 Principios de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios.</p> <p>1.3 Compatibilidad con otros sistemas de gestión, de control normas y políticas.</p>	
<p>2. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN.</p> <p>2.1 Objeto.</p> <p>2.2 Aplicación.</p>	
<p>3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES</p>	
<p>4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.</p> <p>4.1 Requisitos generales.</p> <p>4.2 Gestión Documental</p> <p style="text-align: center;">49</p>	<p>Ley 594 de 2000</p> <p>Decreto nacional 4124 de 2004</p> <p>Decreto nacional 998 de 1997</p> <p>Acuerdo 07 de 1994 del Archivo General de la Nación</p> <p>Acuerdo 09 de 1995 del Archivo General de la Nación</p> <p>Acuerdo 56 de 2000 del Archivo General de la Nación</p> <p>Acuerdo 60 de 2001 del Archivo General De La Nación</p> <p>Acuerdo 38 de 2002 del Archivo General De La Nación</p> <p>Acuerdo 39 de 2002 Del Archivo General De La Nación</p> <p>Acuerdo 41 de 2002 Del Archivo General De La Nación</p>

	<p>Acuerdo 42 de 2002 Del Archivo General De La Nación</p> <p>Acuerdo 27 de 2006 Del Archivo General De La Nación</p>
<p>5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN.</p> <p>5.1 Compromiso de la dirección.</p> <p>5.2 Enfoque al cliente.</p> <p>5.3 Política de la calidad.</p> <p>5.4 Planificación.</p> <p>5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación.</p> <p>5.6 Revisión por la dirección.</p>	<p>Ley 87 de 1993</p> <p>Ley 87 de 1993</p> <p>Ley 152 de 1994</p> <p>Ley 1151 de 2007</p> <p>Ley 2145 de 1999</p> <p>Decreto 1537 de 2001</p> <p>Decreto 1599 de 2005</p> <p>Ley 489 de 1998</p> <p>Ley 87 de 1993</p> <p>Ley 489 de 1998</p>
<p>6. GESTIÓN DE RECURSOS</p> <p>6.1 Provisión de recursos.</p> <p>6.2 Talento Humano.</p> <p>6.3 Infraestructura.</p> <p>6.4 Ambiente de trabajo.</p>	<p>Ley 152 de 1994</p> <p>Norma orgánica de presupuesto</p> <p>Decreto 111 de 1996</p> <p>Ley 136 de 1994</p> <p>Ley 617 de 2000</p> <p>Ley 819 de 2003</p> <p>Ley 1260 de 2008</p> <p>Decreto 1333 de 1986</p> <p>Decreto 2806 de 2000</p> <p>Decreto 4730 de 2005</p> <p>Decreto 1957 de 2007</p> <p>Artículo 122 y 53 de la constitución política.</p> <p>Ley 909 de 2004</p> <p>Ley 689 de 2001</p> <p>Decreto 1567 de 1998</p> <p>Decreto 1227 de 2005</p>

Decreto 770de 2005
Decreto 785 de 2005
Decreto 2772 de 2005
Decreto 765 de 2005
Decreto 3626 de 2005

<p>7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO.</p> <p>7.1 Planificación de la realización del producto o prestación del servicio.</p> <p>7.2 Procesos relacionados con el cliente.</p> <p>7.3 Diseño y desarrollo.</p> <p>7.4 Adquisición de bienes y servicios.</p> <p>7.5 Producción y prestación del servicio.</p> <p>7.6 Control de los equipos de seguimiento y medición.</p>	<p>Ley 962 de 2005</p> <p>Decreto 4669 de 2005</p> <p>Decreto 1151 de 2008</p> <p>Decreto 1879 de 2008</p> <p>Decreto 4669 de 2005</p> <p>Decreto 1879 de 2008</p> <p>Decreto 2232 de 1995. Art 8 y 9.</p> <p>Ley 80 de 1993</p> <p>Ley 142 de 1994</p> <p>Ley 689 de 2001</p> <p>Decreto 2170 de 2000</p> <p>Ley 1150 de 2007</p> <p>Decreto 066 de 2008</p> <p>Decreto 2474 de 2008</p> <p>Decreto 4828 de 2008</p> <p>Decreto 2025 de 2009</p> <p>Decreto 2447 de 2009</p> <p>Decreto 3576 de 2009</p> <p>Decreto 2269 de 2008 capítulo V</p> <p>52</p>
---	--

<p>8 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA</p> <p>8.1 Generalidades.</p> <p>8.2 Seguimiento y medición.</p> <p>8.3 Control del producto y/o servicio no conforme.</p> <p>8.4 Análisis de datos.</p> <p>8.5 Mejora.</p>	<p>Ley 152 de 1994</p> <p>Ley 190 de 1995</p> <p>Decreto 2232 de 1995</p> <p>Ley 87 de 1993</p> <p>Ley 489 de 1998</p> <p>Ley 152 de 1994</p> <p>Ley 87 de 1993</p>
<p>Fuente: NTC GP 1000:2005</p>	

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 PROPUESTA DE UN MODELO INTEGRADO DE GESTIÓN MEDIANTE LAS NORMAS NTCGP 1000:2009, SOGC, IWA 1:2005.

Integración es el proceso a través del cual la organización aprende a introducir criterios y especificaciones en sus procesos y en sus sistemas de modo que satisfagan a todos sus clientes (internos, externos, institucionales, partes interesadas, etc.) de forma simultánea, ahorrando costes y esfuerzos, con un espíritu innovador, autocrático y comprometido con la mejora continua (Lago, 2006, p.34)⁴².

6.1.1 Modelo De Gestión Integrado El modelo de gestión integrado debe presentar una visión globalizada y orientada al Cliente tanto interno como externo según postulados de Calidad Total y a ser posible según principios basados en modelos de excelencia empresarial. Los sistemas basados en normas de reconocimiento nacional y/o internacional solo son herramientas estructuradas que están al servicio de los procesos relacionados y que una integración de los mismos solo representa optimizar algunos de los procesos que cruzan horizontalmente y verticalmente toda organización (Lago, 2006, p.34).⁴³ La gestión integrada consiste en integrar sistemas que tradicionalmente se han gestionado por separado en una única gestión. En este tipo de proceso se gestionan integralmente las variables que son de interés para la organización, para alcanzar la política integrada de gestión. Es una dinámica para dar respuesta a mercados nacionales e internacionales.

⁴² LAGO PÉREZ Lázaro Integración de Sistemas de Gestión Empresarial Certificables. 2006. En: TEJADA Víctor Hugo. Universidad de Antioquía. P. 34

⁴³ OP.CIT LAGO.P.34.

