

**HERRAMIENTA DE GESTIÓN PARA LA AUTOEVALUACIÓN CON  
FINES DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL  
ÁMBITO DE LA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019, BASADO EN LA  
METODOLOGÍA PMI DE GERENCIA DE PROYECTOS.**

**ANDRÉS FELIPE DURAN BOTERO  
JUAN DE LA CRUZ GÓMEZ GÓMEZ  
MIGUEL ANTONIO ZARATE DORIA**

**DIVISIÓN DE POSGRADOS Y FORMACIÓN AVANZADA  
POSGRADO DE GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD  
UNIVERSIDAD DEL BOSQUE**

**BOGOTÁ D.C, ENERO DE 2020**

## Hoja de identificación

<b>Universidad</b>	El Bosque
<b>División – postgrado</b>	Posgrados – Posgrado Gerencia de la Calidad en Salud
<b>Título de la investigación</b>	Herramienta de gestión para la autoevaluación con fines de habilitación de servicios de salud en el marco de la resolución 3100 de 2019, basado en la metodología PMI de Gerencia de Proyectos.
<b>Línea de investigación</b>	Gestión de Servicios de Calidad en Salud
<b>Instituciones participantes</b>	Universidad del Bosque, Institución Prestadora de servicios de Salud
<b>Tipo de investigación</b>	Posgrado
<b>Investigadores</b>	Andrés Felipe Duran Botero Juan de la Cruz Gómez Gómez Miguel Antonio Zarate Doria
<b>Director de trabajo de grado</b>	Dra. Anny Bonilla Dueñas
<b>Asesor variables de estudio</b>	Dra. Lilian Maritza Núñez
<b>Asesor para enfoque integrador</b>	Dr. Álvaro Amaya Navas



**Acta de calificación y aprobación  
de trabajo de grado**

Los suscritos Directores de la División de Posgrados y el Director Programa Académico, con base en los criterios científicos, metodológicos y éticos que se han establecido para tal efecto y después de haber oído el concepto de los respectivos evaluadores asignados para calificar el trabajo de grado:

**“HERRAMIENTA DE GESTIÓN PARA LA AUTOEVALUACIÓN CON  
FINES DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL MARCO  
DE LA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019, BASADO EN LA  
METODOLOGÍA PMI DE GERENCIA DE PROYECTOS.”**

Vigilada Mineducación

Presentado como requisito parcial por los estudiantes:

**ANDRÉS FELIPE DURAN BOTERO  
JUAN DE LA CRUZ GÓMEZ GÓMEZ  
MIGUEL ANTONIO ZARATE DORIA**

Para optar al título de:

**Especialista en Gerencia de la Calidad en Salud**

Deciden asignar la calificación final de:

**APROBADA**

Firmado en Bogotá D.C., el 17 de diciembre de 2020

**Juan Carlos Sánchez P**  
**Director**  
**División de Postgrados**

**Alvaro Amaya Navas**  
**Director Programa y**  
**Asesor Enfoque Integrador**

**Anny Bonilla Dueñas**  
**Directora de Trabajo y**  
**Asesora Metodológica**

**Lilian Núñez Forero**  
**Asesora Variables de Estudio**

## **Nota de salvedad de responsabilidad institucional**

*“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.*

## **Agradecimientos**

A Dios quien puso en mi vida las herramientas y recursos necesarios para materializar este proyecto de formación profesional, a la institución donde laboro por creer en mí y en el fortalecimiento de las aptitudes de sus colaboradores, a mis compañeros Miguel Zarate y Andrés Duran por disponer su conocimiento, fortaleza y dedicación a la culminación de este trabajo de grado, a la Dr. Anny Bonilla y el Dr. Álvaro Amaya por guiar y enfocar nuestros esfuerzos y trabajo, a todos los profesores del programa y a la Universidad el Bosque por hacer tan grandiosos aportes en nuestra formación como seres humanos, personas y profesionales.

Un agradecimiento especial a mi esposa Karina, por apoyar este sueño de formación y por ser mi bastón en la formación profesional, pero más importante, por ser el pilar en mi formación y crecimiento personal, a mi familia Diana, Lina y Ofelia por los múltiples aportes en el construir de mi proyecto profesional y personal. Finalmente, a todos aquellos intervinientes en la realización de este proyecto de grado.

**Juan de la Cruz Gómez**

A Dios todo poderoso por haberme permitido llegar hasta este punto de mi vida y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de una infinita bondad, amor en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por poner en mi camino a personas como Juan de la Cruz Gómez y a Miguel Zarate Doria quienes han compartido sus conocimientos, me apoyaron y me acompañaron durante todo este periodo de preparación académica.

A mi esposa amada Sasha Yllarramendi, por su amor incondicional, por todo su apoyo, su comprensión, por sus palabras de aliento y por lo feliz que soy de tenerte a mi lado. Infinitas gracias. Te amo.

A mi familia porque cada uno de ellos ayudaron con sus consejos de una forma u otra animándome a seguir adelante y a luchar por alcanzar mis metas. Juan de la Cruz, Miguel Zarate, gracia por permitirme trabajar con ustedes me siento orgulloso de tener excelentes y brillantes amigos. Dios los bendiga siempre y les permita alcanzar todos sus propósitos.

A Universidad el Bosque y docentes de la especialidad de Gerencia de la Calidad por compartir todos los conocimientos, brindarnos atención y los mejores espacios para el desarrollo de las actividades académicas y en especial A la Dra. Anny Bonilla, Dr. Álvaro Amaya por su calidad de docentes para guiarnos y hacer todo lo necesario en el proceso de desarrollo de este proyecto. Muchas gracias.

**Andrés Felipe Duran Botero.**

Agradecimientos primero que todo a Dios, por brindarme salud, sabiduría y entrega en esta etapa tan importante de mi vida, y en medio de la situación de salud que vivimos a nivel mundial me permitió mantenerme sano para lograr mis objetivos. Le doy gracias a mi familia, a mi padre y a mi madre por brindarme la oportunidad de seguir creciendo profesional, académica y personalmente, sin su apoyo incondicional no estaría en dónde estoy. Agradezco enormemente el acompañamiento constante de mi novia, Yalinda García, quién hombro a hombro estuvo en cada momento de mi formación, aconsejándome siempre de la mejor manera y motivándome cada día más. A mis compañeros Andrés Duran y Juan Gomez, quienes hoy en día no son compañeros, son mis amigos, sin ellos no hubiese sido fácil alcanzar este gran logro, me llenaron de conocimientos y experiencias y estaré infinitamente

agradecidos con ellos. Agradezco al Dr. Álvaro Amaya, quien no sólo fue un profesor, fue un padre y consejero de vida para nosotros y estuvo apoyándonos en todo el trayecto de nuestra formación. A la Dra. Anny Bonilla, sin su ayuda este proyecto no hubiese sido posible jamás, su infinita paciencia nos llevó a lograr grandes cosas y su esfuerzo merece ser reconocido. Finalmente, a mi alma mater, a la Universidad El Bosque, institución que me ha visto crecer personal y profesionalmente y me ha brindado todos los recursos de calidad para formarme integralmente.

**Miguel Antonio Zàrate Doria**

## **Dedicatoria**

*A todas las personas que a diario trabajan  
por mejorar las condiciones de prestación  
de servicios en salud, los que propenden y se esfuerzan  
por alcanzar la calidad y la excelencia.*

## Guía de Contenido

	Página
1. Introducción	1
2. Marco referencia	4
<i>2.1 Marco conceptual</i>	4
<i>2.2 Marco normativo</i>	25
<i>2.3 Marco institucional</i>	33
3. Planteamiento del problema	35
4. Justificación	37
5. Objetivos	38
<i>5.1 Objetivo general</i>	38
<i>5.2 Objetivos específicos</i>	38
6. Propósitos	40
7. Aspectos metodológicos	41
<i>7.1 Tipo de estudio</i>	41
<i>7.2 Población de referencia y muestra</i>	41
<i>7.3 Matriz de Variables</i>	42
<i>7.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de la Información</i>	43
8. Materiales y métodos	45
9. Plan de análisis	49
10. Consideraciones y aspectos éticos	55
11. Estructura organizacional del proyecto	57

12. Cronograma	58
13. Presupuesto	59
14. Resultados	60
15. Discusión	84
16. Conclusiones y recomendaciones	87
17. Bibliografía	88
Anexos	

## Índice de siglas

<b>PMBOK</b>	<i>Guía de los fundamentos para gestión de proyectos, por sus siglas en ingles Project Management Body of Knowledge</i>
<b>PMI</b>	<i>Instituto de Gerencia de Proyectos, por sus siglas en ingles Project Managament Isntitute</i>
<b>EAPB</b>	<i>Empresas Administradoras de Planes de Beneficios</i>
<b>EPS</b>	<i>Entidad Promotora de Salud</i>
<b>ETS</b>	<i>Entidades Territoriales de Salud</i>
<b>ICONTEC</b>	<i>Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación</i>
<b>IPS</b>	<i>Institución Prestadora de Salud</i>
<b>POS</b>	<i>Plan Obligatorio de Salud</i>
<b>SOGCS</b>	<i>Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad</i>
<b>SGSSS</b>	<i>Sistema General de Seguridad Social en Salud</i>
<b>SUA</b>	<i>Sistema Único de Acreditación</i>
<b>SUH</b>	<i>Sistema Único de Habilitación</i>
<b>REPS</b>	<i>Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud</i>
<b>PHVA</b>	<i>Ciclo PHVA, Planear, Hacer, verificar y Actuar</i>
<b>PAMEC</b>	<i>Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad</i>

## **Glosario**

**Condiciones de habilitación:** *las condiciones de habilitación corresponden al conjunto de requisitos y criterios que deben cumplir los prestadores para la entrada y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

## Índice de tablas gráficas y figuras

	Página
<b>Tabla 1.</b> <i>Indicadores de Atributos de Evaluación de la Calidad.</i>	23
<b>Tabla 2.</b> <i>Normatividad vigente procesos de habilitación en salud.</i>	31
<b>Tabla 3.</b> <i>Matriz de variables.</i>	43
<b>Tabla 4.</b> <i>Cronograma de actividades.</i>	58
<b>Tabla 5.</b> <i>Presupuesto del trabajo de grado.</i>	59
<b>Tabla 6.</b> <i>Resultados del diagnóstico de procesos de autoevaluación.</i>	64
<b>Tabla 7.</b> <i>Instrumentos de acuerdo con las áreas del conocimiento.</i>	78
<b>Gráfico 1.</b> <i>Grupos de procesos y áreas de conocimiento de la gerencia de proyectos del PMI.</i>	47
<b>Gráfico 2.</b> <i>Resumen grafico de la metodología aplicada en él proyecto.</i>	48
<b>Gráfico 3.</b> <i>Estructura Organizacional del proyecto.</i>	57
<b>Grafica 4.</b> <i>Resultados del diagnóstico de los procesos de autoevaluación</i>	63
<b>Figura 1.</b> <i>Ilustración Ciclo PHVA.</i>	06
<b>Figura 2.</b> <i>Ejemplo de lista de chequeo diagnóstico proceso Anexo 1</i>	44
<b>Figura 3.</b> <i>Ilustración áreas del conocimiento incluidas en el diseño</i>	

<i>del instrumento de gestión para la habilitación.</i>	68
<b>Figura 4.</b> <i>Ciclo de funcionamiento herramienta de gestión.</i>	69
<b>Figura 5.</b> <i>Etapas proceso de autoevaluación con fines de habilitación.</i>	79
<b>Figura 6.</b> <i>Ruta crítica para la implementación de la herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación.</i>	80

## Anexos

		Página
<b>Anexo 1.</b>	<i>Lista de chequeo para diagnóstico de procesos.</i>	93
<b>Anexo 2.</b>	<i>Formato de consolidación de información Aplicación de mejores practicas</i>	95
<b>Anexo 3.</b>	<i>Estructura de desglose de trabajo (EDT) proyecto de grado</i>	96
<b>Anexo 4.</b>	<i>Artículo de investigación</i>	98

## Resumen

En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social tienen la potestad y responsabilidad de establecer las normas, procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud, en procura de la seguridad de los usuarios del servicio. Estas condiciones están reguladas en la Resolución 3100 del 2019, norma que se posiciona como la línea base de obligatorio cumplimiento para que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – en adelante IPS- y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios – en adelante EAPB- lleven a cabo su *autoevaluación* y reporten la declaración de cumplimiento en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -en adelante REPS-, para obtener o reafirmar la habilitación de los servicios que se ofertan.

La referida *autoevaluación* se ha convertido en uno de los retos de la habilitación en salud para muchos prestadores en Colombia debido a la dificultad de interpretación del marco normativo, la carencia de herramientas de gestión y la ausencia de metodologías que sintetizen los procesos de autodiagnóstico. A pesar de que la institución establece que el Sistema Único de Habilitación – en adelante SUH- es uno de los pilares en los que está basado el Sistema Integral de Calidad y que es la base para la revisión de los procesos misionales; durante la revisión realizada a los procedimientos para la gestión de los procesos de calidad no se evidenció la caracterización o establecimiento de una forma o metodología para la autoevaluación de las condiciones de habilitación, o la definición de un proceso periódico de autoevaluación interno de los procesos y resultados de la prestación de los servicios.

Al evidenciar esa falencia común, el grupo se planteó como objetivo de esta investigación diseñar una herramienta de gestión con fines de habilitación de servicios de salud apoyado en la metodología PMI de gerencia de proyectos que permita fortalecer los procesos de autoevaluación para el mantenimiento y cumplimiento de las condiciones de habilitación, contribuyendo a la formulación de acciones de mejora tendientes al cumplimiento del marco normativo. Con la implementación de esta herramienta, se espera que las instituciones cuenten con un soporte, que les facilitará la gestión de los procesos de autoevaluación con fines de habilitación, la ejecución y control de lo planeado para el logro efectivo de los objetivos de calidad propuestos.

Con miras a lograr el objetivo ya indicado, esta investigación se adelantó a partir de las siguientes etapas: en primer lugar, se revisaron, evaluaron y calificaron los procesos de autoevaluación con fines de habilitación de una IPS; acto seguido, se estableció un diagnóstico a partir de la información recolectada y; finalmente, se procedió a diseñar una herramienta de gestión que apoye y mejore los procesos de autoevaluación con fines de habilitación, a partir de la aplicación de las buenas prácticas de gerencia de proyectos. Para el diagnóstico de los procesos de autoevaluación se tuvo en cuenta la lista de chequeo de la norma ISO 9001 Versión 2015 con el fin de verificar la alineación del proceso de autoevaluación a los principios de gestión de calidad.

**Palabras claves:** *Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOG), Autoevaluación, Habilitación en Salud, Resolución 3100 de 2019, Gerencia de Proyectos, Ciclo PHVA, Metodología Project Management Institute*

## Abstract

In Colombia, the Ministry of Health and Social Protection has the power and responsibility to establish the rules, procedures and conditions for the registration of health service providers, in pursuit of the safety of service users. These conditions are regulated in Resolution 3100 of 2019, a rule that is positioned as the mandatory baseline for Health Service Providers - hereinafter IPS- and Benefit Plan Administrators - hereinafter EAPB- to carry out their self-evaluation and report the declaration of compliance in the Special Registry of Health Service Providers - hereinafter REPS-, to obtain or endorse the authorization of the services offered.

The referred self-assessment has become one of the challenges of health habilitation for many providers in Colombia due to the difficulty of interpreting the regulatory framework, the lack of management tools and the absence of methodologies that synthesize the self-diagnosis processes. Despite the fact that the institution establishes that the Unique Habilitation System - hereinafter SUH- is one of the pillars on which the Comprehensive Quality System is based and that it is the basis for the review of missionary processes; During the review of the procedures for the management of quality processes, there was no evidence of the characterization or establishment of a form or methodology for the self-assessment of the enabling conditions, or the definition of a periodic process of internal self-assessment of the processes and results of the provision of services.

When evidencing this common flaw, the group's objective of this research was to design a management tool for the purpose of enabling health services supported by the PMI methodology for project management that allows strengthening the self-evaluation processes for the maintenance and compliance of the enabling conditions, contributing to the formulation of improvement actions aimed at compliance with the regulatory framework. With the implementation of this tool, it is expected that the institutions will have support, which will facilitate the management of the self-assessment processes for the purposes of empowerment, the execution and control of what is planned for the effective achievement of the proposed quality objectives.

With a view to achieving the aforementioned objective, this research was carried out through the following stages: first, the self-assessment processes were reviewed, evaluated, and rated for the purpose of enabling an IPS; immediately afterwards, a diagnosis was established based on the information collected and; Finally, a management tool was designed to support and improve self-assessment processes for empowerment purposes, based on the application of good project management practices. For the diagnosis of the self-assessment processes, the checklist of the ISO 9001 Version 2015 standard was taken into account in order to verify the alignment of the self-assessment process with the principles of quality management.

**Keywords:** *Mandatory Quality Assurance System (SOG), Self-evaluation, Health Certification, Resolution 3100 of 2019, Project Management, PHVA Cycle, Project Management Institute Methodology*

## 1. Introducción

En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social tiene la potestad y responsabilidad de establecer las normas, procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud en procura de la seguridad de los usuarios, actualmente bajo la Resolución 3100 en vigencia desde el año 2019, se establecen mencionadas condiciones; que son de obligatorio cumplimiento y se posicionan como la línea base para que Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) lleven a cabo sus autodiagnósticos (Autoevaluación de las condiciones de habilitación) y reporten la declaración de cumplimiento en el REPS, para de este modo obtener o refrendar la habilitación de los servicios que se ofertan. Pese a lo anterior, la autoevaluación se ha convertido en uno de los retos de la habilitación en salud para muchos prestadores en Colombia, pues debido a la dificultad de interpretación del marco normativo, la insuficiente estructuración del proceso de autoevaluación, la carencia de herramientas de gestión y la ausencia de metodologías que ayuden a sintetizar los procesos de autodiagnóstico basados en la normativa, los prestadores no pueden establecer el alcance de aplicación de la habilitación y la autoevaluación o simplemente lo toman como un requisito ligero que deben cumplir, generando que en algunas ocasiones se omitan puntos importantes para el cumplimiento de los requisitos mínimos, con consecuencias que impactan en la estrategia, el sostenimiento financiero, la calidad y la seguridad de los servicios de la organización.

El inadecuado entendimiento y abordaje de la autoevaluación exigida por los entes de control con miras a la habilitación de los servicios en salud en Colombia ha sido uno de los problemas que ha llevado a que muchos prestadores no cumplan con los requisitos mínimos del sistema

único de habilitación, sin embargo, la falta de entendimiento e interpretación del Sistema Único de Habilitación no es la única razón por la cual los prestadores no llegan al cumplimiento de las metas propuestas en términos de calidad de servicios de salud y de la estrategia de la organización. La falta de delimitación y reconocimiento del alcance de la resolución 3100 aplicada a la organización es uno de los mayores problemas para los prestadores de servicios de salud, que durante la ejecución de sus diagnósticos y verificación del cumplimiento de los requerimientos del marco normativo, evidencian que los mismos se encuentran fuera del tiempo y los costos inicialmente estimados. En el anterior entendido, es común notar que el cumplimiento de los requisitos, y por ende la obtención de la habilitación se vea dilatada en el tiempo y las organizaciones deben disponer más esfuerzo, recursos humanos y dinero para la obtención de la habilitación o simplemente ante la evidencia de altos costos y tiempos extensos deciden abandonar el proceso. Otro de los escenarios comunes es que, ante las visitas de los entes de control, se evidencia el incumplimiento de los requisitos del sistema único de habilitación, llevando a la suspensión de los servicios habilitados y a las consecuencias que se tiene sobre la reputación, los procesos y la estabilidad financiera de las organizaciones.

Muchos de los problemas que enfrentan las instituciones de servicios de salud con la habilitación de sus servicios redundan en la falta de herramientas de gestión que propendan por la planeación, ejecución, monitoreo y control de los procesos de autodiagnóstico y calidad, dichas herramientas de gestión permiten obtener el enfoque basado en proyectos para que se alcancen los objetivos propuestos tanto en la habilitación de servicios como la estrategia de la organización. La herramienta de gestión que propone el presente trabajo está basada en la metodología de gerencia de proyectos del Project Management Institute (En

adelante PMI) y plantea enmarcar todo esfuerzo de la habilitación y el autodiagnóstico de servicios de salud en una triple restricción; Alcance, Tiempo y Costo, propendiendo por el desarrollo metódico y estructurado de la autoevaluación, con varios planes imperativos dentro de su estructura, ayudando a establecer y asignar tareas importantes, presupuestos, tiempo (cronogramas), calidad, requerimientos y requisitos, sostenibilidad, recursos y análisis de riesgos teniendo como principal imperativo en el marco normativo en salud, permitiendo el desarrollo y cumplimiento de los objetivos propuestos a la luz de la autoevaluación para la habilitación o refrendación de los servicios en salud que la organización oferta.

En el marco de la problemática expuesta este trabajo de investigación propone *diseñar una herramienta de gestión para el autodiagnóstico con fines de habilitación de servicios de salud en el marco de la resolución 3100 de 2019, basada en la metodología PMI de gerencia de proyectos* de este modo darle un enfoque gerencial a los procesos de habilitación y autoevaluación que una organización de servicios de salud oferta dentro de su portafolio, procurando por la planificación, dirección de recursos humanos, materiales y de la ejecución y control de lo planeado para el logro efectivo de los objetivos propuestos y un impacto directo sobre la calidad del servicio a los usuarios finales.

## **2. Marco de referencia**

### ***2.1 Marco conceptual***

#### *2.1.1. Gerencia de Proyectos modelo PMI*

La gerencia de proyectos es una parte fundamental para el desarrollo de un producto y/o servicio; por esto se considera relevante que los gerentes de calidad en salud estén familiarizados con dicho modelo; dado esto es pertinente entender y diferenciar todos los conceptos individuales que hacen parte de la gerencia de proyecto y su aplicación a los proyectos enfocados al sector salud.

Comenzando por la definición de proyecto, el cual se define de manera amplia como “un esfuerzo temporal que se lleva a cabo para crear un producto, servicio o resultado único” (PMI, 2013). El concepto de temporalidad indica que los proyectos deben tener un tiempo de inicio y final definidos, donde el final puede establecerse por el cumplimiento de los objetivos o por el contrario porque no son logrados, también puede darse frente a la ausencia de la necesidad por la cual se inició el proyecto o porque el financiador desea dar fin al mismo. A su vez hay que entender que hablar de temporal, no es igual a hablar de corta duración; en ocasiones los objetivos a alcanzar por medio del proyecto en desarrollo pueden tener impactos sociales, económicos y ambientales que pueden perdurar en el tiempo. Cada proyecto va a entregar un servicio único, de forma tangible o intangible, que pueden presentar características repetitivas o similares con otros proyectos, pero el final siempre será uno (PMI, 2013). Pueden llevarse a cabo en cualquier nivel y tipo de organización, a cargo de una persona, de varias personas, involucrar un área de una organización o inclusive varias áreas de múltiples organizaciones. Un proyecto puede generar entonces un producto

innovador, mejorar un producto preexistente, ser un componente adicional o ayudante de un producto ya formado o una conclusión acerca de un tema.

Otro concepto para tener en cuenta es la relación entre proyecto, programa y portafolio. Siendo el portafolio un conjunto de proyectos, programas y operaciones agrupados con el fin de alcanzar unos objetivos; el programa puede tener a su vez subprogramas e incluir o no, proyectos, que se gestionan coordinadamente para ser incluidos en el portafolio. El proyecto individual o incluido en el programa siempre hará parte del portafolio. Todos estos están vinculados en pro de los objetivos estratégicos de la organización por medio del portafolio, siendo este la punta del iceberg. (PMI, 2013)

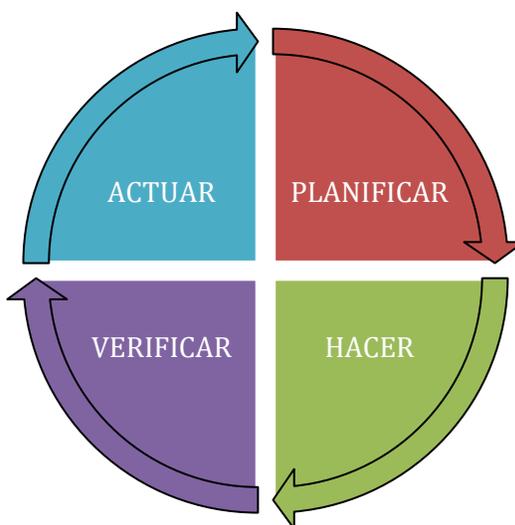
La planificación de la organización es fundamental para alcanzar los objetivos del proyecto, es decir el resultado único, por medio de la evaluación de riesgos, financiamiento guiando la gestión de los recursos y otras características propias del plan estratégico de la organización.

Lo anterior, lleva a la dirección de proyectos, que es “la aplicación de conocimientos, habilidades, herramientas y técnicas a las actividades del proyecto para cumplir con los requisitos de este”, el cual se organiza en 5 grupos de procesos que son inicio, planificación, ejecución, monitoreo y control, por último cierre. Dentro de esta área, dirección de proyectos, es necesario identificar los requisitos, abordar las necesidades del proyecto, responder a las inquietudes de los financiadores, mantener la comunicación e información del desarrollo del proyecto con los mismos y lograr equilibrar las limitantes que presente el proyecto como por ejemplo recursos y cronograma; donde si uno es modificado el otro se verá afectado; dichas limitantes pueden variar durante el desarrollo del proyecto, con opiniones diferentes entre los interesados, en lo cual la dirección de proyectos debe ser capaz de evaluar la situación y encontrar una solución para alcanzar los objetivos de forma exitosa. Por lo anterior expuesto,

es importante que este equipo de dirección, durante el desarrollo, mantenga una revisión continua y detallada para una mejor gestión. para la cual debe tenerse en cuenta el denominado ciclo PHVA, que al desglosar sus siglas son: Planear, Hacer, Verificar y Actuar; como se explica a continuación:

1. **Planificar:** Se realiza la evaluación y diagnóstico del estado actual de la institución y su sistema de garantía de la calidad, por medio del cual se obtendrá la información de los ajustes que se requiere.
2. **Hacer:** Colocar en práctica lo planeado para la obtención de resultados necesarios.
3. **Verificar:** Evaluar el éxito y errores del proyecto implementado por medio de auditorías internas y externas.
4. **Actuar:** Es una planeación adicional, donde se aplican las correcciones necesarias previamente establecidas

**Figura 1.** *Ilustración Ciclo PHVA.*



*Fuente: Grafica elaborada por los autores, bajo el concepto de Deming mejoramiento continuo, 2020.*

Los pasos del ciclo PHVA pueden requerir recopilar y analizar una cantidad importante de datos, y para analizarlos disponemos de las denominadas “herramientas de la calidad”, algunos ejemplos son (3):

- Diagramas de causa-efecto.
- Listados de verificación.
- Diagramas de flujo.
- Distribuciones de frecuencia e histogramas.
- Diagramas de Pareto.
- Gráficos de control.

El Instituto de gerencia de proyectos o *PMI* por sus siglas en inglés (*Project Management Institute*) es la asociación líder a nivel mundial para el estudio y certificación de la gerencia de proyectos. Su modelo característico hace énfasis en el rol del director del proyecto para lograr el éxito del mismo; quien es la persona asignada por la organización para dirigir el equipo responsable del desarrollo del proyecto, que a su vez puede tener un gerente funcional como supervisor, también puede ser parte de un grupo de directores de distintos proyectos a cargo de un director de programa o de portafolio; este último será el líder o encargado de todos los proyectos de la institución. Deben trabajar de forma conjunta para alcanzar los objetivos planteados.

A diferencia de la dirección de proyectos, siendo esta la parte estratégica; el director del proyecto debe velar por los requerimientos del proyecto, del personal de forma grupal e individual, siendo la comunicación entre el proyecto y el equipo de trabajo. Este director debe contar con tres componentes fundamentales, conocimiento sobre la dirección de proyectos, desempeño haciendo referencia a lo que es capaz de lograr al aplicar los

conocimientos y en el ámbito personal es importante el desenvolvimiento y liderazgo que pueda impartir en el grupo de trabajo. El director del proyecto es responsable de establecer límites alcanzables para el proyecto y que el desarrollo de este se dé dentro de las bases establecidas.

Un proyecto puede contar con cualquier cantidad de fases, donde una fase es un grupo de actividades que permite tener entregables que contribuyen a lograr el objetivo, generalmente cada fase implica esfuerzos y tiempos diferentes, pueden darse de forma secuencial o superponerse entre ellas. Esto hace que pueda dividirse el proyecto y hacer su organización y dirección más fácil.

Dado la temporalidad de los proyectos, su éxito se mide en cuanto al cumplimiento de los objetivos a pesar de las restricciones como tiempo, costos, recursos, calidad y riesgos.

### *2.1.2 Autoevaluación (Habilitación)*

Entiéndase habilitación, según la Real Academia Española, como el reconocimiento jurídico que constata la capacidad de las personas para realizar determinadas actividades o la idoneidad de las cosas para ser dedicadas a determinadas funciones (Española, 2020). Este concepto lo hemos articulado en nuestro sistema de salud, implementando a cabalidad su definición, es por esto que, a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, se creó el Sistema Único de habilitación, el cual se define normativamente como *“el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad*

*a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB).” (Ministerio de Salud , 2020)*

Gracias a esta serie de requisitos que deben ser cumplidos tanto por EAPB e IPS, se garantiza la calidad de la atención en salud, el cual es un componente obligatorio y estatal del Sistema de Garantía de Calidad y constituye la herramienta definida para autorizar el ingreso y la permanencia de los Prestadores de servicios de salud en el sistema de salud. Según la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016, El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), normativamente se conoce como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país. Para lograr los objetivos en mención, el SOGCS está integrado por 3 componentes además del Sistema Único de Habilitación (SUH), los cuales son: El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud. Cada uno de estos cumplen una función específica dentro del marco de la calidad en salud; el Sistema de Información para la Calidad en Salud se encarga de, a través de indicadores de calidad de las EAPB e IPS, brindarle al usuario información veraz acerca de la calidad de los servicios ofertados por cada institución y de esta manera puedan ejercer con transparencia el derecho a la libre elección de los prestadores de salud y aseguradores. Sistema Único de Acreditación (SUA) es el encargado de hacer cumplir los requisitos de ciertas instituciones para llegar a un nivel de calidad superior al mínimo exigido, este es totalmente voluntario y requiere verificación periódica. Este componente se ha actualizado con el Decreto No. 903 de 2014, con el cual se busca fortalecer la implementación de

estándares superiores de calidad en la atención en salud. PAMEC es el componente encargado de la evaluación y mejoramiento continuo de la calidad observada respecto a la esperada en cada institución prestadora de servicios de salud.

El sistema de habilitación incluye dos procesos básicos: la autoevaluación e inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud, y la verificación del cumplimiento de estándares por parte de las autoridades de salud; y contempla tres tipos de condiciones:

- 1. Suficiencia patrimonial y financiera.**
- 2. Condiciones técnico-administrativas.**
- 3. Condiciones tecnológicas y científicas.**

Teniendo en cuenta esto, la parte de la autoevaluación es fundamental para llevar a cabo tanto la habilitación de un servicio como el desarrollo de un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Este proceso de autoevaluación consiste en establecer un diagnóstico básico general de la institución, que pretende identificar los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización o aquellos aspectos que se consideran relevantes. Con el diagnóstico general estamos en la capacidad de determinar cuáles son los problemas de calidad que presenta nuestra institución e identificar los procesos que intervienen en ellos. Dentro de los lineamientos de gerencia de proyectos del PMI establecen la necesidad de nombrar un líder el cual se encargará de lograr el éxito de dicho proyecto, en cuanto a la autoevaluación en los procesos de habilitación en salud, este personaje es el encargado de conformar y/o nombrar un comité de mejoramiento de la calidad quienes tendrán la función de desarrollar el proceso de autoevaluación interna de la manera más íntegra. Como resultado de este proceso logramos evidenciar brechas de desempeño y constatar la aplicación de guías, normas y procedimientos de acuerdo con referentes legales

y de calidad adoptados por la organización. Finalmente, dicho comité podrá plantear e implementar acciones preventivas y acciones de seguimiento.

Paso determinante del proceso de autoevaluación para la obtención de resultados positivos, es la capacitación de los integrantes del comité de mejoramiento de la calidad, dado que el conocimiento teórico y el entrenamiento sobre la aplicación del proceso y de la metodología de gerencia de proyecto son fundamentales para el entendimiento de las necesidades de la institución y la resolución de estas. (PMI, 2013)

### *2.1.3 Procesos de Calidad*

Partimos de una visión general, donde un proceso “es un conjunto de acciones y actividades, relacionadas entre sí, que se realizan para crear un producto, resultado o servicio predefinido”. Cada proceso es un sistema integrado que se compone por sus entradas, por las herramientas aplicables y por las salidas que generan, las cuales se explican y ejemplifican a continuación:

- ✓ **Entradas:** Son los elementos necesarios para iniciar el proceso. Por ejemplo, en el ámbito de atención de primer nivel, negligencia en la autoevaluación de los servicios a habilitar
- ✓ **Procedimientos:** Pasos necesarios para llevar a cabo un proceso, que transforma las entradas en salidas. Continuando con el ejemplo, en este componente sería formular las directrices para una autoevaluación de los servicios a habilitar
- ✓ **Salidas:** Resultados que generan un proceso. En este caso, sería lograr la habilitación de los servicios.
- ✓ **Recursos:** Elementos fijos o variables, imprescindibles para que el proceso se lleve

a cabo. Siendo por ejemplo el personal para desarrollar la autoevaluación.

- ✓ **Usuarios del proceso:** Como su nombre lo indica, a quién favorece el proceso y resultado final del mismo. Por ejemplo, a la institución prestadora de servicios en salud.
- ✓ **Indicador:** Medida de una característica del proceso desarrollado. Número de servicios habilitados.
- ✓ **Propietario del proceso:** responsable del desarrollo del proceso. Grupo de gerencia de proyectos de la Institución Prestadora de Servicios en Salud.
- ✓ **Sistema de Control:** Compuesto por indicadores del rendimiento del proceso y la satisfacción de las necesidades y expectativas de los diferentes usuarios
- ✓ **Alcance o límites del proceso:** Delimitan el comienzo y la finalización del proceso.

Con base en lo anteriormente mencionado, el personal se encuentra en la facultad de identificar un proceso determinado a realizar en una institución, teniendo en cuenta que cumpla con una transformación definitiva que apunte a las necesidades del cliente. Para esto se debe seguir una jerarquía de los procesos:

1. **Macroprocesos – Procesos:** El objetivo es crear una visión integral y coherente del negocio.
2. **Procedimiento:** Grupo de actividades a realizar para que un recurso entregado sea modificado y ampliado, creando un nuevo resultado para el cliente.
3. **Actividad:** Secuencia de acciones que genera un resultado.
4. **Tarea:** Es una acción específica del proceso.

A su vez los procesos se clasifican de acuerdo con el objetivo a realizar, donde se encuentran:

- **Procesos misionales:** Aquellos desarrollados en pro de contribuir al cumplimiento de la misión de la empresa.
- **Procesos gerenciales o estratégicos:** Encargados de otorgar la dirección de la organización, dando una estrategia corporativa con sentido propio; que debe ser realizada a nivel de gerencia.
- **Procesos de apoyo:** Desarrollan la infraestructura de la organización, por ejemplo, área de talento humano, contabilidad, mantenimiento, entre otros.
- **Procesos de evaluación:** Área encargada de la evaluación independiente de cada proceso de la institución.

Para lograr el objetivo propuesto, el proceso, debe estar constituido por personas, equipos, materiales, métodos, procedimientos, los cuales deben trabajar de manera articulada. Adicionalmente, para liderar y/o gerenciar estos procesos resulta necesario conocer el dominio tecnológico de la organización, con el fin de obtener un adecuado diagnóstico de los procesos, análisis y reformulación de los mismos, para crear un sistema de estandarización y un método estructurado de solución de problemas.

#### *2.1.4 Mejoramiento de la Calidad*

El mejoramiento de la calidad nace a raíz de una necesidad de generar organizaciones más eficientes, el aumento en la competitividad, el enfrentamiento a un cliente más exigente y preparado e inclusive la creación de productos teniendo en cuenta al medio ambiente, son algunos de los acontecimientos que exigieron la creación de este proceso.

El mejoramiento de calidad en salud en Colombia presenta plan estratégico 2016-2021 por el Ministerio de Salud; donde nos enfocan que este plan viene en constante cambio desde hace 20 años, inicialmente con un enfoque sistemático, que hoy en día los esfuerzos están

direccionados en un mayor grado de calidad de la atención en las instituciones prestadoras de servicios. Donde hacen énfasis en el aporte por parte del Sistema Único de Acreditación el cual ha generado un aprendizaje significativo en dichas instituciones.

Además, este plan actual permite e incluye a cada integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la participación en el logro de los resultados, haciendo un modelo de mayor sostenibilidad y perdurabilidad.

Inicialmente se documentaron los problemas principales en calidad, como lo son la pérdida de seguimiento de los lineamientos generales de política pública en calidad, prácticas deshumanizantes por enfoque en agentes del sistema y no en las personas, pocos incentivos en personal de salud para el mejoramiento continuo, deficiencia en la formación en el talento humano en salud, limitación en el acceso a la información completa para la toma decisiones por parte del usuario, entre otros.

Teniendo en cuenta los problemas documentados para la obtención de la calidad en los servicios de salud ofertados a la población, se deben plantear soluciones que abarquen a todos los actores del sistema de salud; una de las propuestas planteadas es la articulación de un sistema de incentivos con el sistema de calidad, que contribuya en mecanismos de mejoramiento continuo. El profesor Avedis Donabedian hace referencia a la implementación de dicho sistema en su publicación “Garantía de la calidad: ¿Quién es responsable?” del año 1996, en la cual define un sistema de incentivos en un sistema de calidad como *“El sistema que permita, estimule y retribuya una buena atención a la salud y que desaliente al mismo tiempo comportamientos inadecuados de cualquier índole, ya sea por parte de los médicos, de los usuarios o de los administradores”*. Los incentivos se pueden clasificar de la siguiente manera:

- ✓ **Incentivos económicos:** En este tipo de incentivos, el mejoramiento de la calidad tiene como recompensa ganancias económicas extras, ya sea porque la calidad genera aumento en la cápita, mejor rentabilidad y/o tarifas preferenciales en los contratos preexistentes.
- ✓ **Incentivos de prestigio:** La calidad se mantiene o se mejora con el fin de mantener o mejorar la imagen o reputación. Generan reconocimiento de propios y extraños y una mayor aceptación social.
- ✓ **Incentivos legales:** Se desmotiva el desmejoramiento de la calidad por medio de sanciones o se premia a los ganadores por medio de algunas prerrogativas legales (impuestos, selecciones en licitaciones).
- ✓ **Incentivos ético-profesionales:** En el caso particular de la prestación de servicios de salud, la calidad se mantiene o se mejora en aras de cumplir con una responsabilidad por representar los intereses del paciente.

El mejoramiento continuo de la calidad no depende exclusivamente de estímulos positivos, como los incentivos mencionados, también se tienen estímulos negativos, que ayudan a evitar que el prestador de servicios de salud incurra en actos que promuevan la decadencia de la calidad de la institución. La mejora continua debe concebirse en la institución como un principio transversal en la cultura de la misma, esencial en la actividad diaria de los profesionales para las organizaciones sanitarias; y no volverse meramente dependiente de incentivos, ya sean positivos o negativos.