Entonces un sistema de gestión integral responde al conjunto de la estructura organizativa, la planificación de actividades, las responsabilidades, las prácticas, los procedimientos, los procesos, y los recursos necesarios para desarrollar, implantar, revisar y mantener al día la política de la empresa (Aldana, Álvarez, Bernal, Díaz, Galindo, González y Villegas 2010, p.295).⁴⁴ El modelo propuesto tiene como base la NTCGP 1000:2009, integrándolas con la norma IWA 1: 2005 y SOGC. En el modelo se han asociados todos aquellos elementos en común entre un sistema y los otros de tal manera que se eviten repetición de actividades o duplicidad de esfuerzos tanto en la implementación como en el mantenimiento del sistema.

6.1.2 Correspondencia Entre Las Normas NTCGP 1000:2009, SOGC, IWA 1:2005

6.1.2.1 IWA 1:2005 Esta norma internacional, proporciona directrices mas allá de los requisitos establecidos en la norma ISO 9001, con el fin de considerar tanto la eficacia y la eficiencia de un sistema de gestión de calidad, y por lo tanto el potencial de mejora del desempeño de una organización. Cuando se compara con la norma ISO 9001, los objetivos de satisfacción del cliente y la calidad del producto se amplía para incluir la satisfacción de las partes interesadas y el desempeño de la organización.

Esta Norma Internacional es aplicable a los procesos de la organización y en consecuencia la calidad de los principios de gestión en los que se basa se puede implementar en toda la organización. Además esta Norma Internacional se compone de orientaciones y recomendaciones y no destinadas a la certificación, uso regulatorio o contractual, ni tampoco como una guía para la aplicación de la norma ISO 9001 (IWA 1:2005,).⁴⁵

⁴⁴ OP.CIT ALDANA. P. 295

⁴⁵INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION - ISO 9001 IWA1:2005

6.1.2.2 NTCGP 1000:2009 “Esta norma está dirigida a todas las entidades, y tiene como propósito mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes.

La orientación de esta norma obedece a un enfoque basado en procesos, el cual consiste en identificar y gestionar de manera eficaz, numerosas actividades relacionadas entre sí. Una ventaja de este enfoque es el control continuo, que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales que hacen parte de un sistema conformado por los procesos, así como su combinación e interacción” (NTCGP 1000: 2009, p.1)⁴⁶.

De acuerdo a la NTCGP 1000: 2009, Los principios de gestión de la calidad se enmarcan, se integran, complementan y desarrollan dentro de los principios constitucionales.

- a) Enfoque hacia el cliente: La razón de ser de las entidades es prestar un servicio dirigido a satisfacer a sus clientes; Por lo tanto, es fundamental que las entidades comprendan cuales son las necesidades actuales y futuras de los clientes, que cumplan con sus requisitos y que se esfuercen por exceder sus expectativas.
- b) Liderazgo: desarrollar una conciencia hacia la calidad implica que la alta dirección es capaz de lograr la unidad de propósito, dentro de esta, generando y manteniendo un ambiente interno favorable, en el cual los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas pueden llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la entidad.
- c) Participación activa de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, en todos los niveles el cual permite el logro de los objetivos de la entidad.

⁴⁶ ICONTEC, Norma Técnica De Calidad en la Gestión Pública NTCGP1000: 2009”P.1

- d) Enfoque basado en procesos: en las entidades existe una red de procesos la cual, al trabajar articuladamente permite generar valor. Un resultado generado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y recursos se gestionan como un proceso.
- e) Enfoque del sistema para la gestión: el hecho de identificar, entender , mantener, mejorar y en general gestionar los procesos y sus interrelaciones como un sistema contribuye a la eficacia, eficiencia y efectividad de las entidades en el logro de sus objetivos.
- f) Mejora continua: siempre es posible implementar maneras más prácticas y mejores para entregar sus productos o prestar sus servicios en las entidades. Es fundamental que la mejora continua del desempeño global de las entidades sea un objetivo permanente para aumentar la eficacia, eficiencia y efectividad.
- g) Enfoque basado en hechos y datos para la toma de decisiones: en todos los niveles de la entidad las decisiones eficaces, se basan en el análisis de los datos y la información, y no simplemente en la intuición.
- h) Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores de bienes o servicios: las entidades y sus proveedores son interdependiente; una relación beneficiosa, basada en el equilibrio contractual aumenta la capacidad de ambos para crear valor.
- i) Coordinación, cooperación y articulación: El trabajo en equipos en y entre entidades es importante para el desarrollo de relaciones que beneficien a sus clientes y que permitan emplear de una manera racional los recursos disponibles.
- j) Transparencia: la gestión de los recursos se fundamenta en las actuaciones y decisiones claras; por lo tanto es importante que las entidades garanticen el acceso a la información pertinente de sus procesos para facilitar así el control social.

6.1.2.3 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud: Esta norma define un requisito como una necesidad o expectativa establecida generalmente explícita u obligatoria y dentro de los requisitos establecidos a cumplir se encuentran los siguientes:

- Determinar los procesos que le permiten cumplir la función que se le ha asignado.
- Determinar la secuencia e interacción de estos procesos.
- Determinar los criterios y métodos necesarios.
- Asegurarse que la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.
- Realizar el seguimiento, la medición cuando sea aplicable y el análisis de estos procesos.
- Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.
- Establecer controles sobre los riesgos identificados y valorados que puedan afectar la satisfacción del cliente y el logro de los objetivos de la entidad.

Tabla 2. Correspondencia entre las normas NTCGP 1000:2009, SOGC, IWA 1:2005

NTCGP1000:2009	SOGC	IWA 1:2005
<p>1. Introducción.</p> <p>1.1 Generalidades.</p> <p>1.2 Principios de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios.</p> <p>1.3 Compatibilidad con otros sistemas de gestión, de control normas y políticas.</p> <p>1.4 Aclaraciones relativas a la primera actualización de la norma técnica de la calidad en la gestión pública.</p>	<p>1.introducción</p> <p>1.1Generalidades</p> <p>1.2 Principios</p> <p>1.4 Compatibilidad</p>	<p>0. introducción.</p> <p>0.1 Generalidades.</p> <p>0.2 Enfoque basado en procesos.</p> <p>0.2.1 Primaria de la salud proceso de servicio.</p> <p>0.3 Relación con la ISO 9001.</p> <p>0.4 Introducción</p>
	59	<p>1 ÁMBITO DE APLICACIÓN</p> <p>1.1 Ámbito de aplicación - Los servicios de salud añadidos</p>