El ciclo de mejora continuo es una metodología popular entre las instituciones sanitarias, y no sanitarias también, que le permite a la gestión de la institución identificar oportunidades

de mejora; y así mismo, la organización y la solución a dichos problemas. Esta metodología se basa en la creación de círculos de calidad, los cuales consisten en *“grupos de personas de la organización que, voluntariamente y durante largos períodos de tiempo, trabajan conjuntamente durante unas horas semanales para mejorar y perfeccionar sus procesos y su entorno de trabajo. Habitualmente, sus actividades incluyen detectar problemas, analizarlos, proponer soluciones y llevarlas a la práctica”*. (Social, Guías básicas para la implementación de pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud, 2007)

El personal que conforma el grupo no debe exceder de 8 integrantes, deben tener una misma razón para trabajar unido, y sus miembros aportar experiencia y capacidad de trabajo en equipo para lograr un objetivo común. Los objetivos asignados deben ser concretos, bien definidos, conocidos y compartidos por todos sus miembros; y resulta primordial para lograr el objetivo que puedan acceder o disponer de la información pertinente sobre el tema que abordan y suelen designar un líder o coordinador (que suelen elegir ellos). A pesar de que tienen que presentar resultados ante el gerente de la institución, esto les confiere autonomía para establecer su propio cronograma y ejercer su plan de trabajo; siempre teniendo en cuenta que es obligación tener responsabilidad sobre sus actuaciones y respetar los plazos previstos estipulados por ellos mismos. (Social, Guías básicas para la implementación de pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud, 2007)

El círculo de mejora sigue una organización vertical de acciones que ayudan a resolver los problemas eficientemente, dichas acciones consisten en:

- **Identificar el problema:** Definir el problema de la forma más objetiva posible, para lo que hay que analizar las posibles fuentes de información. Se deben priorizar los problemas en caso de identificar varios, por lo que se recomienda usar una matriz de

priorización.

- **Analizar el problema:** Recopilar la información disponible y sus fuentes.
- **Identificar posibles soluciones**
- **Seleccionar una solución.**
- **Presentar la solución a la dirección.**
- **Ejecutar la solución**
- **Evaluar la solución.**

En caso de ejecutarse la solución propuesta, y se evidencia no resolución del problema con esta, se procede a analizar otras posibles soluciones a través del ciclo PHVA, el cual mencionamos anteriormente, y la información se presenta a través de herramientas de calidad. Todo esto se realiza con el fin de mejorar el proceso en cuestión. (3)

La gestión de planes de mejora a cargo del círculo de mejora se basa en tres tipos de mejora según la necesidad del proceso (3):

- **Mejora gradual o continua:** Perfeccionar las actividades o algunas de las tareas presentes en la operatividad del proceso existente.
- **Mejora radical:** Crear o cambiar totalmente el proceso. No se trabaja sobre lo existente.
- **Kaizen:** Se origina del japonés *Kanji* y significa CAMBIO (Kai) y BUENO, BENEFICIOSO (zen). Representa una filosofía de cambio continuo de una manera armónica, de la organización y actividades del proceso en pro de la calidad brindada al cliente, contemplando todos los aspectos (costes, tiempos de respuesta, etc.).

Como ya se mencionó, los dos primeros pasos son el identificar y analizar el problema; es

claro que para esto se necesita información, que debe ser fidedigna, válida, pertinente y en la medida de lo posible, en tiempo real. Se obtiene dependiendo el tipo de información que se necesite, y en la práctica clínica convergen diferentes tipos de información (3):

- Información clínica: Procedente del paciente.
- Información de gestión: Permite evaluar los procesos asistenciales en el propio centro y en el conjunto de la red sanitaria.
- Información sobre conocimiento científico: Obtenida del personal asistencial (médico, enfermero, etc.).
- La cultura, nivel de información y expectativas del paciente.

La información necesaria para los estudios de calidad que lleva a cabo el círculo de calidad depende de la perspectiva de análisis. Si se quiere conocer la perspectiva del paciente, la información se obtiene de encuestas o evaluando resultados; Según la perspectiva de gestión, se evalúan costes y utilización, mientras que para los clínicos la asistencia se refleja en la historia clínica. (Social, Guías básicas para la implementación de pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud, 2007)

### *2.1.5 Calidad en Salud*

La palabra calidad se origina del latín *qualitas*, que significa perfección, pero establecer un concepto unánime de calidad en salud resulta difícil dado la subjetividad del mismo; pero se han establecido unos indicadores de salud que permiten medir integralmente y de manera pareja los servicios de ofrecidos por las instituciones prestadoras de servicios de salud y establecer unos parámetros de calidad dado que otorga un puntaje número según el cumplimiento o no de ciertos requisitos; por ende la calidad es, un derecho que debe ser

garantizado. Por lo tanto, la garantía de la calidad es imperativa en los sistemas de salud. En el sistema de salud colombiano, se estableció un plan de calidad que exige los siguientes atributos con los que deben contar los servicios ofertados:

1. **Accesibilidad:** Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud.
2. **Oportunidad:** Posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
3. **Seguridad:** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.
4. **Pertinencia:** Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.
5. **Continuidad:** Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.
6. **Satisfacción del Usuario:** Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.

Todo lo anterior implica que hay una serie de factores que inciden sobre la calidad, que para lograr los objetivos planteados deben estar presentes, entre ellos están la infraestructura de los sistemas de salud, y la forma como se usan para la producción de los servicios, la forma como está organizado el sistema de prestación de servicios, los recursos económicos del sistema y la gestión misma de estos recursos.

El trabajo realizado para la obtención y mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud requiere de procesos garantes, por lo que se creó el sistema de garantía de la calidad.

Donabedian define garantía de la calidad como *“todo aquello que los individuos y una sociedad llevan a cabo para generar, mantener y mejorar la calidad”* (social, 2016). Este concepto, o sistema, implica la identificación de los componentes del sistema que contribuyen a la calidad y la evaluación constante de los mismos. Con base en lo anterior, se infiere que un sistema de garantía de calidad requiere de *“un conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar negativamente la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos”* (social, 2016). Esta definición remarca la importancia de la evaluación como medio para la identificación de buenas o conductas o en su defecto falencias y actuar oportunamente ante estas, dado que la evaluación per se no conlleva a mejoría de la calidad, sino las acciones realizadas cuando se detectan las brechas o deficiencias frente a lo esperado.

Mencionado anteriormente, resulta importante en calidad el concepto de auditoría, debido a que es una herramienta fundamental para tener un sistema de seguimiento o monitoreo permanente de la prestación de los servicios, y el sistema de información a los usuarios. Este componente del SOGC es ejercido por el estado, es de obligatoria aplicación por parte de las IPS y EPS y entidades que se les asimilen y consiste básicamente en la verificación del cumplimiento de los requisitos mínimos de calidad para poder ofrecer servicios de salud. Se ejerce auditoría tanto a los servicios propios del aseguramiento y administración de los recursos que desarrollan las entidades promotoras de salud, como a los de prestación de servicios de salud en sus fases de promoción, fomento, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; por ende, el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud se discrimina de la siguiente manera:

- A las EAPB, IPS y ETS (entidades territoriales de salud), en su función de administradoras de beneficios en salud para los vinculados:
  - **La auditoría de la red de servicios:** Acciones de autocontrol y auditoría interna, diseñados y aplicados por la entidad, para mejorar la calidad de los procesos de su red de prestadores y de su sistema de referencia y contrarreferencia. Se deben adoptar estándares e indicadores de calidad.
  - **La auditoría de la atención al usuario:** Acciones de autocontrol y auditoría interna diseñados y aplicados por la entidad, para mejorar la calidad de los procesos destinados a garantizar a los afiliados el acceso a los servicios de salud y las prestaciones económicas que requiera y a los cuales tenga derecho. Se deben adoptar estándares e indicadores de calidad.
- Las ETS (entidades territoriales de salud) específicamente se auditan en el marco de sus funciones de asistencia técnica y seguimiento institucional para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Es por esto que las ETS deben asesorar a las EAPB e IPS en el desarrollo de sus sistemas de garantía de calidad.

Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad:

1. **Autocontrol:** Planeación, ejecución, verificación y ajuste de los procesos de atención en salud a cargo de cada responsable dentro de la organización.
2. **Auditoría interna:** Realizada por la misma organización por una instancia externa al proceso que se audita.
3. **Auditoría externa:** Realizada por un ente externo a la organización con base en los acuerdos previamente establecidos.

Tipos de acciones de auditoría para el mejoramiento de la calidad:

1. **Acciones preventivas:** Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad técnica e interpersonal de la misma.
2. **Acciones de seguimiento:** Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización, durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios para garantizar la calidad técnica e interpersonal de la atención en salud.

**Acciones coyunturales:** Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.

Gracias a los procesos de auditoría interna y externa, que permiten identificar problemas a intervenir mediante acciones previamente descritas, se obtiene mejoría en la calidad asistencial, pero la manera objetiva de medir la calidad asistencial y evidenciar el beneficio de las acciones de intervención en la institución es a través de indicadores de evaluación de la calidad asistencial.

Los indicadores de calidad asistencial o indicadores clínicos *“son medidas cuantitativas que sirven para dar información y monitorear diferentes aspectos de la calidad asistencial. Se expresa la información sobre un suceso en un número definido de casos, a través de un porcentaje o tasa, en un tiempo determinado”*. (A., 1996)

Para su construcción se debe situar en el numerador el número de casos que cumplen el criterio definido y en el denominador el total de casos evaluados. Debe incluir aclaraciones y excepciones si las tiene. (A., 1996)Ejemplo:

$$\frac{\text{Número total de colaboradores encuestados satisfechos con la gestión de TICS}}{\text{Número total de colaboradores encuestados}} \times 100$$

Son considerados como una medición indirecta ya que no permiten establecer relaciones causales entre el aspecto evaluado y el resultado obtenido, pero siguen siendo de gran utilidad para identificar situaciones de mejora en la evaluación de la calidad asistencial.

Los indicadores se clasifican según sus propiedades de medición o atributos, el suceso que midan y el aspecto al que se refieran. Los atributos de un indicador son los siguientes:

**Tabla 1.** *Indicadores de Atributos de Evaluación de la Calidad.*

<b>Validez</b>	Es la capacidad del indicador para medir aquello que se pretende que mida (identificar problemas de mejora). La evaluación de la validez de un indicador se realizará a la luz de la evidencia científica existente.
<b>Fiabilidad</b>	Es la capacidad para reproducir los mismos resultados en diferentes mediciones, con observadores diferentes, si los casos y las condiciones no cambian.
<b>Sensibilidad</b>	Es la capacidad del indicador para detectar casos con problemas de calidad reales o “verdaderos positivos”.
<b>Especificidad</b>	Es la capacidad del indicador para excluir casos sin problemas o “falsos positivos”.
<b>Relevancia Clínica</b>	El aspecto que mide el indicador es importante por su alta frecuencia y riesgo para la salud (por ejemplo, efecto sobre la morbilidad o mortalidad).
<b>Utilidad</b>	Es la capacidad del indicador para determinar situaciones susceptibles de mejora o cambio de comportamiento de los profesionales.
<b>Atribución al centro</b>	Los resultados que mide el indicador son atribuibles a los proveedores evaluados.
<b>Nivel de evidencia</b>	El aspecto que mide el indicador está apoyado por la evidencia, es decir, indica que es de gran importancia para mejorar la calidad de la atención

*Tabla 1. Atributos de los indicadores de evaluación de calidad*

*Fuente: Universidad Internacional de la Rioja. Tema 9: Indicadores de evaluación de la calidad asistencial. Estudios de monitorización. La Calidad de la Atención Sanitaria: Métodos de Evaluación de la Calidad Asistencial (pp. 1- 17).*

Los indicadores de evaluación de la calidad se clasifican de la siguiente manera:

- De acuerdo con la gravedad del suceso:

**Centinela:** Miden incidentes graves (muerte, lesión física o psíquica grave) o daño potencial y son altamente evitables. Por ejemplo, cuerpo extraño dejado involuntariamente durante una intervención quirúrgica, muerte o lesión por error en el uso de medicamentos.

**Basado en índices:** Mide un número de sucesos cuya tendencia en el tiempo está prevista y, si esta previsión no se cumple, deberán ser evaluados. Por ejemplo, la adherencia a la higiene de las manos en un centro sanitario debería ir aumentando a lo largo del tiempo. Si esto no sucede, habrá que analizar qué está pasando e instaurar las medidas correctivas oportunas.

- De acuerdo con el tipo de datos:

**Indicador de estructura:** Mide los recursos necesarios para llevar a cabo una actividad. Por ejemplo: la adecuación de las instalaciones y equipos, la cualificación de los profesionales, etc.

**Indicador de proceso:** Mide la actividad realizada por la institución y se suele basar en la evidencia científica disponible. Son más sensibles a la calidad asistencial. Por ejemplo, el porcentaje de pacientes diabéticos tratado según protocolo.

**Indicador de resultado:** Mide el beneficio obtenido por el paciente con la realización de una determinada actividad. Los indicadores de resultado hacen referencia a mortalidad, morbilidad, recuperación de la funcionalidad y resultados intermedios como conocimientos adquiridos, cambios de comportamiento, control de la enfermedad, satisfacción y calidad de

vida. Un indicador debe incluir la siguiente información:

- Fórmula del indicador.
- Aclaraciones y excepciones.
- Información sobre la evidencia que sustenta el indicador.
- La referencia que apoya la validez del indicador.
- Fuente de datos necesaria para obtener el indicador.
- Población, sujeto u objeto al que se refiere (por ejemplo, pacientes diabéticos, hospitales, etc.).

## ***2.2 Marco normativo***

La reforma al Sistema Nacional de Salud, realizada en desarrollo de los contenidos de los Artículos 48 y 49 de la Constitución Política Colombiana en el año de 1993, contenida en el Libro Segundo de la Ley 100, convirtió la salud en Colombia en un bien transable, generador de lucro para unos pocos particulares a costa de la salud y la vida de los colombianos.

Los artículos contemplados en la constitución política de Colombia otorgan como un derecho fundamental la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en

la ley. Los servicios de salud se organizaron en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

En un sistema de salud basado en el aseguramiento como el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, pluralista con participación pública y privada, que opera bajo principios de equidad, universalidad, protección integral y libre escogencia de los usuarios, la calidad constituye un objetivo clave en cuyo logro concurren aseguradores, prestadores, entes territoriales, organismos de control y los propios usuarios. En este sentido la generación, evaluación y mejoramiento continuo de la calidad en la atención y su impacto sobre las condiciones de salud y bienestar de la población, ha estado presente en los postulados y desarrollos de la reforma desde su concepción.

La calidad de la atención, en el marco del SGSSS y la normatividad vigente, se ha definido como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios. Esta definición centrada en el usuario involucra aspectos como accesibilidad, oportuna, seguridad y pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de la salud a la población colombiana.

Algunos apartes legales que marcan el estado actual del sistema de calidad se contemplan en la ley 100 de 1993, para luego mirar el contexto actual, en este caso, la ley 1122 del 9 de enero de 2007, la cual tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y no derogar.

En el ámbito de ley, las primeras menciones que se encuentran descritas en los fundamentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el artículo 153 de la ley 100 en el cual se plantea una serie de características que describen formas de cómo garantizar el fundamento de a la equidad.

La calidad y sus atributos como garantía de integralidad de la atención se encuentra definido en el numeral 3, artículo 153 de la ley 100, y artículo 23 de la ley 1122. En este caso la ley plantea la necesidad de garantizar la calidad a través de un continuo de la atención en salud, basado en un enfoque sistémico e integral de la misma.

La calidad y el control se encuentra definido en el numeral 9, artículo 153 de la ley 100, y artículo 39, de la ley 1122. En este aparte se plantean tres ideas. La primera es la calidad atada a mecanismos de control. Sin entrar a discutir sobre cuál es la aceptación de control que se quiso plantear en este párrafo, como se realiza un mecanismo operativo de monitorización del nivel de calidad obtenido frente a una atención. No puede haber control sin hechos, sin datos, sin números.

La segunda idea, es que los servicios deben tener guías o parámetros de calidad que sean soportados por un nivel de conocimiento aceptado. Estos dos temas se pueden encontrar dentro del artículo 39 de la ley 1122. Dónde se debe definir cuál es ese nivel socialmente aceptado, cuál es la preferencia social que quiere hacer frente a los niveles de calidad que desea o puede obtener.

La tercera, es que el gobierno tiene una responsabilidad frente a la definición de mecanismos para que las instituciones del sistema se acrediten. Esta última idea se complementa en la misma ley 100 en el artículo 186.

Los trabajos que lleva a cabo la auditoría interna son realizados en ambientes legales y culturales diversos, para organizaciones que varían según sus propósitos, tamaño, y estructura, y por personas internas o externas a la organización. Si bien estas diferencias pueden afectar la práctica de la auditoría interna en cada ambiente, el cumplimiento de las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna es esencial para el ejercicio de las responsabilidades de los auditores internos y de la actividad de auditoría interna.

Los propósitos de las normas son:

1. Guiar la adherencia con los elementos obligatorios del marco internacional para la práctica profesional.
2. Proporcionar un marco para ejercer y promover un amplio rango de actividades de servicios de auditoría interna de valor agregado.
3. Establecer las bases para evaluar el desempeño de la auditoría interna.
4. Fomentar la mejora de los procesos y operaciones de la organización.

Las normas junto con el código de ética forman todos los elementos de cumplimiento obligatorio del marco internacional para la práctica profesional.

En Colombia lo establecido en el decreto 780 de 2016, en su capítulo número 2, correspondiente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS). Se enfoca a las acciones que desarrolle el SOGCS las cuales se 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

estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención de salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

**1. Accesibilidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el sistema general de seguridad social en salud.

**2. Oportunidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

**3. Seguridad:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**4. Pertinencia:** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

**5. Continuidad:** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Teniendo en cuenta el decreto 780 de 2016, en su capítulo número 4, en el cual se establecen niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad en los servicios de

salud para las entidades obligadas a desarrollar procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud.

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud y las EAPB. El modelo implementado debe operar en los siguientes niveles:

**1. Autocontrol:** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

**2. Auditoría Interna:** Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

**3. Auditoría externa:** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

A través del tiempo en Colombia se han realizado modificaciones a las diferentes leyes en la salud; En el siguiente cuadro se podrá observar los cambios o modificaciones desde la

constitución política con una breve descripción de las normas relevantes en el sistema de salud colombiano.

**Tabla 2.** *Normatividad vigente procesos de habilitación en salud.*

<i>Norma</i>	<i>Fecha</i>	<i>Descripción</i>
<b>Constitución Política 1991</b>	1991	<i>Los derechos sociales, económicos y culturales. Derechos de los niños, adolescentes, tercera edad, discapacitados, seguridad social, salud y saneamiento ambiental.</i>
<b>Ley 100 diciembre de 1993</b>	Diciembre de 1993	<i>Sistema de seguridad social integral. (Sistema general de pensiones; Sistema general de seguridad social en salud; Sistema general de riesgos laborales; Servicios sociales.</i>
<b>Ley 1438 enero de 2011</b>	Enero de 2011	<i>Reforma del sistema general de seguridad social en salud. Atención preferencial a la infancia y adolescencia; financiamiento; Inspección vigilancia y control</i>
<b>Ley estatutaria 1751 de 2015</b>	16 de febrero de 2015	<i>Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.</i>
<b>Decreto 780 Mayo de 2016</b>	6 de mayo de 2016	<i>Decreto único reglamentario del sector salud y protección social.</i>
<b>Resolución 3100 Noviembre 2019</b>	25 de noviembre de 2019	<i>Por la cual se define los procedimientos de inscripción de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de los servicios de salud.</i>

*Fuente: Información recopilada por los autores año 2020*

La **Resolución 3100 de noviembre 2019**, es la resolución vigente, y en su **Artículo 1** establece que “*tiene por objeto definir los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, así como adoptar, en el anexo técnico, el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud el cual hace parte integral del presente acto administrativo.*” Se considera pilar fundamental del presente trabajo investigativo, ya que el diseño de la herramienta de gestión con fines de autoevaluación pretende facilitar la implementación y consecuentemente el cumplimiento de los requisitos establecidos en dicha resolución.