<p>2. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN.</p> <p>2.1 Objeto.</p> <p>2.2 aplicación.</p>	<p>2. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN.</p> <p>2.1 Objeto</p>	<p>2 NORMATIVA DE REFERENCIA</p>
<p>3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES</p>	<p>3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES</p> <p>3.1 Acción Correctiva.</p> <p>3.2 Acción preventiva.</p> <p>3.3 Adquisición de bienes y servicios.</p> <p>3.4 Alta dirección.</p> <p>3.5 Ambiente de trabajo.</p> <p>3.6 Auditoría Interna.</p> <p>3.7 Autoridad.</p> <p>3.8 Calidad.</p> <p>3.9 Capacidad de una entidad.</p> <p>3.10 Cliente.</p> <p>3.11 Competencia.</p> <p>60</p>	<p>3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES</p> <p>3.1 Términos y definiciones - Adicionales</p>

	<p>3.12 Concesión.</p> <p>3.13 Confirmación metodológica.</p> <p>3.14 Conformidad.</p> <p>3.15 Control de calidad.</p> <p>3.16 Corrección.</p> <p>3.17 Diseño y desarrollo.</p> <p>3.18 Documento.</p> <p>3.19 Efectividad.</p> <p>3.20 Eficacia.</p> <p>3.22 Enfoque basado en procesos.</p> <p>3.23 Entidades.</p> <p>3.24 Equipo de medición.</p> <p>3.25 Especificación.</p> <p>3.26 Estructura de la entidad.</p> <p>3.27 Gestión.</p> <p>3.28 Gestión documental.</p>	
	61	

	<p>3.29 Infraestructura.</p> <p>3.30 Manual de calidad.</p> <p>3.31 Mejora continua.</p> <p>3.32 Misión de calidad.</p> <p>3.33 No conformidad.</p> <p>3.34 Objetivo de calidad.</p> <p>3.35 Parte interesada.</p> <p>3.36 Planificación de calidad.</p> <p>3.37 Política de calidad de una entidad.</p> <p>3.38 Procedimiento.</p> <p>3.39 Proceso.</p> <p>3.40 Producto o servicio.</p> <p>3.41 Proveedor.</p> <p>3.42 Registro.</p> <p>3.43 Requisito.</p> <p>3.44 Responsabilidad.</p>	
	62	

	<p>3.45 Revisión.</p> <p>3.46 Riesgo.</p> <p>3.47 Satisfacción al cliente.</p> <p>3.48 Sistema.</p> <p>3.49 Sistema de gestión de la calidad para entidades.</p> <p>3.50 Trazabilidad.</p> <p>3.51 Validación.</p> <p>3.52 Verificación.</p>	
<p>4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.</p> <p>4.1 Requisitos generales.</p> <p>4.2 Gestión. Documental</p>	<p>4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.</p> <p>4.1 Requisitos generales.</p> <p>4.2 Gestión Documental.</p> <p>4.2.2 Manual de Calidad.</p> <p>4.2.3 Control de documentos.</p> <p>4.2.4 Control de los registros</p>	<p>4 SISTEMA DE GESTIÓN</p> <p>4.1 Administración de sistemas y procesos</p> <p>4.2 Documentación</p> <p>4.2.1 Control de documentos - Suplementarios</p> <p>4.2.4 Control de los registros -</p>
	63	

		Suplementarios 4.3 Uso de los principios de gestión de la calidad
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN. 5.1 Compromiso de la dirección. 5.2 Enfoque al cliente.	5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN. 5.1 Compromiso de la dirección. 5.2 Enfoque al cliente.	5 RESPONSABILIDAD 5.1 Instrucciones generales 5.1.1 Introducción 5.1.2 Los temas a considerar 5.2 Necesidades y expectativas de las partes interesadas 5.2.1 Generalidades 5.2.2 Necesidades y expectativas 5.2.2.1 Seguridad de los productos 5.2.2.2 Eficacia del producto 5.2.2.3 Seguridad 5.2.2.4 El servicio comunitario 5.2.2.5 La Responsabilidad Social 5.2.3 Requisitos

5.3 Política de la calidad.	5.3 Política de la calidad.	Legales y Reglamentarios 5.2.4 paciente / cliente las prácticas de cuidado
5.4 Planificación.	5.4 Planificación. 5.4.1 Objetivos de calidad. 5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad.	5.3 Política de calidad 5.4 Planificación 5.4.1 Objetivos de calidad 5.4.2 Planificación de la calidad 5.4.3 Plan de negocio 5.4.4 Error de pruebas
5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación.	5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación. 5.5.1 Responsabilidad, autoridad. 5.5.2 Representante de la dirección. 5.5.3 Comunicación interna.	5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación 5.5.1 Responsabilidad y autoridad 5.5.1.1 Responsabilidad y autoridad - Suplementario 5.5.2 Representante de la Norma 5.5.3 La comunicación interna
5.6 Revisión por la dirección.	5.6 Revisión por la dirección.	5.6 Revisión por la dirección

	<p>5.6.1 Generalidades.</p> <p>5.6.2 Información para revisión.</p> <p>5.6.3 Resultados de la revisión.</p>	<p>5.6.1 Generales</p> <p>5.6.2 Información para la revisión</p> <p>5.6.3 Resultados de la revisión.</p>
<p>6.GESTIÓN DE RECURSOS</p> <p>6.1 Provisión de recursos.</p> <p>6.2 Talento Humano.</p>	<p>6. GESTIÓN DE RECURSOS</p> <p>6.1 Provisión de recursos.</p> <p>6.2 Talento Humano</p> <p>6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación</p>	<p>6 GESTIÓN DE RECURSOS</p> <p>6.1 General</p> <p>6.1.1 Introducción</p> <p>6.1.2 Los temas a considerar</p> <p>6.1.2.1 Recursos</p> <p>6.2 Las personas</p> <p>6.2.1 Participación de las personas</p> <p>6.2.2 Competencia, sensibilización y formación.</p> <p>6.2.2.1 Competencia</p> <p>6.2.2.1.1 Verificación de Poderes y el estado de salud</p> <p>6.2.2.1.2 Gestión de la calidad y la recalificación</p> <p>6.2.2.1.3 Las habilidades de</p>

<p>6.3 Infraestructura.</p> <p>6.4 Ambiente de trabajo.</p>	<p>6.3Infraestructura.</p> <p>6.4 Ambiente de trabajo.</p>	<p>comunicación</p> <p>6.2.2.2 Sensibilización y formación</p> <p>6.2.2.2.1 La formación continua</p> <p>6.2.2.2.2 Identificación de la familia del paciente / Educación del cliente / formación los programas</p> <p>6.3 Infraestructura</p> <p>6.3.1 manejo de residuos peligrosos</p> <p>6.4 Ambiente de trabajo</p> <p>6.5 Información</p> <p>6.6 Proveedores y alianzas</p> <p>6.6.1 de la oferta de productos comprados</p> <p>6.7 Los recursos naturales</p> <p>6.8 Recursos financieros</p>
<p>7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO.</p> <p>7.1 Planificación de la realización del producto o</p>	<p>7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO.</p> <p>7.1 Planificación de la realización del producto o prestación del servicio.</p>	<p>7 REALIZACIÓN DEL PRODUCTO</p> <p>7.1 Instrucciones generales</p>

<p>prestación del servicio.</p>		<p>7.1.1 Introducción 7.1.2 Los temas a considerar 7.1.3 Gestión de los procesos 7.1.3.1 General 7.1.3.2 Proceso de entradas, salidas y revisión 7.1.3.2.1 Planificación de los procesos de realización 7.1.3.3 productos y procesos de validación y los cambios</p>
<p>7.2 Procesos relacionados con el cliente.</p>	<p>7.2 Procesos relacionados con el cliente.</p> <p>7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio. 7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicios. 7.2.3 Comunicación con el cliente.</p>	<p>7.2 Procesos relacionados con las partes interesadas</p> <p>7.2.1 revisión del contrato</p>
<p>7.3 Diseño y desarrollo</p>	<p>7.3 Diseño y desarrollo.</p> <p>7.3.1 Planificación del diseño y</p>	<p>7.3 Diseño y desarrollo 7.3.1 Orientación general 7.3.1.1 El proceso de</p>

<p>7.4 Adquisición de bienes y servicios.</p>	<p>desarrollo.</p> <p>7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo.</p> <p>7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo.</p> <p>7.3.4 Revisión de diseño y desarrollo.</p> <p>7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo.</p> <p>7.3.6 Validación del diseño y desarrollo.</p> <p>7.3.7 Control de cambios del diseño y desarrollo.</p> <p>7.4 Adquisición de bienes y servicios.</p> <p>7.4.1 Proceso de adquisición.</p> <p>7.4.2 Información para la adquisición de bienes y</p>	<p>diseño</p> <p>7.3.2 Diseño y desarrollo de entrada y salida</p> <p>7.3.2.1 Instalación y planificación de equipos</p> <p>7.3.3 Revisión del diseño y desarrollo</p> <p>7.3.3.1 Selección de los enfoques de atención</p> <p>7.4 Compras</p> <p>7.4.1 Proceso de compras</p> <p>7.4.1.1 Control de Compras</p> <p>7.4.1.2 Se necesitan con urgencia los productos adquiridos</p> <p>7.4.2 Proveedor de control de procesos</p> <p>7.4.2.1 Proveedores predeterminados</p>
---	---	---

<p>7.5 Producción y prestación del servicio.</p> <p>7.6 Control de los equipos de seguimiento y medición.</p>	<p>servicios.</p> <p>7.4.3 Verificación de los productos y/o servicios adquiridos.</p> <p>7.5 Producción y prestación de servicios.</p> <p>7.5.1 Control de la producción y prestación de servicios.</p> <p>7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio.</p> <p>7.5.3 Identificación y trazabilidad.</p> <p>7.5.4 Propiedad del cliente.</p> <p>7.5.5 Preservación del producto o servicio.</p> <p>7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición.</p>	<p>7.4.2.2 Servicios subcontratados</p> <p>7.5 Producción y operaciones de servicio</p> <p>7.5.1 Operación y realización</p> <p>7.5.1.1 Gestión de los pacientes / clientes la atención los procesos</p> <p>7.5.1.2 Servicio</p> <p>7.5.2 Identificación y trazabilidad</p> <p>7.5.4 Propiedad del cliente</p> <p>7.5.5 Preservación del producto</p> <p>7.5.5.1 Preservación del producto - Suplemento</p> <p>7.6 Control de los dispositivos de medición y control</p> <p>7.6.1 Control de los dispositivos de medición y control –</p>
---	---	---

		Adicionales.
<p>8 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA</p> <p>8.1 Generalidades.</p> <p>8.2 Seguimiento y medición.</p>	<p>8 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA</p> <p>8.1 Generalidades.</p> <p>8.2 Seguimiento y medición.</p> <p>8.2.1 Satisfacción al cliente.</p>	<p>8 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA.</p> <p>8.1 Instrucciones generales</p> <p>8.1.1 Introducción</p> <p>8.1.1.1 Planificación</p> <p>8.1.2 Los temas a considerar</p> <p>8.2 Medición y seguimiento</p> <p>8.2.1 Medición y seguimiento del rendimiento del sistema</p> <p>8.2.1.1 General</p> <p>8.2.1.2 Medición y seguimiento de la satisfacción del cliente</p> <p>8.2.1.2.1 Medición y seguimiento de la satisfacción del cliente - Suplemento</p> <p>8.2.1.3 La auditoría interna</p> <p>8.2.1.3.1 Auditoría estratégica</p> <p>8.2.1.4 Medidas</p>
	71	

	<p>8.2.2 Auditoría Interna.</p> <p>8.2.3 Seguimiento y medición del proceso.</p> <p>8.2.4 Seguimiento y medición del producto o servicio.</p>	<p>financieras</p> <p>8.2.1.5 Auto-evaluación</p> <p>8.2.2 Medición y seguimiento de los procesos</p> <p>8.2.2.1 - Suplementario</p> <p>8.2.3 Medición y seguimiento del producto</p> <p>8.2.3.1 Medición y seguimiento del producto - Suplemento</p> <p>8.2.4 Medición y seguimiento de la satisfacción de las partes interesadas</p> <p>8.3 Control de las no conformidades</p> <p>8.3.1 Generales</p> <p>8.3.1.1 El manejo de producto no conforme</p> <p>8.3.2 No conformidad revisión y disposición</p> <p>8.4 Análisis de datos</p>
<p>8.3 Control del producto y/o servicio no conforme.</p>	<p>8.3 Control del servicio y/o producto no conforme.</p>	<p>8.5 MEJORA</p>
<p>8.4 Análisis de datos.</p>	<p>8.4 Análisis de datos.</p>	<p>8.5.1. Generales - Suplementario</p>
<p>8.5 MEJORA.</p>	<p>8.5 MEJORA</p>	<p>8.5.2 La acción correctiva</p>

	<p>8.5.1 Mejora continua.</p> <p>8.5.2 Acción correctiva.</p> <p>8.5.3 Acción preventiva.</p>	<p>8.5.2.1 proceso de acciones correctivas</p> <p>8.5.3 Prevención de pérdidas</p> <p>8.5.4 La mejora continua de la organización</p>
Fuente: NTC GP 1000:2005, SOGC,IWA 1:2005		

De acuerdo a la NTCGP 1000: 2009, el sistema de gestión de la calidad se puede integrar con otros sistemas como el ambiental, salud y la seguridad ocupacional entre otros.