En su **Artículo 2**. Establece que el campo de aplicación es el siguiente:

- *Las instituciones prestadoras de servicios de salud.*
- *Los profesionales independientes de salud.*
- *Los servicios de transporte especial de pacientes.*
- *Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud.*
- *Las secretarías de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.*
- *Las entidades responsables del pago de servicios de salud.*
- *La Superintendencia Nacional de Salud.*

El **Artículo 3**. Corresponde a las Condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores de servicios de salud. Para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud-SOGCS, deben cumplir las siguientes condiciones:

- *Capacidad técnico-administrativa.*
- *Suficiencia patrimonial y financiera.*
- *Capacidad tecnológica y científica.*

**Artículo 5**. Autoevaluación de las condiciones de habilitación. La autoevaluación es el mecanismo de verificación de las condiciones de habilitación establecidas en el Manual de Prestadores y de Habilitación de Servicios de Salud, que efectúa periódicamente el prestador de servicios de salud y la posterior declaración de su cumplimiento en el REPS. La autoevaluación es un requisito en los siguientes casos:

- *De manera previa a la inscripción del prestador de servicios de salud y habilitación del o los servicios.*
- *Durante el cuarto año de la vigencia de la inscripción inicial del prestador de servicios de salud y antes de su vencimiento.*
- *Antes del vencimiento del término de renovación anual de la inscripción de que trata el artículo 10 de la presente resolución.*
- *De manera previa al reporte de las novedades, para aquellas que señale el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.*

Cuando el prestador de servicios de salud realice la autoevaluación a los servicios y evidencie el incumplimiento de una o más condiciones de habilitación, deberá abstenerse de registrar, ofertar y prestar el servicio. Esta resolución evidencia el grado de importancia que tiene realizar los procesos de autoevaluación, y más importante, hacerlo bien; en el **Artículo 11** se determinan las consecuencias de no realizar dicho proceso: *“Consecuencias por la no autoevaluación. Se inactivará la inscripción de un prestador de servicios de salud si el mismo no realiza la autoevaluación de la totalidad de los servicios habilitados con la declaración en el REPS, dentro del término previsto en la presente resolución... Cuando el prestador de servicios de salud no autoevalúe uno o varios de los servicios habilitados y no realice la declaración en el REPS, se inactivarán los servicios no autoevaluados. Para la habilitación de dichos servicios deberá realizar la autoevaluación y declaración del servicio en el REPS.”* (Social, 2019)

### ***2.3 Marco institucional***

El presente proyecto fue desarrollado en una Institución colombiana sin ánimo de lucro en la

cual se prestan servicios de salud enfocados a la rehabilitación, formación e inclusión de personas con discapacidad física y neurológica que trabaja en pro de las personas en situación de discapacidad en Colombia. La fundación opera corporativamente, pero con visión social por medio de cuatro unidades misionales autosostenibles que permiten la reinversión de los excedentes en favor de la población sin acceso al sistema general de seguridad social en salud.

### **3. Planteamiento del problema**

Muchos de los problemas que enfrentan algunas instituciones de servicios de salud (IPS) con la habilitación de sus servicios, se centra en el inadecuado entendimiento y establecimiento de los alcances de los requisitos del sistema único de habilitación y la inadecuada ejecución de la autoevaluación para la habilitación, se ha logrado establecer una ausencia de herramientas de gestión que propendan por la planeación, ejecución, monitoreo y control de los procesos de auto diagnóstico con fines de habilitación y de calidad, que permitan, desde un enfoque basado en proyectos establecer instrumentos para contribuir con el cumplimiento de los objetivos propuestos, tanto desde la perspectiva de la habilitación de servicios como la estrategia de la organización. No es desproporcionado anotar que la autoevaluación o autodiagnóstico debe ser un proceso planeado, estructurado, constantemente monitoreado y controlado, que debe tener un inicio y un fin en el marco temporal, pero al mismo tiempo debe volverse cíclico, y desde esta perspectiva la aplicación de metodologías ampliamente usadas en la industria como la gerencia de proyectos puede suponer una solución a los problemas de calidad de las empresas del sector salud. La metodología PMI de gerencia de proyectos ha sido ampliamente aplicada en distintas industrias de manufactura, producción de bienes, productos y servicios; en la última década se ha abierto un campo importante en sectores como la salud por su intervención en proyectos para la construcción de hospitales y clínicas; en el contexto local la aplicación de la metodología de gerencia de proyectos en empresas de sector salud es relativamente incipiente y no se tiene documentación de la aplicación de la metodología PMI en el sector salud. Desde la perspectiva de procesos de calidad, autoevaluación y habilitación de servicios de salud no se cuenta con evidencias del uso o aplicación de la metodología PMI de gerencia de proyectos.

En el contexto Nacional, las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia se exponen a la suspensión de los servicios habilitados, riesgos relativos a la prestación de servicios sin el lleno de los requisitos de habilitación, sobre costos, sanciones que pueden incluir el cierre de la organización debido a la inadecuada interpretación y aplicación de la autoevaluación exigida dentro del marco normativo para habilitación de servicios de salud y problemas relacionados con la calidad en la prestación de los servicios.

En Colombia la metodología PMI de gerencia de proyectos es ampliamente conocida y divulgada en muchos sectores de la economía, producción de productos y servicios, sin embargo, en el sector salud no se cuenta con un método u hoja de ruta que permita la implementación de sus conceptos de manera eficaz. Por este motivo y los anteriormente enunciados, es preciso enfocar todos los esfuerzos relativos a la habilitación de servicios de salud dentro del marco de la gerencia de proyectos, con el objetivo de estructurar el proceso de autoevaluación con miras a generar herramientas de gestión que permita interpretar los requisitos establecidos por la resolución 3100 en una triple restricción: Alcance, tiempo, costo y consecuentemente la calidad, Desde esta perspectiva construir planes para gestionar requisitos, costos, calidad, recursos, comunicaciones, riesgos, adquisiciones e interesados obteniendo un impacto positivo en los estándares de calidad de los servicios de la institución.

El presente trabajo pretende responder y aportar información en relación con:

*¿Cuál es la alternativa en el marco de la metodología PMI de gerencia de proyectos para la autoevaluación y habilitación de servicios de salud en el ámbito de la resolución 3100 de 2019?*

#### **4. Justificación**

Para el gobierno nacional, la calidad de los servicios de salud ofertados por la red de prestadores son una prioridad y en ese orden de ideas ha emitido un robusto marco normativo que incluye leyes, decretos y resoluciones que establecen los requisitos y requerimientos para la prestación de servicios de salud, en aras de ofrecer las garantías de cumplimiento del marco normativo, el gobierno nacional ha delegado en sus entes territoriales la vigilancia y el control de la prestación de los servicios, sin embargo, y pese a los esfuerzos anteriormente mencionados, la satisfacción de los usuarios como consecuencia de la prestación de servicios se ha visto impactada debido a la baja calidad percibida. Una de las causas que pueden apuntar a la problemática mencionada es el incumplimiento de los estándares y requisitos establecidos por la resolución 3100 de 2019 para la prestación de los servicios de salud; en un análisis realizado en una IPS, se evidenciaron debilidades en la interpretación del marco normativo y en la realización del autodiagnóstico y posterior aplicación de la autoevaluación para verificar el cumplimiento de los requisitos, lo anterior supone someter al usuario, el sistema y la organización a riesgos relativos a la prestación de servicios sin el incumplimiento de los requisitos de la resolución que pueden derivar en graves consecuencias.

El presente proyecto pretende enmarcar los procesos de autodiagnóstico y autoevaluación para la habilitación de servicios de salud en la metodología de gerencia de proyectos, con el propósito de ofrecer una herramienta de gestión que permita dar cumplimiento a los requisitos establecidos por la resolución 3100 de 2019 de una forma planeada, estructurada, monitoreada y controlada, contribuyendo de este modo en el mejoramiento de la calidad y el control de los servicios de salud ofertados por la IPS.

## 5. Objetivos

### 5.1 *Objetivo General*

Diseñar una herramienta de gestión con fines de habilitación de servicios de salud en el ámbito de la resolución 3100 de 2019 basada en la metodología PMI de gerencia de proyectos con el fin de fortalecer los procesos de autoevaluación de condiciones de habilitación, contribuyendo a la formulación de acciones de mejora tendientes a la aplicación de la presente resolución, impactando en el mejoramiento de la calidad y control de los servicios de salud ofertados por una IPS.

### 5.2 *Objetivos específicos*

1. Diagnosticar los procesos de autoevaluación de la IPS objeto de estudio trazando la línea base para el diseño de la herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación con fines de habilitación en el marco de la resolución 3100 de 2019.
2. Identificar las buenas prácticas de la metodología PMI de gerencia de proyectos aplicadas en los proyectos, programas o procesos de las empresas del sector salud que corresponde ser tenidas en cuenta para el diseño de la herramienta de gestión propuesta.
3. Determinar las áreas de conocimiento de la metodología PMI de gerencia de proyectos que pueden ser integradas en el diseño de la herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación con fines de habilitación en el marco de la resolución 3100 de 2019 de la IPS objeto de estudio.
4. Proponer una hoja de ruta que establezca acciones de mejora que favorezcan la implementación y mantenimiento de la herramienta de gestión para autoevaluación y

habilitación de servicios de salud en el marco de la resolución 3100 de 2019 con el propósito de contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud ofertados por la IPS.

## 6. Propósito

El propósito del proyecto de investigación “*Herramienta de gestión para el autodiagnóstico con fines de habilitación de servicios de salud en el ámbito de la resolución 3100 de 2019, basado en la metodología PMI de Gerencia de Proyectos.*” es contribuir con la estructuración y desarrollo de una herramienta de gestión, la cual siga lineamientos de gerencia de proyectos bajo metodología del Project Management Institute o PMI por sus siglas en inglés, facilitando el entendimiento, y por consiguiente la aplicación, de la resolución 3100 de 2019 por parte las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), para optimizar el proceso de habilitación de servicios.

Dicho modelo permitirá a las IPS disminuir tiempo, costos o mitigar los riesgos que puedan surgir durante el proceso de habilitación. La resolución 3100 de 2019 especifica la ruta a seguir y requisitos con los que deben contar los prestadores de servicios de salud para poder habilitarse; a pesar de esto se ha demostrado dificultades y falencias en la implementación de la resolución en mención, principalmente por la falta entendimiento de esta y la inexperiencia de los funcionarios institucionales encargados de este proceso.

Teniendo en cuenta que este modelo hace un desglose del paso a paso de las reglas de habilitación, facilitará la labor de las instituciones, tanto para la apertura como la continuidad de las mismas y un consecuente impacto en el mejoramiento de la calidad de los servicios. Con esto se logra superar las barreras en el proceso de habilitación, otorgando una mayor oferta de servicios de calidad a disposición de la población.

## **7. Aspectos metodológicos**

### *7.1 Tipo de estudio*

Investigación de tipo descriptivo en la cual se realiza una revisión y posterior diagnóstico a los procesos de autoevaluación de una IPS, usando como instrumento de diagnóstico una lista de chequeo basada en la norma ISO 9001 V:2015 que permite evidenciar el conocimiento y adherencia de la institución respecto al sistema único de habilitación y los puntos críticos del proceso (Contexto de la organización, liderazgo, planificación, apoyo, evaluación de desempeño, mejora), permitiendo proponer el diseño de una herramienta de gestión que aporte a los procesos de habilitación de servicios de salud de la IPS objeto de estudio. La herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación está basada en las buenas prácticas definidas por el Instituto de gerencia de proyectos (PMI) y que actualmente son de amplia aplicación dentro de los proyectos, planes y programas en el contexto del sector salud y otros sectores.

### *7.2 Población de referencia y muestra*

La población que hace parte de esta investigación está compuesta por los colaboradores de la IPS objeto de estudio que están involucrados de manera directa en los procesos de calidad, autodiagnóstico y/o autoevaluación con miras a la habilitación de servicios de salud en el marco de la resolución 3100 de 2019.

La IPS objeto de estudio atiende pacientes en situación de discapacidad por múltiples causas y presta servicios de rehabilitación para esta población entre los cuales está el suministros y fabricación de dispositivos médicos, rehabilitación funcional y manejo del dolor crónico.

### 7.3 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión están determinados en: los procesos y procedimientos, de la institución que aborden los temas de autoevaluación y habilitación de servicios de salud. Las personas que tengan bajo su cargo la dirección de calidad de la institución.

### 7.4 Matriz de variables

En la tabla número 3 se presentan las variables de los instrumentos de recolección de información y de los objetivos que se propusieron para el presente proyecto.

**Tabla 3. Matriz de variables.**

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Grado de cumplimiento en la gestión de procesos de autoevaluación	Grado de cumplimiento de los criterios enunciados para el diagnóstico de los procesos de autoevaluación de la IPS objeto de estudio.	A. Cumple completamente con el criterio enunciado (10 puntos: Se establece, se implementa y se mantiene; Corresponde a las fase de Verificar y Actuar para la Mejora del sistema); B. cumple parcialmente con el criterio enunciado (5 puntos: Se establece, se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase del Hacer del sistema); C. Cumple con el mínimo del criterio enunciado (3 puntos: Se establece, no se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase de identificación y Planeación del sistema); D. No cumple con el criterio enunciado (0 puntos: no se establece, no se implementa, no se mantiene N/S).	A = 10 B = 5 C = 3 D= 0
Ubicación geográfica	Define la ubicación geográfica en Colombia o a nivel mundial de la institución o empresa del sector salud.	El estudio, artículo, evidencia o información está ubicada en cierto lugar del mundo o Colombia.	País, Departamentos, estados, municipios o ciudades
Año	Período de doce meses que comienza el día 1 de enero y finaliza el 31 de diciembre. El término también se utiliza como una unidad de tiempo,	Define el marco temporal del material bibliográfico	Entre el 2005 y 2020

	para medir la misma cantidad de meses a partir un día cualquiera.		
<b>Prácticas del PMI</b>	Define si la empresa ha aplicado en los últimos 15 años prácticas de la gerencia de proyectos PMI	Son buenas prácticas definidas por el instituto de gerencia de proyectos definidas como áreas del conocimiento que son aplicados en la práctica de operaciones y proyectos.	SI/NO
<b>Tipo de fuente bibliográfica</b>	Define el tipo de fuente del cual es extraída la información	Las Fuentes bibliográficas dan a conocer el lugar, sitio Web, o libro de donde sacaste la información, aportándoles página exacta de donde es recopilada.	Fuente primaria, fuente secundaria y fuente terciaria.
<b>Tipo de empresa</b>	Empresas del sector salud habilitadas para la prestación de servicios de salud que estén aplicando las mejores prácticas en gerencia de proyecto dentro del marco del PMI	Define el tipo de empresa al cual se le está realizando el análisis en búsqueda de las aplicaciones de las mejores prácticas dentro del marco del PMI	IPS, EPS, ESE, Clínica, Hospital, Fundación, Instituto.

*Fuente: Los autores, a partir de la revisión documental sobre el tema 2020.*

### *7.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de la información*

Para realizar el diagnóstico de los procesos de autoevaluación de la IPS objeto de estudio se utilizó la lista de chequeo para revisión de procesos basada en la norma ISO 9001 Versión 2015 (Anexo 1). Para la recolección de información bibliográfica se utilizó una tabla en la cual se adjunta la información bibliográfica encontrada de forma sincrónica y ordenada (Anexo 2). Se realizará una entrevista semi estructurada con 3 preguntas orientadoras a la persona a cargo de los procesos de calidad de la IPS objeto de estudio

**Figura 2. Ejemplo lista de chequeo diagnóstico proceso Anexo 1.**

LISTA DE CHEQUEO PARA EL DIAGNOSTICO DE EVALUACION PROCESOS / PROCEDIMIENTOS DE AUTOEVALUACIÓN					
CRITERIOS DE CALIFICACION: A. Cumple completamente con el criterio enunciado (10 puntos: Se establece, se implementa y se mantiene; Corresponde a las fase de Verificar y Actuar para la Mejora del sistema); B. cumple parcialmente con el criterio enunciado (5 puntos: Se establece, se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase del Hacer del sistema); C. Cumple con el mínimo del criterio enunciado (3 puntos: Se establece, no se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase de identificación y Planeación del sistema); D. No cumple con el criterio enunciado (0 puntos: no se establece, no se implementa, no se mantiene N/S).					
No.	NUMERALES O TEMAS	CRITERIO INICIAL DE CALIFICACIÓN			
		A-V	H	P	N/S
		A	B	C	D
<b>CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN</b>					
1	¿La organización tiene dentro de su manual de calidad un proceso documentado para la revisión del cumplimiento de los criterios de habilitación?				0
2	¿Se realiza el seguimiento y la revisión a los criterios de evaluación de la institución?		5		
3	Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el cumplimiento de los criterios de habilitación?			3	
4	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos?				0
5	El alcance del proceso y/o procedimiento de autoevaluación se ha determinado teniendo en cuenta los problemas externos e internos, las partes interesadas, sus productos y servicios?			3	
6	Se tiene disponible y documentado el alcance del proceso y/o procedimiento de autoevaluación para el mantenimiento de las condiciones de habilitación?				0
7	Se tienen establecidos los criterios para la gestión de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades, procedimientos, medidas de control e indicadores de desempeño necesarios que permitan la efectiva operación y control de los mismos.				0
8	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.			3	
<b>SUBTOTAL</b>		0	5	3	0
<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)</b>		<b>18%</b>			
<b>LIDERAZGO Y COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN</b>					
1	Se demuestra interés por parte de alta dirección para el mantenimiento del procedimiento de autoevaluación para el mantenimiento de las condiciones de habilitación?			3	
2	La gerencia garantiza que los requisitos de los clientes internos se determinan y se cumplen.			3	
3	Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente.			3	
4	La política de calidad con la que cuenta actualmente la organización contiene los propósitos y criterios establecidos por el sistema único de habilitación?			3	
5	Se tiene disponible a las partes interesadas, se ha comunicado dentro de la organización.		5		
6	Se han establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes a los procesos de autoevaluación y habilitación?		5		
<b>SUBTOTAL</b>		0	10	12	0
<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)</b>		<b>37%</b>			
<b>PLANIFICACION</b>					
1	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el procedimiento de autoevaluación integrado al sistema integral de gestión de calidad logre los resultados esperados.			3	
2	La organización ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.				0
3	Que acciones se han planificado para el logro y mantenimiento de los objetivos del proceso de habilitación y autoevaluación para la habilitación?			3	
4	Se mantiene información documentada sobre las acciones planificadas?			3	
5	Existe un proceso definido para realizar la planificación de los procesos de autoevaluación para el mantenimiento de los criterios de evaluación?				0
6	Existe evidencia de la definición de la calificación cuantitativa de los estándares de habilitación que espera alcanzarse en el periodo de vigencia del proceso de autoevaluación.				0
<b>SUBTOTAL</b>		0	0	9	0
<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)</b>		<b>15%</b>			

*Fuente: Lista de chequeo basa en Norma ISO 9001 V2015, autor desconocido*

## 8. Materiales y Métodos

El presente proyecto es un estudio descriptivo que revisó, evaluó y calificó los procesos de autoevaluación con fines de habilitación de una IPS en el marco de la resolución 3100 de 2019, posteriormente se procedió a aplicar las buenas prácticas del instituto de gerencia de proyectos con el propósito de diseñar una herramienta de gestión que apoye y mejore los procesos de autoevaluación con fines de habilitación. Para realizar el diagnóstico de los procesos de autoevaluación se trabajó con una lista de chequeo basada en la norma ISO 9001 Versión 2015 con el fin de verificar la alineación del proceso de autoevaluación a los principios de gestión de calidad definidos por la norma, los estándares de la norma aplicados al diagnóstico del proceso fueron contexto de la organización, liderazgo, planificación, apoyo (Recursos), operación, evaluación del desempeño y mejoramiento continuo. Este diagnóstico permite establecer cuáles son los puntos críticos del proceso y establecer una línea base del mismo, línea base que se establecerá como el punto de partida para el diseño de la herramienta de gestión propuesta.

El diagnóstico de los procesos preciso realizar una revisión detallada de las actividades caracterizadas dentro del proceso, la metodología para diagnóstico del proceso de autoevaluación se realizó en 3 etapas:

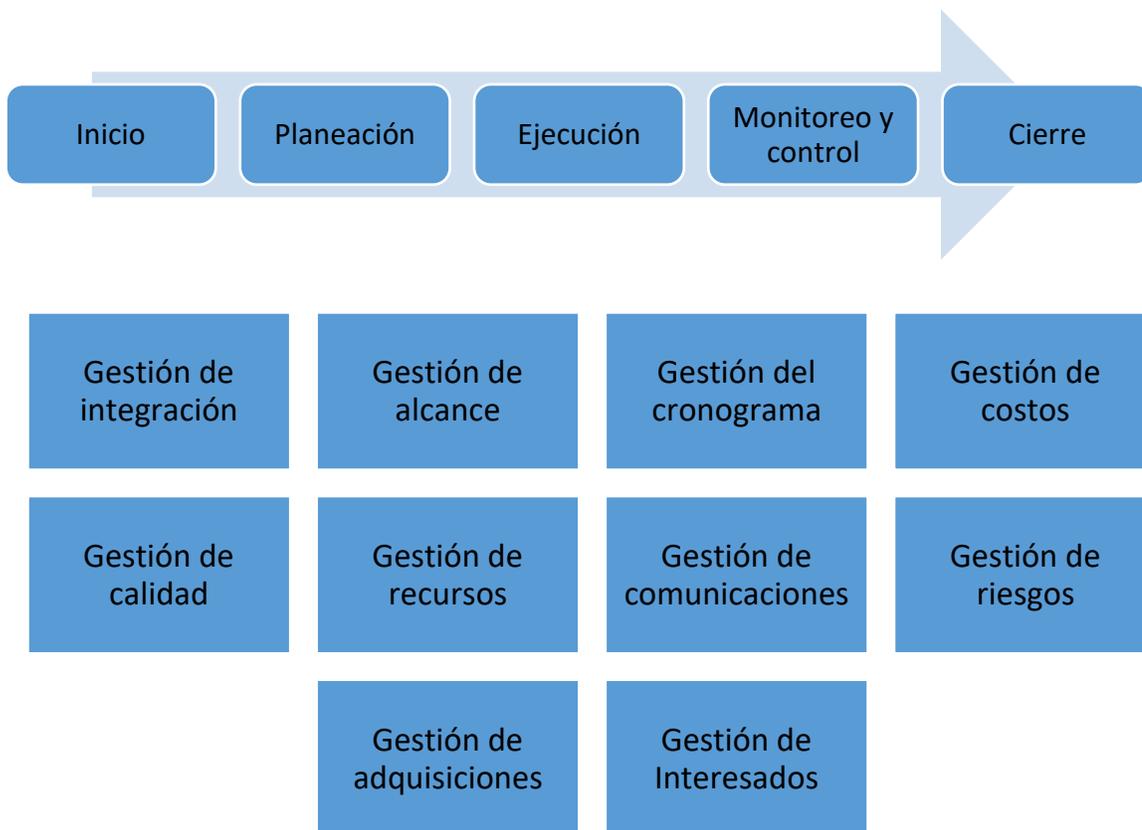
1. **Conocimiento:** Consistió en entender el proceso existente y establecer la línea base de este. En esta etapa se buscaron evidencias de la existencia en la política de calidad y el manual de calidad de la institución de procesos, procedimientos o actividades de autoevaluación con fines de habilitación, posteriormente se aplicó la lista de chequeo basada en la norma ISO 9001:2015 con el objetivo de verificar la alineación de estos procesos con respecto a los principios de gestión de calidad.

2. **Interpretación:** Se procedió a clasificar e interpretar la información recolectada en la está de conocimiento presentándola en diagramas o mapas de procesos con el objetivo de facilitar la interpretación de la dinámica de los procesos.
3. **Análisis:** Se revisaron las especificaciones del proceso de autoevaluación caracterizado por la organización entendiendo cuáles son sus entradas, salidas, interacciones, recursos y objetivos permitiendo conocer sus puntos críticos.

Se realizó un proceso de recolección de información bibliográfica con el fin de identificar empresas u organizaciones del sector salud a nivel mundial que aplicaran las buenas prácticas de la metodología PMI de gerencia de proyectos en sus procesos, programas, proyectos o portafolios, lo anterior en un contexto temporal de los últimos 5 años. Para concatenar de forma organizada y sincrónica la información se hizo uso de una matriz de recolección de información (Anexo 1).

Con el diagnóstico de los procesos de autoevaluación de la institución objeto de estudio y la búsqueda bibliográfica respecto a la aplicación de la metodología PMI de gerencia de proyectos en instituciones del sector salud como línea base para el diseño de la herramienta, se procedió a analizar las buenas prácticas del PMI con el fin de determinar cuáles de estas pueden ser extrapoladas a los procesos de autoevaluación de la IPS objeto de estudio. Para esto se procedió a analizar cada uno de los grupos de procesos y áreas del conocimiento contenidas dentro del estándar del PMI, en este proceso se contó con el conocimiento de un experto en gerencia de proyectos con experiencia en la aplicación proyectos en el sector salud, que realizó el análisis y extrapolación de estas buenas prácticas a los procesos de autoevaluación con el fin de aportar en el diseño la herramienta de gestión propuesta.

**Gráfica 1.** *Grupos de procesos y áreas de conocimiento de la gerencia de proyectos del PMI.*



*Fuente: Los autores, a partir de la metodología PMI de gerencia de proyectos 6ta edición del año 2017.*

Los grupos de proceso de la metodología PMI definen un orden lógico y secuencial de la ejecución o dirección de un proyecto y procuran por el cumplimiento de los objetivos del mismo dentro del contexto definido por el tiempo, alcance y costo (PMI, 2017). Estas nociones no son lejanas de los propósitos que tienen los procesos de autoevaluación, pues se entiende que este esfuerzo realizado por la organización debe estar en búsqueda de la eficiencia y la efectividad en términos del alcance definido, el tiempo y el dinero establecidos por el plan estratégico de la organización, también se tiene como premisa que la efectividad

y eficacia de los procesos y las herramientas de gestión para la autoevaluación dependen en gran medida de la integración, articulación y coherencia de las actividades establecidas en la metodología PMI y los procesos de autoevaluación.

El análisis de las buenas prácticas en el marco del PMI y la determinación de los grupos de procesos y áreas del conocimiento que pueden ser adaptadas a los procesos de autoevaluación son el insumo para el diseño de la herramienta de gestión propuesta que consta del diseño de todos planes de gestión y la concepción de la aplicación de los mismos en los procesos de autoevaluación.

A continuación, se presenta un resumen gráfico de la metodología aplicada en el presente proyecto:

**Gráfica 2.** Resumen gráfico de la metodología aplicada en el proyecto.



*Fuente: Los autores, a partir de la metodología establecida para el proyecto.*

## 9. Plan de análisis

La Organización Internacional de Normalización o por sus siglas en inglés, ISO, es una federación a nivel mundial que reúne miembros u organismos nacionales de normalización, Dicha organización cumple la función de preparación de las normas internacionales; en coordinación con organizaciones internacionales, públicas y privadas, con el objetivo de regular los Sistemas de Gestión de la Calidad. La serie de normas ISO 9000 promueven la adopción de un enfoque basado en procesos.

La norma ISO 9001:2015 es el estándar internacional de carácter certificable que actualmente se implementa en cuanto a Gestión y Sistemas de la calidad, y esta nueva versión trae cambios muy importantes, siendo el más destacado la incorporación de la gestión del riesgo o el enfoque basado en riesgos en los Sistemas de Gestión de la Calidad.

La adopción de un sistema de gestión de la calidad es una decisión estratégica y necesaria para una organización, ya que facilita el mejoramiento de su desempeño global y proporciona una base sólida para las iniciativas de desarrollo sostenible. Los beneficios que acarrea para una organización implementar un sistema de gestión de la calidad basado en esta norma internacional son:

1. Proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.
2. Facilitar oportunidades de aumentar la satisfacción del cliente.
3. Abordar los riesgos y oportunidades asociadas con su contexto y objetivos.
4. Cumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.

Esta Norma Internacional promueve la adopción de un enfoque a procesos al desarrollar, implementar y mejorar la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos del cliente, y como se mencionó anteriormente, uno de los cambios importantes fue la incorporación del “enfoque basado en riesgos en los Sistemas de Gestión de la Calidad”, el cual adquiere suma importancia dado que permite a una organización reconocer y/o identificar oportunamente los factores que podrían causar que sus procesos y su sistema de gestión de la calidad se desvíen de los resultados planificados, y de esta manera poner en marcha controles preventivos para minimizar los efectos negativos.

De los múltiples conjuntos de normas ISO, el área de para nuestra investigación es la referente a Sistemas de Gestión de Calidad la cual tiene como objeto normalizar los procesos para una organización que necesita demostrar su capacidad para proporcionar regularmente productos que satisfagan los requisitos del cliente con la inclusión de los procesos para la mejora continua del sistema.

La aplicación de esta norma supone un direccionamiento de todos los esfuerzos de una organización orientada al mejoramiento constante de su servicio, cada institución que la adopte lo hará conforme a las necesidades de su campo productivo y siguiendo un modelo estratégico en aras de su posicionamiento en el mercado.

El enfoque de aplicación de la ISO 9001, está basado en un modelo de gestión de calidad enfocado en procesos que, como el documento afirma pueden resumirse en la metodología (PHVA) “PLANIFICAR-HACER-VERIFICAR-ACTUAR”. estos procesos que señala la norma se desprenden de los requisitos y procedimientos que debe cumplir una organización para certificarse en el cumplimiento de la misma, diseñar de acuerdo a la norma los

protocolos según los cuales se va a desarrollar su actividad, hacer seguimiento a la ejecución de labores de acuerdo a dichos protocolos y verificar de manera constante y cada cierto tiempo mediante un ente certificador externo, que los procesos se están llevando a cabo según lo establecido por el sistema de gestión de calidad y de acuerdo a lo planificado.

La aplicación de la ISO 9001 resulta un eje transversal que regula y optimiza todas las actividades de la organización, la posibilidad de funcionar sin resultar afectada por el tipo de organización, los elementos de su estructura que permiten la flexibilidad en su aplicación, el componente común que puede encontrar en cualquier tipo de organización estaría asociado al diseño y control de sus propias actividades, lo cual suele encontrarse en diferentes tipos de documentos (actas de reunión, contratos, protocolos, facturas, informes etc.). para poder intervenir en el diseño y control de las actividades. la norma ISO 9001:2015 apela a dichos documentos y propone otros que son propios.

Para el plan de análisis se pondrá en práctica la norma ISO 9001:2015 la cual permite la mejora continua de los sistemas de gestión de calidad (SGC) y los procesos de una organización, a su vez, esto mejora la capacidad de las operaciones realizadas para satisfacer las necesidades, con el objetivo de desarrollar los requisitos descritos en la misma para su exitosa aplicación y desarrollo del sistema de gestión.

El éxito de la implementación de los estándares de calidad incluidos en la norma en los procesos de la IPS radica en la correcta articulación entre el sistema de gestión de calidad y dichos procesos. Este enfoque se lleva a cabo siguiendo estos 4 pasos:

1. Identificación y secuencia de procesos.
2. descripción de procesos.

3. Seguimiento y medición de los procesos.
4. Mejora de los procesos

Para llegar a cumplir con el objetivo final, el cual es el mejoramiento de los procesos, se debe seguir la siguiente metodología diagnóstica de la norma ISO 9.001:2015, que se encuentra dividida en diferentes etapas:

- **Etapa I, Diagnóstico de la Situación Actual:** En esta primera fase se debe observar lo que está haciendo la organización para evaluar el punto inicial para la correcta implementación de la norma ISO 9001 y definir los objetivos y metas a alcanzar en el Sistema de Gestión de la Calidad a implementar.
- **Etapa II, Priorización de los requisitos de la norma:** En esta fase se registran los procesos que actualmente están presentes en la organización con el objetivo de visualizar y analizar la interacción entre los mismos. posterior al análisis se detectaron las áreas a mejorar e incluir una serie de buenas prácticas.
- **Etapa III, Diseño y plan de mejoramiento continuo:** En esta etapa de la norma se deberá definir la política y el plan de calidad a seguir. En diseño de la política se deberá definir el objetivo de calidad que seguirá la organización y el compromiso con la satisfacción de los clientes. en el diseño del plan de calidad se detalla los procedimientos a realizar, los recursos y responsabilidades asociados en los diferentes procesos y proyectos.

El desarrollo de la etapa III se relaciona directamente con la implementación de la lista de verificación para auditorías internas que la Norma Técnica Colombiana ISO 9001 para los Sistemas de Gestión de la Calidad puso a disposición de todos los interesados. La NTC ISO

9001 es una norma colombiana elaborada y difundida por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC).

Este es un documento que sirve como una herramienta de apoyo para la realización de las auditorías internas a los sistemas de gestión de la calidad implantados según los requisitos de la norma ISO 9001:2015. La lista de verificación en mención se utilizó en nuestro proyecto investigativo con el objetivo de obtener datos objetivos acerca del estado real en cuanto a autodiagnóstico de la IPS objeto de estudio.

Los numerales de la norma que se evalúan en el documento son:

- Contexto de la Organización
- Liderazgo
- Planificación
- Apoyo
- Operación
- Evaluación Del Desempeño
- Mejora

Cada numeral cuenta con una serie de preguntas las cuales se responden acorde al siguiente criterio de calificación:

- **Cumple completamente con el criterio enunciado (A - 10 puntos):** Se establece, se implementa y se mantiene; Corresponde a las fases de Verificar y Actuar para la Mejora del sistema)
- **Cumple parcialmente con el criterio enunciado (B - 5 puntos):** Se establece, se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fases del Hacer del sistema)

- **Cumple con el mínimo del criterio enunciado (C - 3 puntos):** Se establece, no se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fases de identificación y Planeación del sistema)
- **No cumple con el criterio enunciado (D - 0 puntos):** No se establece, no se implementa, no se mantiene N/S.

El puntaje obtenido por cada pregunta del número evaluado se suma y se divide por 100 para sacar un valor porcentual, el cual indica el grado de cumplimiento con respecto al estándar de calidad de la norma ISO 9001:2015, si el resultado es menor al 50% se debe MEJORAR el proceso, si es entre el 50% - 79% se debe IMPLEMENTAR, y si el resultado es igual o superior a 80% se debe MANTENER el proceso. La suma del puntaje obtenido en cada numeral arroja una calificación global en la Gestión de Calidad de la IPS, el cual si se obtiene un valor menor a 50% se considera como BAJO, un valor entre 50% - 79% se considera como MEDIO, y un valor igual o superior a 80% se considera como ALTO; y es en base a estos resultados que se define la política y el plan de calidad a seguir.

## 10. Consideraciones y aspectos éticos

El presente trabajo está enmarcado en los principios bioéticos fundamentales y universalmente reconocidos; en el anterior entendido todas las acciones y actividades realizadas durante el desarrollo de esta investigación propenden por la seguridad de los interesados directos e indirectos y los participantes de este. En este sentido las premisas éticas del presente trabajo estuvieron fundamentadas en los principios fundamentales, universalmente reconocidos de la bioética planteados por Beauchamp y Childress:

- **Beneficencia:** Se refiere a la obligación de prevenir o aliviar el daño, hacer el bien u otorgar beneficios, en otras palabras, obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente y se debe procurar el bienestar de la persona enferma (14). En la investigación se refleja este principio bioético dado que por medio de la herramienta de gestión se garantiza el cumplimiento de los requisitos con fines de habilitación con el objetivo de brindarle al paciente calidad en la atención en salud, velando por otorgar el mayor beneficio posible a su salud.
- **No maleficencia:** Se considera la forma negativa del principio de beneficencia, es decir, consiste en no cometer actos que desencadenan en daño al paciente. Con el presente proyecto se pretende darle seguridad al paciente, facilitando a la institución contar con servicios de calidad por medio de la correcta habilitación y autoevaluación de los mismos.
- **Autonomía:** Este principio consiste en que cada persona toma decisiones respecto a su vida, es decir, cada persona es quien conduce sus decisiones según sus intereses, deseos y creencias. En este caso, la herramienta permite realizar una autoevaluación

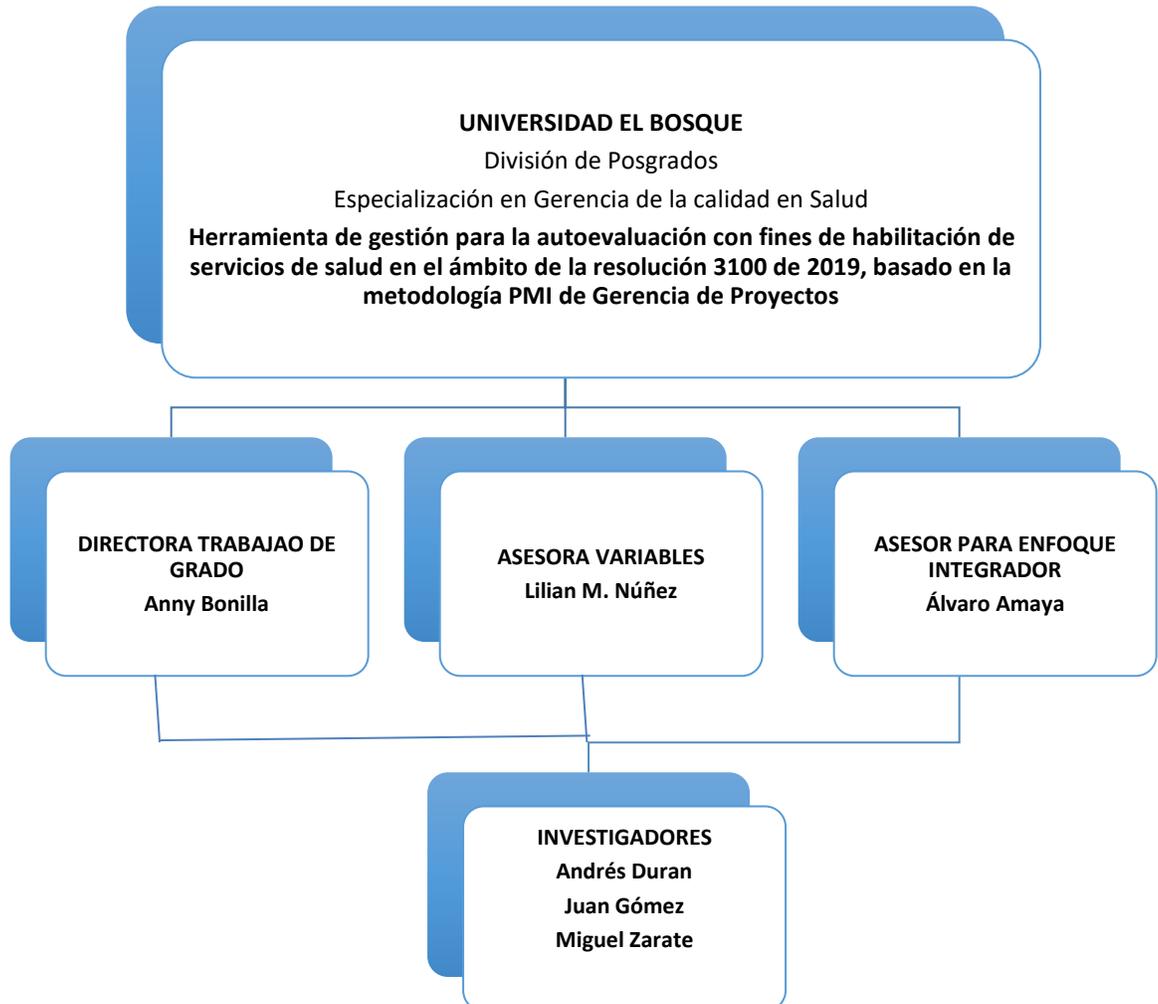
y corrección de las falencias diagnosticadas, pero siempre se respetará la decisión tomada por parte de la institución frente a su forma de actuar.

- Justicia: Consiste en que cada persona reciba lo que merece, por lo cual, este principio fundamental de la bioética requiere una distribución apropiada de los recursos, generar un adecuado nivel de atención al usuario donde se pueda ofrecer al paciente los recursos necesarios para su atención en salud. Con esta herramienta de gestión se puede fortalecer este principio en beneficio del paciente o usuario, dado que si la institución reúne los criterios establecidos podrá ofrecer a cada persona lo que requiera.

Toda la información sensible respecto a los procesos de la IPS objeto de estudio fue protegida y no hace parte de los anexos o el cuerpo principal del presente estudio.