Así mismo, para las entidades de salud publicas cubiertas por la ley 872 de 2003, existen definidos sistemas específicos de carácter obligatorio o voluntario, relacionados con la gestión de la calidad, como por ejemplo el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud de la atención del sistema general de seguridad social en salud (Decreto 1011 de 2006, expedido en el desarrollo de la ley 715 de 2001)⁴⁷. En este marco, se ha determinado que los requisitos de la NTCGP 1000: 2009, desde la perspectiva de los componentes del sistema de garantía de la calidad de atención en salud son considerados como prerrequisitos para que las acciones de mejoramiento en salud alcancen sus objetivos, por tanto los tres sistemas son complementarios y las acciones para su desarrollo deben adelantarse integralmente (NTCGP 1000:2009, p.9)⁴⁸.

⁴⁷ OP.CIT

⁴⁸ OP.CIT.

6.2 CREACIÓN DE UN MODELO DE CALIDAD PARA LA GESTIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD MEDIANTE LA INTEGRACIÓN DE LAS NORMAS NTC GP 1000: 2005, IWA 1: 2005 Y SOGC

Como se ha dicho anteriormente, el modelo propuesto consiste en integrar los sistemas de gestión de la calidad mediante las normas NTC GP 1000:2005, IWA 1:2005 y SOGC. Estos sistemas tienen elementos comunes los cuales deben de ser unificados oportunamente para evitar que se dupliquen esfuerzos realizando actividades repetitivas.

El modelo propuesto es el que se muestra a continuación y en el anexo se explica paso a paso como opera, cuales son los principios que lo rigen y los requisitos que se deben cumplir para determinar la eficacia, eficiencia y efectividad de este.

Tabla No. 3 Modelo de calidad integrado por las normas NTCGP 1000:2009, SOGC, IWA 1:2005

MODELO DE CALIDAD INTEGRADO POR LAS NORMAS NTCGP 1000:2009, SOGC, IWA 1:2005	
1. Introducción.	
1.1 Generalidades.	
1.2 Principios de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios.	
2. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN.	
2.1 Objeto.	
2.2 Aplicación.	
3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES	
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.	
4.1 Requisitos generales.	
4.2 Gestión. Documental	
4.2.2 Manual de Calidad.	
4.2.3 Control de documentos.	
4.2.4 Control de los registros.	
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN.	
5.1 Compromiso de la dirección.	
5.2 Enfoque al cliente.	
5.2.1 Partes interesadas	
5.2.2 Necesidades y expectativas	
5.2.2.1 Seguridad de los Productos	
5.2.2.2 eficacias del producto	
5.2.2.3 Seguridad	75

5.2.2.4 El servicio comunitario

5.2.2.5 La responsabilidad social

5.2.3 Requisitos legales y reglamentarios

5.2.4 paciente / cliente las prácticas de cuidado

5.3 Política de la calidad.

5.4 Planificación.

5.4.1 Objetivos de calidad.

5.4.2 Planificación de la calidad del sistema.

5.4.3 Plan de negocio

5.4.4 prueba de errores

5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación.

5.5.1 Responsabilidad y autoridad

5.5.1.1 Responsabilidad y autoridad

5.5.2 Representante de la dirección

5.5.3 La comunicación interna

5.6 Revisión por la dirección.

5.6.1 Generalidades.

5.6.2 Información para revisión.

5.6.3 Resultados de la revisión.

6. GESTIÓN DE RECURSOS

6.1 Provisión de recursos.

6.2 Talento Humano.

6.2.1 Participación de las personas

6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación

6.2.2.1 Competencia

6.2.2.1.1 Verificación de Poderes y el estado de salud

6.2.2.1.2 Gestión de la calidad y la recalificación

6.2.2.1.3 Las habilidades de comunicación

6.2.2.2 Sensibilización y formación

6.2.2.2.1 La formación continua

6.2.2.2.2 Identificación de la familia del paciente / cliente 's la educación / programas de formación

6.3 Infraestructura.

6.3.1 Manejo de residuos peligrosos

6.4 Ambiente de trabajo.

6.5 Información

6.6 Proveedores y alianzas

6.7 Recursos naturales

6.8 Recursos Financieros

7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

7.1 Planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio.

7.2 Procesos relacionados con el cliente.

7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio

7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto y o

servicio

7.2.3 Comunicación con el cliente

7.3 Diseño y desarrollo.

7.3.1 El diseño y la planificación del desarrollo

7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo

7.3.2.1 Instalación y planificación de equipos

7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo

7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo

7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo

7.3.6 Validación del diseño y desarrollo

7.3.7 Control de cambios en el diseño y desarrollo

7.4 Adquisición de bienes y servicios.

7.4.1 Proceso de compras

7.4.2 Información de las compras

7.4.3 Verificación del producto comprado

7.5 Producción y prestación del servicio.

7.5.1 Control de la producción y la prestación de servicios

7.5.2 Validación de los procesos de producción y de prestación de servicios

7.5.3 Identificación y trazabilidad

7.5.4 Propiedad del cliente

7.5.5 Preservación del producto y /o servicio

7.6 Control de los equipos de seguimiento y medición.

8 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

8.1 Generalidades.

8.2 Seguimiento y medición.

8.2.1 Satisfacción del cliente

8.2.2 Auditoría Interna

8.2.3 Seguimiento y medición del proceso.

8.2.4 Seguimiento y medición del producto y/o servicio

8.3 Control del producto y/o servicio no conforme.

8.4 Análisis de datos.

8.5 Mejora.

8.5.1 La mejora continua

8.5.2 Acción correctiva.

8.5.3 Acción preventiva.

Fuente: NTC GP 1000:2005, SOGC, IWA 1: 10005

El modelo propuesto sirve de guía para cualquier entidad pública del sector salud que quiera implementar un sistema integrado de gestión. Además es adaptable a cualquier organización independientemente de los procesos que esta ejecute, en la tabla No 4, se muestra un ejemplo de cómo aplican los requisitos del modelo para cada proceso de una entidad de salud, pero para ello se debe:

1. Identificar los requisitos: Ya sea para la gestión de calidad pública, como para la calidad en salud, de esta manera determinar aquellos que afectan directamente las actividades desarrolladas en la organización.