## 11. Estructura organizacional del proyecto

**Gráfica 3.** Estructura Organizacional del proyecto



Fuente: *Elaborado por los autores. Mayo 2020*

## 12. Cronograma

Las actividades del presente proyecto fueron realizadas de acuerdo con siguiente cronograma:

**Tabla 4. Cronograma de actividades**

Nº	NOMBRE ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1	Presentar de propuestas												
2	Seleccionar propuesta												
3	Definir equipo de trabajo												
4	Estimar cronograma (Preliminar)												
5	Estimar presupuesto (Preliminar)												
6	Realizar revisión bibliográfica												
7	Definir tema												
8	Definir línea temática												
9	Definir enfoque gerencial												
10	Construir y revisar pregunta problema												
11	Construir y revisar objetivos												
12	Construir y revisar justificación												
13	Construir introducción												
14	Construir marco referencial												
15	Construir marco legal												
16	Construir marco institucional												
17	Construir y revisar planteamiento del problema												
18	Construir y revisar justificación												
19	Segunda revisión objetivos												
20	Definir tipo de estudio												
21	Definir población y muestra												
22	Definir variables												
23	Definir instrumentos de recolección de información												
24	Definir materiales y metodos												
25	Definir plan de análisis												
26	Revisar procesos de autoevaluación												
27	Levantar listado de interesados												
28	Aplicar herramienta de recolección de datos												
29	Analizar los procesos												
30	Emi tir concepto												
31	Trazar línea base												
32	Realizar revisión bibliográfica PMI-Salud												
33	Identificar buenas practicas PMI-Salud												
34	Seleccionar buenas practicas PMI-Salud												
35	Diseñar herramienta de gestión												
36	Revisar herramienta de gestión propuesta												
37	Proponer hoja de ruta para la implementación												
38	Diseñar hoja de ruta												
39	Construcción de documento final												
40	Revisar documento final												
41	Constuir articulo												
42	Revisar articulo final												
43	Preparar sustentación final												
44	Realizar sustentación final												

Fuente: Elaborado por los autores, junio 2020

### 13. Presupuesto

En la realización del presente estudio se destinaron recursos económicos asumidos por los investigadores de acuerdo con la siguiente tabla.

**Tabla 5. Presupuesto del trabajo de grado**

FASE				PRESUPUESTO
FORMALIZACIÓN				\$ 62.500
CONSTRUCCIÓN DOCUMENTOS				\$ 432.000
EJECUCIÓN				\$ 720.000
CIERRE				\$ 135.000
<b>TOTAL EJECUCIÓN FASES</b>				<b>\$ 1.349.500</b>
EQUIPOS O ACTIVOS				PRESUPUESTO
ACTIVO	TASA DE DEPRECIACIÓN AÑO	COSTO EQUIPO	DEPRECIACIÓN EN EL PERIODO	PRESUPUESTO
Equipo de cómputo número 1	20%	\$ 1.200.000	\$ 240.000	\$ 960.000
Equipo de cómputo número 2	20%	\$ 1.500.000	\$ 300.000	\$ 1.200.000
Equipo de cómputo número 3	20%	\$ 1.600.000	\$ 320.000	\$ 1.280.000
<b>TOTAL ACTIVOS</b>				<b>\$ 2.160.000</b>
<b>TOTAL PRESUPUESTO DEL PROYECTO DE GRADO</b>				<b>\$ 3.509.500</b>

Fuente: *Elaborado por los autores, junio de 2020*

## 14. Resultados

### **Revisión mapa de procesos y manual de calidad de la institución.**

Se realizó la revisión del mapa de procesos de la institución encontrando que la gestión de la calidad es uno de los procesos estratégicos para la institución y la base para asegurar la calidad en la prestación de los servicios, dentro de los documentos de soporte de los procesos se evidencia la definición y caracterización del proceso de calidad y todos sus procedimientos para los diferentes servicios y productos que oferta la institución. Se encuentra evidencia del manual de calidad en su versión 4 (Última actualización), con actualización del 06 de noviembre de 2018, el cual muestra cambios significativos, que incluyen la actualización del manual de acuerdo con el estándar ISO 9001 versión 2015.

Dentro del manual de calidad se detallan los servicios médicos especializados que la institución tiene dentro del portafolio de servicios y que son actualmente ofertados.

- Ortopedia.
- Fisiatría.
- Psicología clínica y social.
- Fisioterapia.
- Terapia ocupacional.
- Hidroterapia.
- Trabajo social.

Se encuentra evidencia de los servicios diagnósticos especializados ofertados por la institución:

- Electromiografía.

- Laboratorio de análisis de movimiento.
- Electrodiagnóstico.

El sistema integral de gestión de la calidad de la institución está basado en la norma ISO 9001 en su versión 2015, el sistema único de habilitación (SUH) y el manual de buenas prácticas para la elaboración de dispositivos médicos sobre medida. El alcance del sistema integral de gestión de calidad se extiende a la prestación de los servicios médicos especializados y de rehabilitación anteriormente enunciados, adicionalmente a los servicios y productos que hacen parte activa del portafolio de la institución.

#### **Hallazgos relativos a los procesos de autoevaluación de los criterios de habilitación.**

La institución define a el sistema único de habilitación (SUH) como uno de los pilares en el cual está basado el sistema integral de calidad y como base para la revisión de los procesos misionales; sin embargo, durante la revisión realizada a los procedimientos caracterizados para la gestión de los procesos de calidad no se evidenció la caracterización o establecimiento de un procedimiento para la autoevaluación de las condiciones de habilitación, o la definición de un proceso periódico de autoevaluación interna de los procesos y resultados de la prestación de los servicios, que garanticen el mantenimiento de los criterios de habilitación de servicios de salud y a su vez mejoren la calidad de la atención al usuario.

La institución no ha definido los niveles de autocontrol para el hallazgo, seguimiento y control de los principales problemas de calidad relacionados con el sistema único de habilitación; como consecuencia no se evidencian planes de mejora en temas relativos al

cumplimiento y mantenimiento de los criterios de habilitación que impactan la percepción de la calidad de los servicios.

### **Aplicación del instrumento para el diagnóstico de procesos de autoevaluación.**

Se aplicó la lista de chequeo para el diagnóstico de procesos y/o procedimientos de autoevaluación de los criterios de habilitación de los servicios de salud, como resultado se obtuvo un nivel bajo de calificación global (28% establecimiento de procesos de autoevaluación), lo cual indica que la institución tiene un bajo conocimiento específico respecto a la importancia de la autoevaluación de las condiciones de habilitación.

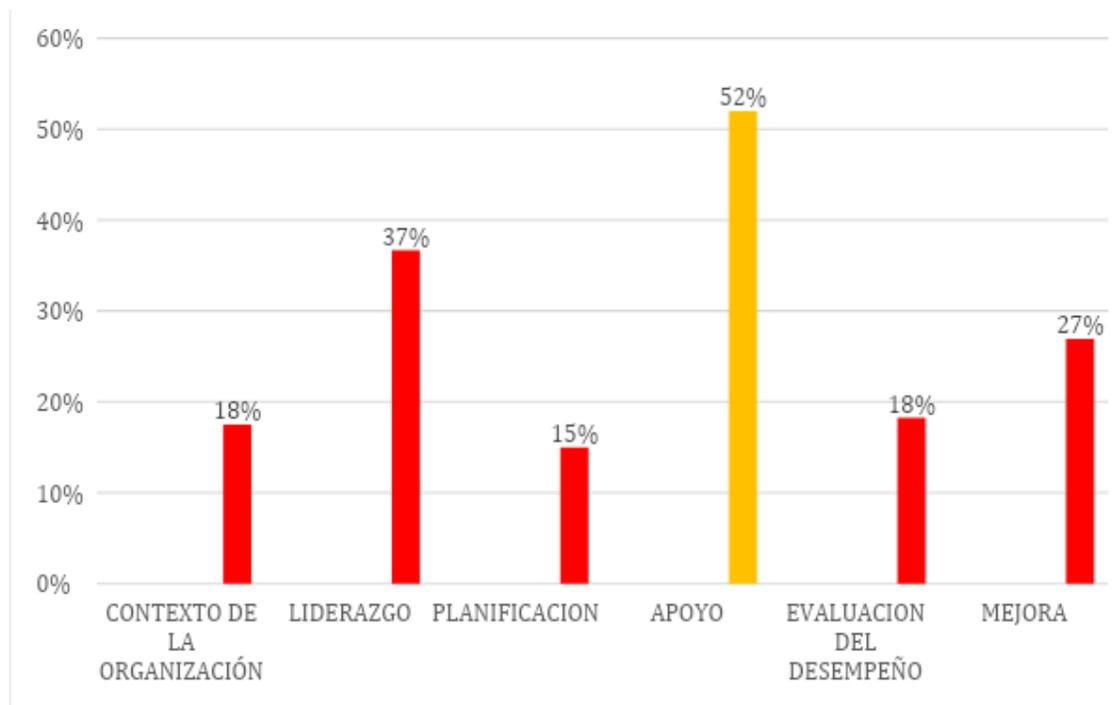
Al realizar la revisión por cada uno de los aspectos evaluados en la lista de chequeo para el diagnóstico de procesos de autoevaluación se encontró que la organización tiene un bajo nivel de establecimiento de las cuestiones relativas al sistema único de habilitación (18%), el monitoreo, control y mantenimiento de los criterios de habilitación. La institución no ha realizado un análisis y entendimiento de las cuestiones internas y externas que tiene influencia en el logro de los objetivos de calidad y en particular del mantenimiento de las condiciones de habilitación.

El compromiso por parte de la alta dirección de la institución respecto a los temas de habilitación y el mantenimiento de sus criterios se encuentra en un 37%, la planificación para los aspectos relativos a los criterios de habilitación se estableció en un 15%, la evaluación del desempeño se ubicó en un 18% y finalmente la mejora continua se ubicó en un 27%.

Respecto a las herramientas de apoyo, la aplicación del instrumento para el diagnóstico permitió establecer que la institución debe mejorar y proporcionar los recursos necesarios

para poder establecer, implementar, mantener y mejorar de un modo continuo las condiciones de habilitación de los servicios de la institución.

**Gráfica 4.** Resultados del diagnóstico de los procesos de autoevaluación.



Fuente: Elaborado por los autores, septiembre 2020

Como resultado de la aplicación del instrumento se puede evidenciar que la institución no tiene definido un proceso y/o procedimiento para la autoevaluación y el mantenimiento de los criterios de habilitación de los servicios de salud. No se evidencia un conocimiento específico respecto a la importancia de la autoevaluación para el mantenimiento de las condiciones de habilitación, es importante que la institución tenga como presente máximo que la autoevaluación y el autocontrol es uno de los caminos a la prestación de servicios de calidad entendidos en todo el contexto de la palabra.

**Tabla 6. Resultados del diagnóstico de procesos de autoevaluación.**

RESULTADOS DE LA REVISIÓN DEL PROCESO		
ASPECTO	% OBTENIDO DE IMPLEMENTACION	ACCIONES POR REALIZAR
CONTEXTO DE LA ORGANIZACION	18%	IMPLEMENTAR
LIDERAZGO	37%	IMPLEMENTAR
PLANIFICACION	15%	IMPLEMENTAR
APOYO	52%	MEJORAR
EVALUACION DEL DESEMPEÑO	18%	IMPLEMENTAR
MEJORA	27%	IMPLEMENTAR
<b>TOTAL RESULTADO IMPLEMENTACION</b>	<b>28%</b>	
Calificación global en la Gestión de los procesos de Autoevaluación del sistema único de habilitación	<b>BAJO</b>	

Fuente: Elaborado por los autores, septiembre 2020

En la visión estratégica de la organización y del sistema de gestión integral para la calidad no se evidencia la autoevaluación y el cumplimiento de los criterios de habilitación como una prioridad y no se encuentra contemplado dentro del Balance Scorecard de la institución.

La institución ha realizado procesos de autoevaluación para la verificación del cumplimiento de los requisitos del sistema único de habilitación en los servicios habilitados y que actualmente son ofrecidos, sin embargo, estos procesos no están identificados, implementados y documentados dentro del sistema de gestión de calidad y el manual de calidad; por lo tanto no se encuentra evidencia de criterios, elementos, métodos o estrategias que permitan hacer medible los resultados de dicho proceso.

Se evidencia la necesidad de caracterizar e implementar un proceso para la autoevaluación de las condiciones de habilitación y la definición de una herramienta que permita realizar la gestión del proceso de autoevaluación.

## **Buenas prácticas de la metodología de gerencia de proyectos en el sector salud**

La revisión de la literatura permitió determinar cuáles son las buenas prácticas de la metodología PMI de gerencia de proyectos que han sido usadas en la concepción y ejecución de proyectos del sector salud, de acuerdo con Francisco Toro y German Bernate, las buenas prácticas de la metodología de gerencia de proyectos pueden ser extrapoladas y aplicadas en casi cualquier proyecto del sector salud.

En el anterior entendido se desglosan los conceptos de la gerencia de proyectos que pueden ser aplicados en proyectos del sector salud:

### **Grupo de procesos**

Siendo los grupos de procesos aplicados al sector salud:

- **Inicio:** Se definen los objetivos del proyecto, se asigna un responsable, se identifican los principales interesados y se da autorización para el inicio del proyecto.
- **Planificación:** Se realiza una revisión a los objetivos del proyecto, se verifica el alcance del mismo y se define un plan para la dirección del proyecto.
- **Ejecución:** Se ejecuta el proyecto de acuerdo con la planeación, usando los recursos previamente estimados.
- **Monitoreo y control:** Se supervisa el avance del proyecto y se aplican las medidas correctivas.
- **Cierre:** Se presentan y aprueban los resultados del proyecto

### **Áreas del conocimiento**

La efectiva gestión de un proyecto se logra por medio del conocimiento de 9 áreas específicas:

- Gestión de integración.
- Gestión de alcance.
- Gestión del tiempo. (Cronograma)
- Gestión de costos.
- Gestión de calidad.
- Gestión de recursos.
- Gestión de comunicaciones.
- Gestión de riesgos.
- Gestión de compras o adquisiciones.
- Gestión de interesados.

Es importante aclarar que, según lo acotado por Pablo Lledó en su obra “El ABC para un Director de Proyectos Exitoso”, la gestión de la integración cubre las otras nueve áreas del conocimiento y en especial es necesario tener en cuenta que las nueve áreas del conocimiento no se comportan como islas independientes entre sí, sino que generalmente están todas interrelacionadas. (Lledó, 2017)

En lo anteriormente expuesto, se considera pertinente y relevante para el desarrollo de la herramienta de gestión propuesta, la aplicación de los conceptos anteriormente enunciados, que, a su vez, son considerados como buenas prácticas dentro de la metodología para la gerencia de proyectos del Project Management Institute.

### **Integración de áreas de conocimiento del PMI a los procesos de autoevaluación**

Dentro de la institución, la autoevaluación para el mantenimiento de las condiciones de habilitación debe convertirse en el vehículo que conduzca al mejoramiento de la calidad de los servicios, para que esto suceda, la institución debe pensar más allá de la evaluación de las condiciones de habilitación como un mero requisito y evitar limitarse con protocolos que solo aportan a la inspección de las condiciones, pero que, en sí mismos no procuran la corrección de los hallazgos, brechas y que no conducen a la mejora de la calidad de los servicios.

Uno de los hallazgos más relevantes del presente proyecto es la necesidad de establecimiento de un proceso de autoevaluación para la institución, en consenso, se ha considerado que el proceso de autoevaluación debe existir dentro de la caracterización de los procesos de calidad de la institución, y actúa como punto de partida para la verificación del cumplimiento o incumplimiento de los criterios de calidad establecidos por el marco normativo, pero en sí mismo no establece el hilo conductor de la mejora, por lo cual el proceso debe proveerse de las herramientas para que conduzca al mejoramiento continuo de la calidad en la atención de los servicios de salud. Para que el desarrollo de este proceso sea provechoso, útil y conduzca al mejoramiento continuo, deben garantizarse un conjunto de condiciones y requisitos, que no son más que los aspectos críticos que deben ser considerados antes de iniciar un proceso autoevaluativo que conduzca a la mejora.

La herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación con fines de habilitación propuesta en este proyecto, pretende establecerse como el vehículo que conduce hacia el mejoramiento continuo y debe ser entendida como una herramienta de gestión gerencial, y a su vez, como una valiosa herramienta para la gestión de la calidad, que comprende una serie de principios y conocimientos específicos que le permite a la institución y al proceso pensar

más allá de la evaluación de la calidad y establecer las medidas y los medios para cubrir las brechas entre la calidad esperada y la calidad medida. La herramienta de gestión propuesta está provista de las áreas del conocimiento de la metodología PMI de gerencia de proyectos, que son ampliamente conocidas por ser el apalancamiento para el fortalecimiento de la gestión de los proyectos. De acuerdo con lo mencionado anteriormente se propone que la herramienta esté provista de una etapa de planeación en la cual se diseñarán planes para la gestión del alcance, tiempo, costos, calidad, recursos, comunicaciones, interesados y riesgos, con el objetivo de ayudar a gestionar el mejoramiento del proceso de autoevaluación dentro de la institución.

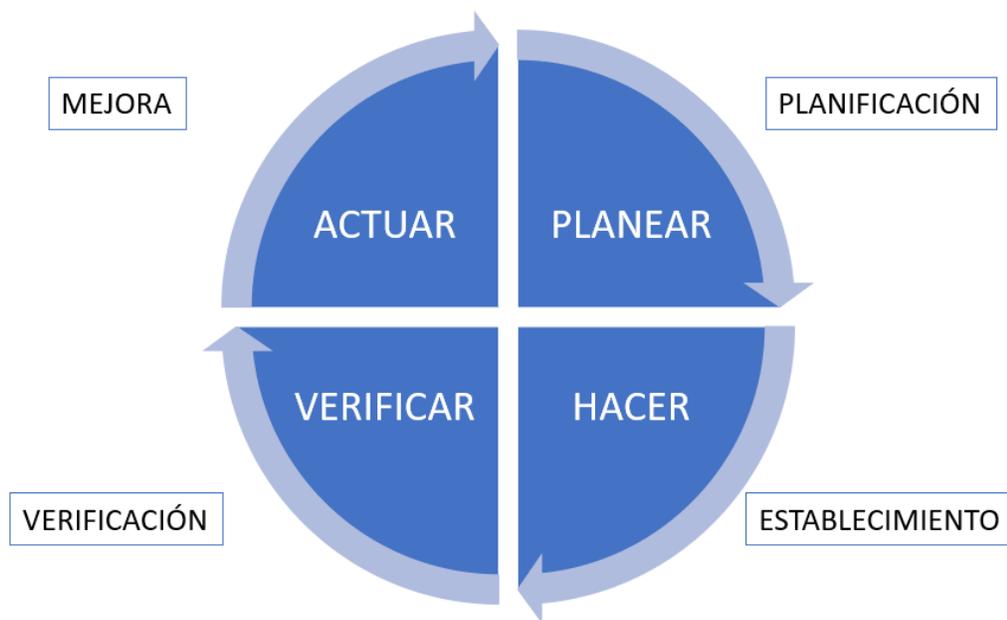
**Figura 3.** Ilustración áreas del conocimiento incluidas en el diseño del instrumento de gestión para la habilitación.



Fuente: Elaborado por los autores, octubre 2020.

El funcionamiento de la herramienta de gestión para habilitación de servicios de salud está fundamentado en el enfoque de mejoramiento o ciclo PHVA y el modelo de gerencia de proyectos del PMI.

**Figura 3.** *Ciclo de funcionamiento herramienta de gestión.*



Fuente: Elaborado por los autores, octubre 2020.

La aplicación de la herramienta es continua en el tiempo con un periodo de un año entre el inicio y el fin de cada ciclo, a continuación, se detalla cada uno de los cuadrantes:

- Planificación (Planear): Esta fase tiene como objeto el establecimiento de los planes de gestión que apalancan la ejecución del proceso de autoevaluación y mejora. Pretende definir qué se va a hacer, cuándo se va a hacer, cuánto costará, definir los atributos de calidad, los recursos humanos, estimación de riesgos y los recursos físicos para realizarlo.
- Establecimiento (Hacer): Esta es la fase de ejecución del proceso de autoevaluación por medio de los planes establecidos durante la planificación. Consta de tres etapas;

la primera es el entendimiento de los requisitos normativos para la verificación de cada uno de los servicios, la segunda parte es la realización de las revisiones y la recolección de los datos preliminares, es decir, un diagnóstico básico para identificar las brechas en el cumplimiento de la norma (Primer vistazo), la tercera parte es el establecimiento de planes de mejora preliminares.