2. Identificar los procesos de la organización. La identificación de los requisitos requiere también de la identificación de los procesos para así poder establecer cuales requisitos aplican en cada uno de los procesos. Las organizaciones para realizar una adecuada gestión deben establecer cuáles son los procesos que requiere y como operan estos interrelacionadamente de tal manera que los elementos de salida de un proceso se conviertan en elementos de entradas del siguiente. Para la identificación de procesos la organización deberá construir el mapa de procesos o su cadena de valor.

Se ha construido la tabla No 4, en la que se presenta a manera de ejemplo un listado de algunos procesos que han de ejecutarse en una empresa prestadora de servicios de salud en el sector público. Para este fin, se han clasificados los procesos en estratégicos, misionales, apoyo y evaluación tal y como lo establece el Modelo Estándar de Control Interno en las entidades públicas.

Teniendo presente la definición de cada uno de estos procesos se puede decir que:

Procesos Estratégicos: incluyen los relativos al establecimiento de las política y estrategias, fijación de objetivos, comunicación, disposición de recursos necesarios y revisiones por la dirección.

Procesos Misionales: incluyen todos aquellos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento del objeto social o razón de ser.

Procesos de Apoyo: incluyen aquellos que proveen los recursos necesarios para el desarrollo de los recursos estratégicos, misionales y de evaluación.

Procesos de evaluación: Incluyen aquellos para medir y recopilar datos para el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y eficiencia, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales (Grillo Rubiano, et al.2005)⁴⁹.

Tabla 4. Identificación de requisitos del modelo integrado por las normas NTC GP 1000: 2005, IWA 1: 2005 y SOGC, aplicando los procesos de una empresa del sector salud público.

⁴⁹OP.CIT. GRILLO 2005-2006.

CLASE DE PROCESO	PROCESOS GENERALES	REQUISITOS DEL MODELO INTEGRADO DE GESTIÓN
Estratégico	Direccionamiento estratégico	<ul style="list-style-type: none"> 1. RESPONSABILIDAD <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Instrucciones generales <ul style="list-style-type: none"> 1.1.1 Introducción 1.1.2 Los temas a considerar 1.2 ENFOQUE AL CLIENTE <ul style="list-style-type: none"> 1.2.1 Generalidades 1.2.2 Necesidades y expectativas <ul style="list-style-type: none"> 1.2.2.1 Seguridad de los productos 1.2.2.2 Eficacia del producto 1.2.2.3 Seguridad 1.2.2.4 El servicio comunitario 1.2.2.5 La Responsabilidad Social 1.2.3 Requisitos Legales y Reglamentarios 1.2.4 paciente / cliente las prácticas de cuidado 1.3 POLÍTICA DE CALIDAD 1.4 PLANIFICACIÓN <ul style="list-style-type: none"> 1.4.1 Objetivos de calidad 1.4.2 Planificación de la calidad 1.4.3 Plan de negocio 1.4.4 Error de pruebas 1.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y

		<p>COMUNICACIÓN</p> <p>1.5.1 Responsabilidad y autoridad</p> <p>1.5.1.1 Responsabilidad y autoridad - Suplementario</p> <p>1.5.2 Representante de la Norma</p> <p>1.5.3 La comunicación interna</p> <p>1.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</p> <p>1.6.1 Generales</p> <p>1.6.2 Información para la revisión</p> <p>1.6.3 Resultados de la revisión.</p>
Misional	<p>Consulta externa</p> <p>Hospitalización</p> <p>Apoyo diagnóstico</p> <p>Urgencias</p> <p>Atención de partos</p> <p>Promoción y prevención de salud</p>	<p>2 REALIZACIÓN DEL PRODUCTO Y/O DEL SERVICIO</p> <p>2.1 Planificación de la realización del producto o servicio</p> <p>2.2 Procesos relacionados con las partes interesadas</p> <p>2.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio</p> <p>2.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto y o servicio</p> <p>2.2.3 Comunicación con el cliente</p> <p>2.3 DISEÑO Y DESARROLLO</p> <p>2.3.1 Orientación general</p> <p>2.3.1.1 El proceso de diseño</p> <p>2.3.2 Diseño y desarrollo de entrada y salida</p> <p>2.3.2.1 Instalación y planificación de equipos</p>

		<p>2.3.3 Revisión del diseño y desarrollo</p> <p>2.3.4 Revisión del diseño y desarrollo</p> <p>2.3.5 Verificación del diseño y desarrollo</p> <p>2.3.6 Validación del diseño y desarrollo</p> <p>2.3.7 Control de cambios en el diseño y desarrollo</p> <p>2.4 COMPRAS</p> <p>2.4.1 Proceso de compras</p> <p>2.4.2 Proveedor de control de procesos</p> <p>2.4.3 Verificación del producto comprado</p> <p>2.5 Producción y operaciones de servicio</p> <p>2.5.1 Control de la producción y la prestación de servicios</p> <p>2.5.2 Validación de los procesos de producción y de prestación de servicios</p> <p>2.5.3 Identificación y trazabilidad</p> <p>2.5.4 Propiedad del cliente</p> <p>2.5.5 Preservación del producto</p> <p>2.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN</p>
Apoyo	Gestión administrativa	3. SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

		<p>3.1 REQUISITOS GENERALES</p> <p>3.2 DOCUMENTACIÓN</p> <p>3.2.2 Manual de Calidad</p> <p>3.2.3 Control de documentos</p> <p>3.2.4 Control de registros</p>
	Gestión Financiera	<p>4 GESTIÓN DE RECURSOS</p> <p>4.1 LA PROVISIÓN DE RECURSOS</p>
	Talento Humano	<p>4.2 LAS PERSONAS</p> <p>4.2.1 Participación de las personas</p> <p>4.2.2 Competencia, sensibilización y formación.</p> <p>4.2.2.1 Competencia</p> <p>4.2.2.1.1 Verificación de Poderes y el estado de salud</p> <p>4.2.2.1.3 Las habilidades de comunicación</p> <p>4.2.2.2 Sensibilización y formación</p> <p>4.2.2.2.1 La formación continua</p> <p>4.2.2.2.2 Identificación de la familia del paciente / cliente la educación / programas de formación</p>