- **Verificación (Verificar):** En esta fase se realiza la revisión de las brechas y los planes de mejora identificados en la primera revisión y se ejecuta una segunda revisión. Se realiza un informe general detallando los hallazgos y las brechas identificadas entre la calidad esperada y la calidad medida, finalmente se establecen planes de mejora.
- **Mejora (Actuar):** En esta fase se ejecutan los planes de mejora de acuerdo con las brechas identificadas en las fases de establecimiento y verificación. Lo que se busca en esta etapa es cubrir las brechas identificadas entre la calidad esperada y la calidad percibida.

El aporte de cada uno de los planes de gestión integrados a la herramienta propuesta, convierten el proceso de autoevaluación en una fuerte herramienta para la gestión de la calidad y, a su vez, en una herramienta de gestión gerencial que garantiza que la institución dirija sus esfuerzos al establecimiento de planes de mejora viables en términos de alcance, costo y tiempo.

### **Gestión de alcance**

La delimitación del alcance del proceso de autoevaluación para la habilitación de servicios o para el mantenimiento de las condiciones de habilitación permite establecer el trabajo requerido para realizar el proceso de autoevaluación de forma efectiva. El desarrollo de este plan de gestión permite reconocer qué trabajo hacer y qué trabajo no se debe hacer.

La delimitación del alcance del servicio permite establecer cuáles servicios tiene habilitados la institución y cuáles de esos servicios van a ser objeto de someterse al proceso de evaluación.

La elaboración del plan debe responder cuáles y cuántos servicios tiene habilitados o pueden ser habilitados por parte de la institución y los requisitos desde el punto de vista normativo y de calidad para poder habilitar dichos servicios.

### **Gestión del tiempo**

La ejecución de un plan para la gestión del tiempo permite establecer cuáles son las actividades necesarias para ejecutar el trabajo de autoevaluación para la habilitación y estimar un cronograma que permita establecer en un espacio temporal cuando se realizará la planificación, la autoevaluación, los informes de autoevaluación, los planes de mejora y el reporte a los entes de control.

Para estimar el cronograma de autoevaluación se debe:

- Definir las actividades: Consiste en establecer cuáles son las actividades necesarias para llevar a cabo el proceso de autoevaluación y mejora de forma exitosa.
- Secuenciar las actividades: Consiste en determinar el orden en el cual se realizarán las actividades.
- Estimar recursos de las actividades: Consiste en determinar cuáles y qué tipo de recursos deben estar disponibles para la ejecución de las actividades.
- Desarrollar el cronograma: Consiste en desarrollar el cronograma para el proceso de autoevaluación.
- Controlar el cronograma: Consiste en controlar el avance en la ejecución de las actividades estimadas.

## **Gestión de costos**

Es necesario tomar en consideración que los recursos dispuestos por parte de la institución no pueden ser mal gestionados y no se justifica que el costo de la calidad o la mejora de la calidad sea más alto que el de la no calidad, por lo cual se hace necesario estimar un presupuesto necesario para realizar los procesos de autoevaluación pero también para ejecutar los planes de mejoramiento.

La estimación de costos es un proceso iterativo y participativo, que requiere el involucramiento de distintos niveles de la organización, para estimar los costos del proceso es necesario:

- Planificar la gestión de costos: Establecer cómo se calcularán los costos del proceso, quienes participaran en la estimación de los costos, como se realizará el control de los costos del proceso.
- Estimar los costos: De acuerdo con las actividades a realizar, los recursos y los riesgos del proceso se definirán los costos de este.
- Determinar los costos: Además de estimar los costos de las actividades, los recursos y los riesgos es necesario considerar la estimación de recursos de contingencia.
- Controlar los costos: Monitorear la gestión que se hace sobre los recursos económicos del proceso.

## **Gestión de calidad**

La gestión de la calidad permite determinar de forma clara y precisa las necesidades desde el punto de vista del proceso, gestionar la calidad permite establecer los aspectos de la resolución 3100 de 2019 y convertirlos en requisitos que deben ser cumplidos. A su vez, el establecimiento de los requisitos de calidad a la luz de la normatividad permite priorizar

acciones de prevención en lugar de las acciones de reacción y busca de manera permanente la mejora de la calidad del servicio. Dentro del proceso de autoevaluación para la habilitación o el mantenimiento de las condiciones de habilitación la calidad debe ser entendida como el grado en el que la institución cumple con los requisitos exigidos por la norma. Para realizar una adecuada gestión de la calidad es necesario:

- Planificar la gestión de la calidad: Identificar los requisitos de calidad de los servicios a la luz del marco normativo establecido por la resolución 3100 de 2019 con el objetivo de evaluar el grado de cumplimiento.
- Gestionar la calidad: Establecer los planes o actividades necesarias para cumplir con los requisitos a la luz de la norma.
- Controlar la calidad: Supervisar (Autoevaluación) que los servicios se presten con el lleno del cumplimiento de los requisitos establecidos por la norma.

### **Gestión de recursos**

La gestión de recursos busca identificar, adquirir y gestionar los recursos físicos y recursos humanos requeridos para ejecutar el proceso de autoevaluación con miras a la habilitación. La gestión de los recursos permite establecer las personas y elementos necesarios para desarrollar los procesos de evaluación y para ejecutar los planes de mejora derivados de las brechas entre la calidad esperada y la percibida. Para realizar un plan de gestión de recursos es necesario:

- Planificar la gestión de los recursos: Busca estimar, adquirir, gestionar y controlar los recursos humanos y físicos que serán el soporte en la ejecución del proceso de autoevaluación. En lo concerniente a los recursos humanos se deben definir los roles

y responsabilidades de los participantes e intervinientes a lo largo del ciclo de vida del proceso de autoevaluación.

- Estimar los recursos: Las actividades necesarias para ejecutar el proceso de autoevaluación requiere la participación de personas, por lo anterior, se hace necesario estimar cuántas personas, tipo de conocimiento específico y tipo de recursos necesarios para la gestión.
- Adquirir recursos: Obtener los recursos físicos y humanos necesarios para la ejecución del proceso de autoevaluación y la promoción de la mejora de las brechas identificadas entre la calidad esperada y la calidad percibida.
- Desarrollar al equipo: Fortalecer las aptitudes y actitudes del equipo.
- Dirigir al equipo: Monitorear y controlar el desempeño individual y grupal del equipo.
- Controlar los recursos: Asegurar que las personas, equipos y recursos físicos estén disponibles en tiempo y forma para la ejecución de las actividades a lo largo del ciclo de vida del proceso.

### **Gestión de las comunicaciones**

Una de las principales habilidades de un gerente de calidad debe ser la comunicación, y sobre la comunicación deben gestionarse los propósitos y objetivos de un proceso de autoevaluación exitoso, sobre esta premisa se establece la necesidad de integrar a la herramienta de gestión de procesos de autoevaluación la realización de un plan de comunicaciones que permita comprender las necesidades de comunicación del proceso y de los interesados. Para gestionar las comunicaciones del proceso de autoevaluación es necesario:

- Planificar la gestión de comunicaciones: Establecer cuáles son las necesidades de información y comunicación del proceso y los interesados.
- Gestionar las comunicaciones: Elaborar, analizar y emitir la información a los interesados. En esta etapa también se debe determinar los medios por los cuales se van a gestionar las comunicaciones del proceso, es importante establecer qué tipo de información requiere cada grupo de interesados.
- Monitorear las comunicaciones: Controlar y asegurar que las necesidades en términos de información y comunicación del proceso se cumplan.

### **Gestión de riesgos**

Una de las buenas prácticas que debe ser integrada en la gestión de la calidad y el mejoramiento continuo de procesos, es el pensamiento desde la perspectiva del riesgo, pues permite a la institución identificar los riesgos inherentes a la prestación de servicios de salud y adoptar estrategias como respuesta a la posible materialización de riesgos. El objetivo que se persigue desde la integración del enfoque basado en riesgos en la herramienta de gestión de procesos de autoevaluación es disminuir el impacto y la probabilidad de ocurrencia de situaciones imprevistas o con cierto grado de incertidumbre que pueden generar eventos adversos que vayan en contravía de la seguridad del paciente y de los propósitos de calidad y mejoramiento de la institución y, a su vez, establecer la actitud frente al riesgo del proceso y la institución. Para gestionar la respuesta frente a los riesgos es necesario:

- Planificar la gestión de riesgos: Se trata de establecer las herramientas o metodologías para la identificación, análisis, respuesta y monitoreo de riesgos.

- Identificar los riesgos: Estimar que riesgos y causas de riesgo puede impactar el proceso.
- Análisis cualitativo de los riesgos: Estimar de manera cualitativa la probabilidad de ocurrencia y el impacto de cada riesgo con el objetivo de establecer una priorización sobre los mismos.
- Análisis cuantitativo de los riesgos: Estimar de forma numérica la probabilidad y el impacto de los riesgos estimados. El impacto debe ser estimado en términos monetarios y la probabilidad en porcentaje.
- Planificar la respuesta a los riesgos: Establecer las acciones o medidas que se tomarán frente a cada riesgo identificado con el objetivo de disminuir su probabilidad de ocurrencia o su impacto.
- Implementar la respuesta ante los riesgos: Ejecutar las acciones del plan de respuesta riesgos en caso de la materialización de alguno de ellos.
- Monitorear los riesgos: Realizar seguimiento a los riesgos identificados.

### **Gestión de interesados**

La gestión de los interesados integrada en la herramienta de gestión de procesos de autoevaluación consiste en identificar, analizar y priorizar las relaciones con todas las personas, equipos u organizaciones que se constituyen como intervinientes internos y externos del proceso y que tienen algún poder de influencia o involucramiento sobre el mismo. Para realizar la gestión de los interesados es necesario:

- Identificar a los interesados: Identificar y realizar un listado de todas las personas, equipos y organizaciones que tienen algún nivel de involucramiento o participación en el proceso de autoevaluación, habilitación y prestación del servicio.

- Planificar el involucramiento de los interesados: Priorizar y segmentar el involucramiento de los interesados y gestionar sus necesidades y expectativas.
- Gestionar el involucramiento de los interesados: Establecer estrategias para comunicarse de manera efectiva con los interesados.
- Monitorear el involucramiento de los interesados: Realizar un seguimiento a las reacciones y comportamientos de los interesados del proceso de autoevaluación.

El establecimiento de los 8 planes de gestión y la definición del ciclo del proceso de autoevaluación constituyen en sí mismos los elementos que componen la herramienta para la gestión de procesos de autoevaluación con fines de habilitación propuesta en el presente proyecto.

### **Hoja de ruta para la implementación**

El propósito de la hoja de ruta para la implementación de la herramienta de gestión para los procesos de habilitación es establecer las directrices generales necesarias para orientar a la institución sobre la manera adecuada de implementar y gestionar la herramienta propuesta por el presente proyecto.

Durante las etapas de diseño y estabilización de la herramienta de gestión para la autoevaluación de los procesos de habilitación, la institución deberá tener a disposición los requerimientos del marco normativo para asegurar el adecuado entendimiento del alcance de los requerimientos con respecto a los procesos de autoevaluación, en este mismo sentido se considera pertinente que un profesional formado en gerencia de proyectos y calidad oriente las etapas iniciales de implementación de la herramientas hasta su estabilización.

Herramientas para planificación

El diseño de la herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación con fines de habilitación está estrechamente relacionado con las áreas del conocimiento de la gerencia de proyectos y con el ciclo de mejoramiento continuo PHVA, teniendo en cuenta lo anterior, en el diseño de la herramienta de gestión se entregan instrumentos para materializar la práctica de la herramienta.

**Tabla 7.** *Instrumentos de acuerdo con las áreas del conocimiento.*

AREAS DEL CONOCIMIENTO	INSTRUMENTO
Alcance	Témlate delimitación del alcance
Tiempo	Témlate cronograma y actividades
Costos	Témlate costos
Calidad	Matriz QFD
Recursos	Témlate estimación de recursos
Riesgos	Témlate BowTie estimación riesgos
Interesados	Matriz de prominencia interesados

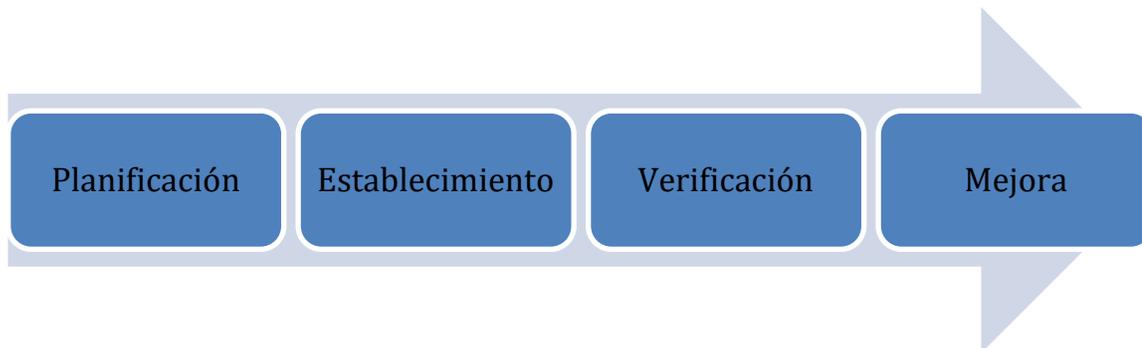
Fuente: *Elaborado por los autores, octubre 2020*

Cada uno de los planes de gestión basados en las áreas del conocimiento de la metodología PMI deben ser adaptados técnicamente a las particularidades de la institución y en caso de que la institución cuente con sus propios instrumentos y herramientas propias y previa validación de su utilidad, pueden ser integrados en la herramienta de gestión propuesta.

### **Etapas del proceso de autoevaluación propuesto en la herramienta de gestión**

La institución deberá seguir de manera sincrónica las siguientes actividades para la implementación de la herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación con fines de habilitación:

**Figura 5.** *Etapas proceso de autoevaluación con fines de habilitación.*



Fuente: *Elaborado por los autores, octubre 2020*

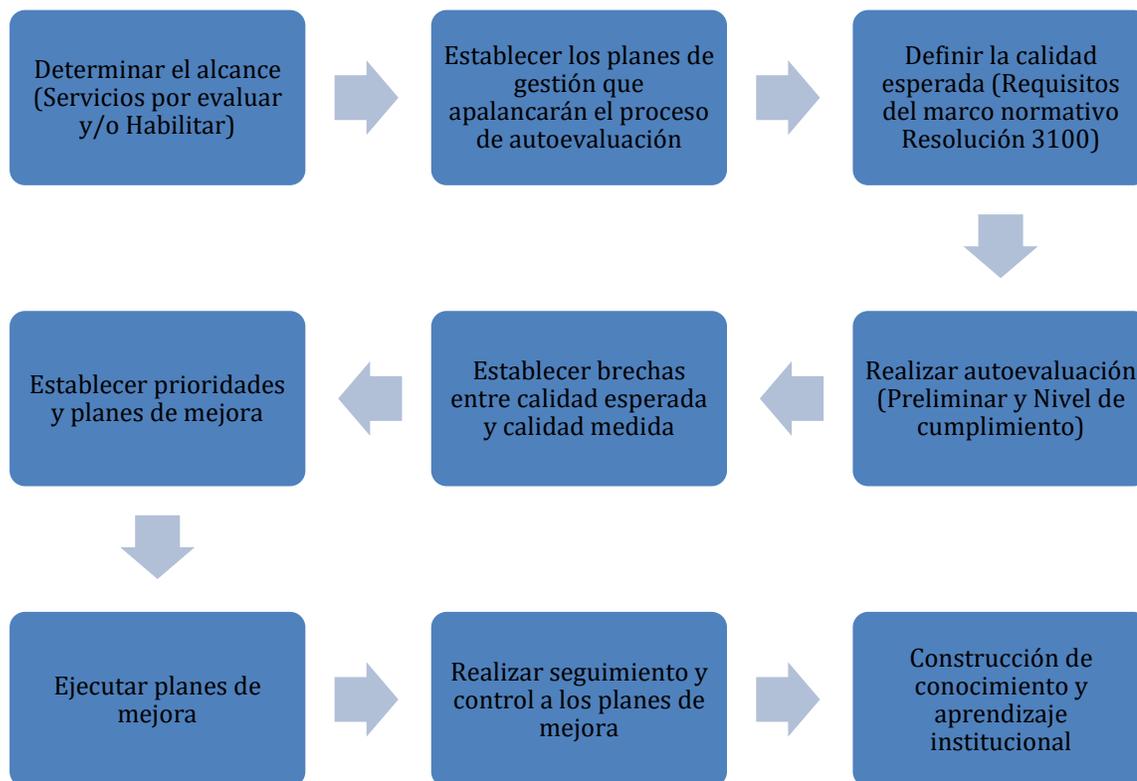
**Planificación:** Se deben establecer los planes de gestión que apalancan el proceso de autoevaluación. Se debe determinar el alcance del proceso de autoevaluación teniendo como referente los servicios ya habilitados o los que se quieren habilitar a futuro, se debe conocer los estándares de calidad esperada.

**Establecimiento:** Se debe establecer con respecto al alcance los estándares de calidad esperada, posteriormente recolectar la información por medio de la aplicación de revisiones que deben involucrar a los responsables e intervinientes de los servicios. Se debe realizar un primer informe donde se consignen los resultados y las primeras acciones de mejora que deben ser abordadas.

**Verificación:** Identifique las brechas entre la calidad esperada y la calidad medida, se deben proponer planes de acción, que una vez ejecutados conduzcan a la mejora de la calidad de los servicios.

**Mejora:** Realizar monitoreo y control a las acciones de mejora establecidas en las etapas anteriores con el propósito de asegurar el mejoramiento de las condiciones de habilitación y cumplimiento del marco normativo.

**Figura 6.** Ruta crítica para la implementación de la herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación.



Fuente: Elaborado por los autores, octubre 2020

### **Primero: Determinar el alcance de los servicios a evaluar y/o habilitar**

El primer paso para la aplicación de la herramienta de gestión es determinar el alcance del proceso con el objetivo de identificar de manera clara cuál es el trabajo necesario para realizar el ciclo del proceso de autoevaluación de manera efectiva.

En el marco del proceso de autoevaluación con fines de habilitación de servicios de salud, la delimitación del alcance debe abordarse tomando como base:

- La estructura de los servicios de salud definida por el ministerio de salud y protección social (Taxonomía de los servicios, modalidades de prestación del servicio y complejidad del servicio)
- Los estándares definidos por el sistema único de habilitación en la resolución 3100 de 2019 y las que la reemplace.
- Los planes estratégicos de la organización en términos de apertura de nuevos servicios y presupuestos anuales.

El resultado de la delimitación del alcance es el reconocimiento de los servicios que serán objeto de los procesos de autoevaluación o iniciarán el proceso de habilitación.

### **Segundo: Establecimiento de planes de gestión**

El segundo paso para la aplicación de la herramienta de gestión es realizar la planificación de los 8 planes de gestión que apalancan la ejecución de las actividades contempladas dentro del alcance del proceso de autoevaluación.

El resultado es un documento que contiene los planes para la gestión desde aspectos clave como: Alcance, tiempo, costo, recursos, interesados, riesgos, comunicaciones y calidad.

El plan de calidad merece una mención especial por ser uno de los planes que gestionará la calidad el proceso de autoevaluación, en el anterior entendido, durante la etapa de planificación de la calidad se deberán establecer:

- Definición clara y delimitada de la calidad esperada a la luz de la normatividad.
- Definición de indicadores para medir la gestión de la calidad.
- Definición de márgenes de tolerancia.
- Definición de herramienta para recolección de datos.

### **Tercero: Autoevaluación (Inicial)**

El tercer paso es la realización del proceso de autoevaluación de las condiciones de habilitación a la luz del marco normativo en vigencia, el objetivo es establecer los aspectos que requieren revisión y que se consideran como las brechas en el cumplimiento.

Se debe realizar un primer diagnóstico básico para identificar problemas o fallas con respecto a los requisitos de la norma, este diagnóstico se debe realizar de forma presencial ya activa por cada uno de los procesos que según el alcance serán sujetos de revisión.

El resultado de la autoevaluación inicial es la identificación de los aspectos a mejorar, es decir, la generación de un listado de requerimientos sin cumplir y que son factibles de intervenir a la luz del alcance determinado y que pueden ser en el mediano plazo objeto de revisiones periódicas.