	Adquisición y mantenimiento de equipos	<p>5. INFRAESTRUCTURA</p> <p>5.1 AMBIENTE DE TRABAJO</p> <p>5.2 INFORMACIÓN</p> <p>5.3 PROVEEDORES Y ALIANZAS</p> <p>5.4 DE LA OFERTA DE PRODUCTOS COMPRADOS</p> <p>5.5 ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO</p> <p>5.6 INSTALACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE EQUIPOS</p> <p>5.6.1 Revisión del diseño y desarrollo</p> <p>5.6.2 Compras</p> <p>5.6.3 Proceso de compras</p> <p>5.6.4 Proveedor de control de procesos</p>
Evaluación	Evaluación independiente	<p>6. CONTROL DE DOCUMENTOS</p> <p>6.1 Verificación del producto comprado</p>
	Autoevaluación	<p>7. CONTROL DE LOS REGISTROS - SUPLEMENTARIOS</p> <p>7.1 INSTRUCCIONES GENERALES</p> <p>7.1.1 Introducción</p> <p>7.2 MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO</p> <p>7.2.1 Medición y seguimiento del rendimiento del sistema</p> <p>7.2.1.1 General</p>

		<p>7.2.1.2 Medición y seguimiento de la satisfacción del cliente</p> <p>7.2.1.2.1 Medición y seguimiento de la satisfacción del cliente - Suplemento</p> <p>7.2.1.3 La auditoría interna</p> <p>7.2.1.3.1 auditoría estratégica</p> <p>7.2.1.4 Medidas financieras</p> <p>7.2.1.5 Auto-evaluación</p> <p>7.2.2 Medición y seguimiento de los procesos</p> <p>7.2.2.1 - Suplementario</p> <p>7.2.3 Medición y seguimiento del producto</p> <p>7.2.3.1 Medición y seguimiento del producto - Suplemento</p> <p>7.2.4 Medición y seguimiento de la satisfacción de las partes interesadas</p>
	Planes de mejoramiento	<p>8.5 MEJORA</p> <p>8.5.1. Generales - Suplementario</p> <p>8.5.2 La acción correctiva</p> <p>8.5.2.1 proceso de acciones correctivas</p> <p>8.5.3 Prevención de pérdidas</p> <p>8.5.4 La mejora continua de la organización</p>

6.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

La metodología se realizó siguiendo unas fases establecidas previamente. En la primera fase se estableció la problemática presentada en el sector salud público en materia de calidad, se justificó la investigación y se establecieron unos objetivos que dan inicio a la investigación.

Con los objetivos planteados, se inició una recopilación y análisis de documentos que servirían de insumo para el desarrollo de la investigación, en la recopilación se tomaron algunos documentos de internet, otros que en el transcurso de la especialización fueron suministrado como material de apoyo y de investigación, también se indagó en la Universidad la existencias de Trabajos de grados similares cuya información fuese útil a la investigación.

Una vez analizada la información se construyó el referente teórico partiendo del concepto de la calidad, luego se profundizó la calidad en salud a nivel de América Latina y el Caribe, y finalmente se realizó una breve explicación de la evolución de la calidad en Colombia en materia de salud.

Entre otros, se abordaron los temas de modelos de gestión pública y modelo de gestión basado en procesos los cuales se consideraron relevantes para la investigación. El estudio incluye el aspecto normativo que da origen a la problemática de la investigación. Este, se inició con las normas centrales de que trata la investigación como son las normas NTC GP 1000: 2005, SOGC e IWA 1000:2005 e incluye otras normas de las cuales se hace referencia en el transcurso de investigación, las cuales inciden directamente en el sistema de gestión de la calidad en Colombia para las entidades del sector salud público.

En una segunda fase, se realizó la planeación del Modelo propuesto mediante la integración de las normas NTC GP 1000: 2005, SOGC e IWA 1000:2005.

La planeación se realizó siguiendo un cronograma de actividades previamente establecido, a fin de llevar un control de las actividades programadas en éste.

Tabla No. 5 Cronograma de actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES				
ACTIVIDADES	OBJETIVOS		FECHA PROGRAMADA	FECHA DE EJECUCIÓN
Actividades fase 1	Identificar los elementos, requisitos similares y adicionales entre los documentos de referencia teniendo como base la NTC GP 1000.	Proponer un modelo de sistema de gestión integrado en calidad para asegurar la implementación de los requisitos.		
Identificación del problema, elaboración de la justificación, y planteamiento de objetivos.	X	x	A 30 de noviembre de 2011	30 de noviembre de 2011
Recopilación y análisis de información	X	x	A 10 de diciembre de 2011	10 de diciembre de 2011
Construcción del marco teórico y normativo	X		A 20 de diciembre de 2012	20 de diciembre de 2012
Actividades fase 2				

Desarrollo del estudio metodológico		x	A 10 de enero de 2012	30 de enero de 2012.
Planeación del modelo propuesto		x	A 30 de enero de 2012	10 de febrero de 2012
Actividades fase 3				
Estudio y análisis de las normas NTC GP 1000, SOGC e IWA 1:2005		x	A 15 de febrero de 2012	30 de febrero de 2012
Planteamiento de las etapas para el desarrollo del modelo		x	A 15 de marzo de 2012	15 de marzo de 2012
Integración de las normas		x	A 15 de marzo de 2012	15 de marzo de 2012
Desarrollo y elaboración del modelo propuesto		x	30 de marzo de 2012	20 de abril de 2012

Como se puede observar en la tabla No 5 las actividades programadas para el desarrollo del modelo propuesto no se cumplieron durante el desarrollo del estudio metodológico y la planeación del modelo propuesto ya que el tiempo que se estimó en la programación de las actividades a realizar fue muy corto. De igual manera ocurrió con las actividades programadas en la fase No 3. 90

7 RESULTADOS

Ver Anexo A: PROPUESTA MODELO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD INTEGRANDO LAS NORMAS: NTCGP 1000, SOGCS E IWA 1

8 CONCLUSIONES

Esta investigación permitió establecer la compatibilidad existente entre el sistema de gestión de la calidad mediante la norma NTC GP 1000:2009, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad – SOGC e IWA 1:2005 de tal manera que estos tres sistemas se pueden integrar en uno solo complementándose en aquellos elementos que no son comunes entre los sistemas y unificando los comunes.

Es posible integrar un modelo que responda a las normas NTC GP 1000:2009, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad – SOGC e IWA 1:2005 pues estas no son mutuamente excluyentes, por el contrario, cada una aporta elementos complementarios.

Para poner en marcha el modelo de gestión propuesto, un factor preponderante es la cultura organizacional. Hay que preparar al personal de la empresa para el cambio dándoles a conocer no solo la importancia y los beneficios de implementar un sistema de gestión integrado como el que se plantea, sino que además se debe capacitar, sensibilizar y motivar al recurso humano para que la respuesta de estos hacia la organización sea positiva y no de rechazo.

El Modelo de Gestión de Calidad integrado mediante las normas NTC GP 1000:2009, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad – SOGC e IWA 1:2005 es un modelo que ha sido diseñado para ser utilizado por cualquier empresa del sector salud del orden público, independientemente cual sea su misión empresarial y busca la mejora continua mediante el enfoque basado en procesos, siguiendo el ciclo PHVA.

Se observó que a nivel de la Universidad EAN existen algunas propuestas de modelos integrados de gestión, mas no en el sector de la salud pública. Donde cada día aumenta la exigencia de la calidad por parte del gobierno nacional. Esto se puede establecer en la normatividad que se ha expedido alrededor de este tema la cual obliga a las empresas del estado a implementar sistemas de gestión mediante la norma NTC GP 1000: 2009 y a las empresas del sector salud del orden publico a implementar SOGC.

El beneficio de implementar un sistema integrado mediante las normas mencionadas es lograr concertar todos los requisitos y elementos comunes entre ellas y así evitar que se dupliquen esfuerzos y se malgasten recursos, Así los requisitos y elementos comunes se pueden armonizar en un solo documento. Por otra parte, para la implementación del sistema Integrado como para su mantenimiento, se requiere de menor esfuerzo del que se tendría si cada uno de estos sistemas se implementaran por separado, a lo cual, se le puede añadir que los gastos requeridos para la implementación se reducirían sustancialmente.

9 RECOMENDACIONES

Para las empresas publicas de salud:

Antes de implementar este modelo integrado, recomendamos socializar con el personal las razones por las cuales se adopta dicho modelo; de este modo disminuye la resistencia al cambio y se obtienen mejores resultados. Recordemos que un sistema óptimo se asemeja a una maquinaria bien lubricada, cuyos engranajes marchan todos al mismo ritmo.

Para los estudiantes:

En un mundo tan globalizado como el de hoy, donde las organizaciones en general le están apuntando a la calidad dado la alta competitividad que se vive, es de gran aporte diseñar nuevos modelos de gestión integrados como el que se ha propuesto en esta investigación, para así orientar a las empresas a alcanzar los niveles de calidad esperados. Es por esto que se invita a los estudiantes Eanistas a que propongan modelos de gestión novedosos que sean de utilidad para la sociedad y de esta manera contribuir un poco al desarrollo de nuestro país.

Para la Universidad:

Se recomienda incentivar en los estudiantes la cultura de calidad y de que estos no solo aprendan y conozcan los modelos conocidos de sistemas de gestión de calidad sino orientar a los estudiantes e impulsarlos a que se arriesguen a desarrollar modelos de calidad para diferentes tipos de organizaciones ya sean estas públicas o privadas.

Además de las anteriores recomendaciones, sugerimos que un grupo de estudiantes ponga en práctica el modelo propuesto en una organización para así establecer la eficacia, eficiencia y efectividad del modelo integrado de calidad, de esta manera corregir las fallas encontradas y así garantizar la funcionalidad del sistema en cualquier organización del sector salud público.

BIBLIOGRAFÍA

ALDANA, ÁLVAREZ, BERNAL. DÍAZ, GALINDO, GONZÁLEZ Y VILLEGAS. Administración Por la Calidad. P.35 Ed. Alfa omega 2010.

CHANDIA Yanira, Introducción a la Calidad en Salud. 2006 P.1 En <http://www.enfermeraspabellonyestrelización> Consultado: Enero 15 2012.

CÁRDENAS RUIZ, 2010. Modelo de Calidad en la Gestión de Salud con énfasis en la seguridad del paciente para la terapia endovascular de aneurismas intracerebrales en un servicio de neurointervencionismo. UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA.2010.P21

FONTALVO Herrera, Tomás. La Gestión Avanzada de la Calidad: Metodologías eficaces para el diseño, implementación y mejoramiento de un sistema de gestión de la calidad. Colombia: Corporación para la gestión del conocimiento ASD 2000, 2007.P 11”En <http://site.ebrary.com/lib/bibliotecaean/Doc?id=10179523&ppg=41>

GARCÍA Y BOLÍVAR Fundamentos de Gestión Pública Hacia un Estado Eficiente. 2007. UNIVERSIDAD EAN. P.347.

GAVIRIA, A., MEDINA, C., y MEJÍA, C. (2006). La Reforma en Salud en Colombia: De la Teoría a la Práctica. Documento CEDE 2006-06, Universidad de los Andes.

GRILLO, HENAO, MÉNDEZ, MEDINA, MORENO, HERNÁNDEZ, LOBO, CORTÉS Y BARACALDO. Manual de Implementación: Modelo estándar de control interno para el Estado Colombiano. MECI 1000: 2005. 2006. P.28

ICONTEC, Norma Técnica De Calidad en la Gestión Pública NTCGP1000: 2007” (Decreto 4295)

ICONTEC, Norma Técnica De Calidad en la Gestión Pública NTCGP1000: 2009” P-3

ICONTEC, Norma Técnica De Calidad en la Gestión Pública NTCGP1000: 2009”

ICONTEC, Norma Técnica De Calidad en la Gestión Pública NTCGP1000: 2009”P.1

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION - ISO 9001 IWA1:2005

LAGO PÉREZ Lázaro Integración de Sistemas de Gestión Empresarial Certificables. 2006. En: TEJADA Víctor Hugo. Universidad de Antioquía. P. 34

MINISTERIO DE SALUD Decreto 2309 de 2002 “ Sistema Obligatorio de la Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud” P.1-3

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011.2006. P1.

PÉREZ, (2010).Gestión por procesos.(4° ed.)Madrid: ESIC EDITORIAL

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto 4110.2004. P1.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Decreto 4295,2007, p.1

ROSS ZEBALLOS e INFANTE La calidad y Reforma del sector Salud.2000 p.2003-2004 Rev. Panam Salud Pública 8

SANTA, GARCÍA, PRADA, URIBE Y VÁSQUEZ, El Sector Salud en Colombia: Impacto del SGSSS Después de más de una década de reforma. FEDESARROLLO 2008.P.11.

VARO, Jaime. Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios: Un modelo de gestión hospitalaria, España: Ediciones Díaz de Santos, 2007. P 50. En: <http://site.ebrary.com/lib/bibliotecaeansp/Doc?id=10179642&ppg=50>