### **Cuarto: Establecer prioridades y planes de mejora**

El cuarto paso es establecer las prioridades, consiste en identificar las brechas de cumplimiento y seleccionar cuales serán abordadas de manera prioritaria. Lo anterior obedece a que los recursos humanos y económicos no son ilimitados dentro de la institución y a que no todos los planes de mejora requerirán de la inversión de recursos, de este modo, se pueden priorizar acciones para cubrir las brechas y aumentar el impacto, no solo en términos de cumplimiento del estándar normativo, si no, del mejoramiento de la calidad del servicio. Con la priorización de los aspectos por mejorar y la disposición de recursos para gestionar la mejora es determinante que se planifiquen las acciones de mejora conducentes al cubrir las brechas identificadas.

### **Quinto: Ejecución del plan de mejoramiento**

El quinto paso está determinado por la ejecución de las actividades estimadas en el plan de mejoramiento, es en este punto donde se requiere de la ejecución de los planes de gestión para que se generen los espacios y recursos necesarios para el cumplimiento de los planes de acción y se trabaje por el cumplimiento de los criterios establecidos por el marco normativo.

### **Sexto: Seguimiento y control de los planes de mejora**

El sexto paso aborda las actividades que desde la gerencia de calidad se deben realizar para hacer seguimiento y control a la correcta ejecución, implementación y efectividad del plan de mejoramiento. El objetivo es verificar si las brechas fueron cubiertas y establecer por medio de indicadores de gestión el nivel de cumplimiento del plan de mejoramiento y el nivel de cumplimiento de los estándares del marco normativo vigente para habilitación de servicios de salud.

### **Séptimo: Aprendizaje y conocimiento institucional**

El último paso consiste en realizar gestión sobre el conocimiento generado al cierre del ciclo del proceso de autoevaluación. Implica la revisión de los planes de gestión, las decisiones tomadas en los planes de mejora y el impacto que los mismos tuvieron, finalmente la elaboración de estándares con los cuales se pueda hacer control periódico para disminuir la carga operativa del proceso de autoevaluación.

En este paso el ciclo de la herramienta y del proceso de autoevaluación retornan al inicio y puede aplicarse la ruta completa, buscando no solo atender las brechas en el incumplimiento de la norma, si no también para potenciar un proceso de mejoramiento continuo que impacte de manera positiva la calidad de los servicios de salud de la institución.

## **15. Discusión**

El presente trabajo de investigación logra la consecución de cada uno de los objetivos planteados. Estos objetivos fueron alcanzados gracias al esfuerzo y apoyo de la institución, quienes brindaron los espacios para ejecutar el proyecto y se mostraron dispuestos a apoyar la elaboración de esta herramienta de gestión, viéndola como un valor agregado para los procesos de mejora continua de la institución.

Como resultado de la revisión de los procesos de autoevaluación de la institución objeto de estudio, se pudo evidenciar que uno de los pilares fundamentales del sistema integrado de gestión de la calidad de la institución es el sistema único de habilitación (SUH), la anterior es una de las principales menciones que se realiza dentro del manual de calidad respecto a la habilitación de servicios de salud. Sin embargo, y pese a establecer el sistema único de habilitación como uno de los pilares para la gestión de la calidad, la revisión inicial no logró identificar la caracterización de un proceso o procedimiento tendiente a realizar la autoevaluación o mantenimiento de las condiciones de habilitación.

La posterior aplicación del instrumento para el diagnóstico de procesos de autoevaluación, arrojó un resultado correlacionado con la revisión del manual de calidad y del sistema de gestión integral de la calidad de la institución, pues permite determinar que la institución tiene un bajo nivel de establecimiento de niveles de autocontrol para el hallazgo, seguimiento y control de los principales problemas de calidad relacionados con el cumplimiento de los estándares exigidos por el sistema único de habilitación. En este sentido es concluyente determinar que la institución no ha definido un proceso y/o procedimiento para la autoevaluación y el mantenimiento de los criterios de habilitación exigidos por el marco normativo vigente.

A la luz de los resultados, se considera pertinente que la institución dirija sus esfuerzos en caracterizar e incluir dentro de los procedimientos de la institución la autoevaluación como uno de los pilares conducentes al cumplimiento de las condiciones de habilitación. Es menester aclarar que el alcance del presente proyecto no incluía la caracterización del proceso o procedimiento de autoevaluación de las condiciones de habilitación, sin embargo, este se considera indispensable para la aplicación de la herramienta de gestión propuesta.

La revisión bibliográfica y el entendimiento de la metodología PMI de gerencia de proyectos resultó útil para determinar las buenas prácticas del estándar de gerencia de proyectos que podrían ser incluidas en el diseño de la herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación. De acuerdo con los aportes de Francisco Toro y German Bernate en su obra *“Gerencia de Proyectos, aplicaciones en salud”* las áreas del conocimiento y los grupos de procesos pueden ser usados para apalancar la consecución de objetivos dentro del ámbito de proyectos en el sector salud. La claridad que expuso la revisión bibliográfica y el conocimiento previo de la metodología PMI, permitió establecer las áreas del conocimiento que resultarían beneficiosas para la gestión del proceso de autoevaluación y que por extensión fueron incluidas dentro del diseño de la herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación con fines de habilitación de servicios de salud.

El diseño de la herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación con fines de habilitación de servicios de salud comprende la inclusión de 8 planes de gestión, que como su nombre lo indica, resultan útiles para apalancar la ejecución de los procesos de autoevaluación y mejora en 8 aspectos importantes (Alcance, tiempo, costo, calidad, recursos, comunicaciones, riesgos e interesados), el propósito que persigue el establecimiento de estos planes de gestión es determinar qué servicios de la institución serán

objeto del procesos de autoevaluación, establecer un marco temporal para la ejecución del proceso, determinar los recursos económicos necesarios para la ejecución del proceso, establecer de forma clara y delimitada los parámetros de calidad, la forma y tiempo en que se comunicaran los requerimientos del proceso, los riesgos a los que se ve enfrentado y los interesados del proceso.

El principio de funcionamiento de la herramienta de gestión está fundamentado en el ciclo de mejoramiento continuo PHVA con el fin de establecer un hilo conductor hacia la mejora de la calidad de la prestación de los servicios de salud, en este entendido, la herramienta de gestión permite ir más allá de la autoevaluación y establecimiento de brechas, y establece el mejoramiento continuo como el vehículo conducente a la calidad. De acuerdo con lo anteriormente mencionado, La herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación con fines de habilitación propuesta en este proyecto, pretende establecerse como el vehículo que conduce hacia el mejoramiento continuo y debe ser entendida como una herramienta de gestión gerencial, y a su vez, como una valiosa herramienta para la gestión de la calidad, que comprende una serie de principios y conocimientos específicos que le permite a la institución y al proceso pensar más allá de la evaluación de la calidad y establecer las medidas y los medios para cubrir las brechas entre la calidad esperada y la calidad medida.

El presente proyecto también establece la hoja de ruta para la implementación de la herramienta de gestión, por medio del establecimiento de una serie de directrices que orienten a la institución sobre la manera adecuada de gestionar los procesos de autoevaluación desde la herramienta. En aras de la transparencia es necesario mencionar que durante las etapas de planificación, implementación y estabilización de la herramienta la institución debe contar con personas formadas en la metodología PMI de gerencia de proyectos y calidad con el

objetivo de orientar esas etapas iniciales de implementación, hasta la estabilización de la herramienta de gestión.

## **16. Conclusiones y recomendaciones**

El producto final de la investigación es el diseño de una herramienta de gestión para la autoevaluación con fines de habilitación de servicios de salud en el marco de la resolución 3100 de 2019, basada en la metodología PMI de gerencia de proyectos. Con la implementación de esta herramienta, se espera que las instituciones cuenten con un apoyo que les facilitará la gestión de los procesos de habilitación y autoevaluación que se requieran, y de la ejecución y control de lo planeado para el logro efectivo de los objetivos propuestos. La implementación de dicha herramienta podrá ser de gran utilidad al momento de la formulación de acciones de mejora, y así obtener resultados positivos en el proceso de auditoría interna.

El propósito de diseño de la herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación con miras a la habilitación de servicios de salud es el de orientar a la institución hacia una adecuada manera de gestionar el proceso de autoevaluación de las condiciones de habilitación y promover en la institución una nueva manera de promover y gestionar este tipo de procesos, contribuyendo a la mejora continua de la calidad de los servicios de salud. La herramienta de gestión debe incentivar la cultura de la autoevaluación y el autocontrol contra los estándares de habilitación.

Como recomendación para la institución, se plantea la importancia de establecer los procesos pertinentes para la gestión de la autoevaluación con fines de habilitación, lo que permitirá a la institución mantenerse dentro de los requerimientos del sistema de gestión de la calidad.

Adicionalmente se debe trabajar en el direccionamiento estratégico de la institución para que incluya dentro de su alcance el mejoramiento de la calidad y de los servicios de salud.

La hoja de ruta propuesta es un complemento indispensable para la implementación de la herramienta de gestión; como resultado final, con la hoja de ruta se pretende el entendimiento y la adecuada aplicación de la herramienta, lo que ayudará a proponer acciones de mejora de los procesos del área de calidad. Se recomienda la aplicación de la hoja de ruta de la mano de la herramienta de gestión para obtener resultados reales en la autoevaluación, y se recomienda que durante las etapas de planificación, implementación y estabilización de la herramienta la institución debe contar con personas formadas en la metodología PMI de gerencia de proyectos y calidad con el objetivo de orientar esas etapas iniciales de implementación, hasta la estabilización de la herramienta de gestión.

La siguiente etapa del presente proyecto debe estar direccionada a la implementación de la herramienta de gestión, esto con el objetivo de establecer su real utilidad en la gestión de los procesos de autoevaluación.

## 17. Bibliografía

1. Guía de los Fundamentos para la Dirección de Proyectos (Guía del PMBOK). (2013). [Ebook] (5th ed.). Estados Unidos, Pensilvania. Disponible en: [https://sistemastic.files.wordpress.com/2017/07/guia\\_de\\_los\\_fundamentos\\_para\\_la\\_direccion\\_de\\_proyectos-pmbok\\_5ta\\_edicion\\_espanol.pdf](https://sistemastic.files.wordpress.com/2017/07/guia_de_los_fundamentos_para_la_direccion_de_proyectos-pmbok_5ta_edicion_espanol.pdf)
2. Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (pag. 35 - 40). Colombia, Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Disponible en: <http://simudatsalud-risaralda.co/normatividad/AMEC/Gu%C3%ADas%20b%C3%A1sicas%20auditoria%20mejoramiento%20calidad.pdf>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud. Colombia, Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>
4. Coronado, R. Cruz, E. Macías, S. & Colaboradores. (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. Revista Mexicana De Medicina Física Y Rehabilitación, 25(1), 26 - 33. Revisado el 17 de febrero 2020. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2013/mf131e.pdf>
5. Forrellat, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia, 30(2), 179-183. Revisado el 17 de febrero 2020. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-02892014000200011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000200011&lng=es&tlng=es).

6. Donabedian A. (1996). Garantía de la calidad: ¿Quién es responsable? Calidad de atención a la salud. 3:7-11
7. Kerguelén, C. (2008). Calidad en salud en Colombia, Los principios. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud PARS. Colombia, Bogotá: Editorial Scripto Ltda. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/calidad-salud-colombia.pdf>
8. Universidad Internacional de la Rioja. Tema 8: El ciclo de mejora. Fuentes de información en calidad asistencial. En La Calidad de la Atención Sanitaria: Métodos de Evaluación de la Calidad Asistencial (pp. 1- 11). (3)
9. Universidad Internacional de la Rioja. Tema 9: Indicadores de evaluación de la calidad asistencial. Estudios de monitorización. La Calidad de la Atención Sanitaria: Métodos de Evaluación de la Calidad Asistencial (pp. 1- 17).
10. Organización Internacional de Normalización (2015). *ISO 9001 Quinta edición 2015*. Disponible en: <https://www.iso.org/obp/ui/es/#iso:std:iso:9001:ed-5:v1:es>
11. Ferro, M. Molina, L. Rodríguez, W. (2009). La bioética y sus principios. [versión electrónica]. Acta Odontológica Venezolana. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652009000200029](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029)
12. Ministerio De Salud Y Protección Social, 2019. Resolución Número 3100 De noviembre De 2019. Bogotá: Ministerio De Salud Y Protección Social, pp.1 - 5. Disponible en:

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

13. Toro, F. and Bernate, G., 2013. Gerencia De Proyectos: Aplicaciones En Salud. 1st ed. [ebook] Bogotá: ECOE Ediciones, pp.10 - 17. Available at: <<https://books.google.com.pe/books?id=8OscDgAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>> [Accessed 7 May 2020].
14. Pablo Lledó (2017). Administración de proyectos: El ABC para un director de proyectos exitoso

## Anexos

### Anexo 1. Lista de chequeo para diagnóstico de procesos.

LISTA DE CHEQUEO PARA EL DIAGNOSTICO DE EVALUACION PROCESOS / PROCEDIMIENTOS DE AUTOEVALUACIÓN					
CRITERIOS DE CALIFICACION: A. Cumple completamente con el criterio enunciado (10 puntos: Se establece, se implementa y se mantiene; Corresponde a las fase de Verificar y Actuar para la Mejora del sistema); B. cumple parcialmente con el criterio enunciado (5 puntos: Se establece, se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase del Hacer del sistema); C. Cumple con el mínimo del criterio enunciado (3 puntos: Se establece, no se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase de identificación y Planeación del sistema); D. No cumple con el criterio enunciado (0 puntos: no se establece, no se implementa, no se mantiene N/S).					
No.	NUMERALES O TEMAS	CRITERIO INICIAL DE CALIFICACIÓN			
		A-V	H	P	N/S
		A	B	C	D
		10	5	3	0
<b>CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN</b>					
1	¿La organización tiene dentro de su manual de calidad un proceso documentado para la revisión del cumplimiento de los criterios de habilitación?				0
2	¿Se realiza el seguimiento y la revisión a los criterios de evaluación de la institución?		5		
3	Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el cumplimiento de los criterios de habilitación?			3	
4	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos?				0
5	El alcance del proceso y/o procedimiento de autoevaluación se ha determinado teniendo en cuenta los problemas externos e internos, las partes interesadas, sus productos y servicios?			3	
6	Se tiene disponible y documentado el alcance del proceso y/o procedimiento de autoevaluación para el mantenimiento de las condiciones de habilitación?				0
7	Se tienen establecidos los criterios para la gestión de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades, procedimientos, medidas de control e indicadores de desempeño necesarios que permitan la efectiva operación y control de los mismos.				0
8	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.			3	
		<b>SUBTOTAL</b>			
		0	5	3	0
		<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C)/100)</b>			
		<b>18%</b>			
<b>LIDERAZGO Y COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN</b>					
1	Se demuestra interés por parte de alta dirección para el mantenimiento del procedimiento de autoevaluación para el mantenimiento de las condiciones de habilitación?			3	
2	La gerencia garantiza que los requisitos de los clientes internos se determinan y se cumplen.			3	
3	Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente.			3	
4	La política de calidad con la que cuenta actualmente la organización contiene los propósitos y criterios establecidos por el sistema único de habilitación?			3	
5	Se tiene disponible a las partes interesadas, se ha comunicado dentro de la organización.		5		
6	Se han establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes a los procesos de autoevaluación y habilitación?		5		
		<b>SUBTOTAL</b>			
		0	10	12	0
		<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C)/100)</b>			
		<b>37%</b>			
<b>PLANIFICACIÓN</b>					
1	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el procedimiento de autoevaluación integrado al sistema integral de gestión de calidad logre los resultados esperados.			3	
2	La organización ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.				0
3	Que acciones se han planificado para el logro y mantenimiento de los objetivos del proceso de habilitación y autoevaluación para la habilitación?			3	
4	Se mantiene información documentada sobre las acciones planificadas?			3	
5	Existe un proceso definido para realizar la planificación de los procesos de autoevaluación para el mantenimiento de los criterios de evaluación?				0
6	Existe evidencia de la definición de la calificación cuantitativa de los estándares de habilitación que espera alcanzarse en el periodo de vigencia del proceso de autoevaluación.				0
		<b>SUBTOTAL</b>			
		0	0	9	0
		<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C)/100)</b>			
		<b>15%</b>			
<b>APOYO</b>					
1	La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua de los procesos (incluidos los requisitos de las personas, mediambientales y de infraestructura)			3	

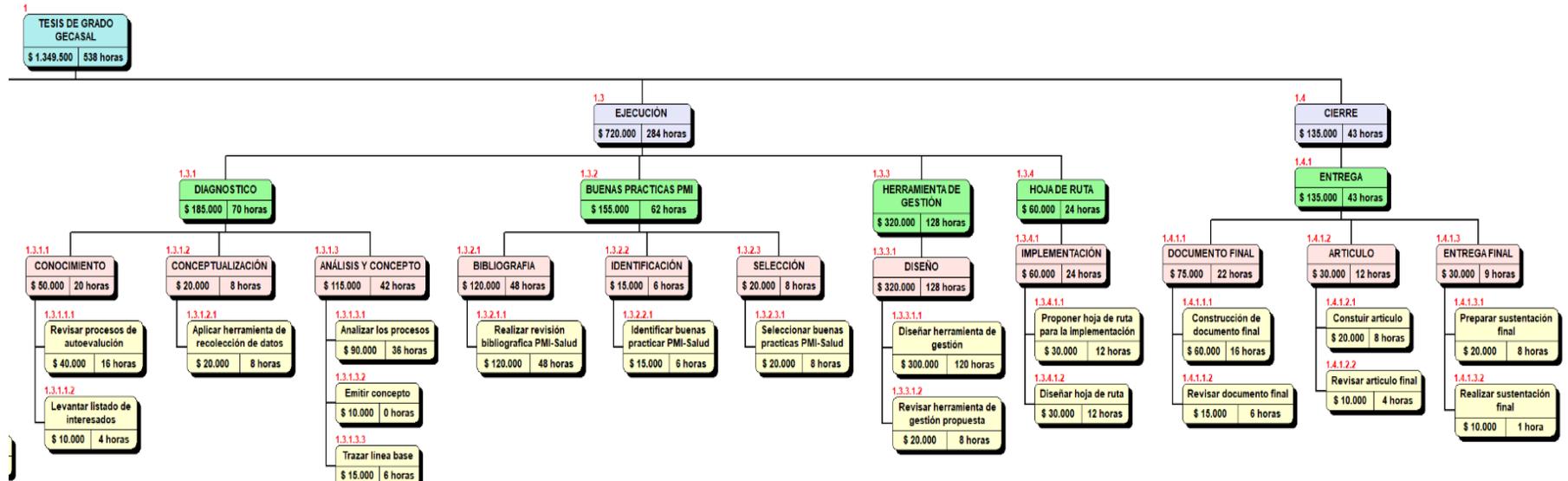
2	Se dispone de mecanismos de monitoreo y control para verificar el cumplimiento de los criterios de habilitación?			3		
3	Dispone de métodos eficaces para garantizar la trazabilidad durante la ejecución de los procesos asistenciales.			3		
4	Ha determinado la institución los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y/o procedimientos y el logro de la conformidad de los productos y servicios, ha implementado un proceso de gestión del conocimiento?		5			
5	La organización se ha asegurado de que las personas que puedan influir en el rendimiento del SUH son competentes en cuestión de una adecuada educación, formación y experiencia, ha adoptado las medidas necesarias para asegurar que puedan adquirir la competencia necesaria		5			
6	Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas.			3		
7	Se tiene definido un plan de comunicaciones para el fortalecimiento e información del sistema unico de habilitación		5			
8	Se ha establecido la información documentada requerida por el marco normativo y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces de los procedimientos para la habilitación de los servicios de salud.		5			
9	Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.	10				
10	Se tiene un procedimiento para el control de la información documentada requerida por el SUH	10				
		<b>SUBTOTAL</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>0</b>
		<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)</b>			<b>52%</b>	
<b>EVALUACION DEL DESEMPEÑO (SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION)</b>						
1	La organización determina que necesita seguimiento y medición.			3		
2	Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados validos.			3	0	
3	Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición.			3		
4	Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición.			3		
5	Evalúa el desempeño y la eficacia y cumplimiento de los criterios de autoevaluación para la habilitación?				0	
6	Conserva información documentada como evidencia de los resultados.			3		
7	La organización realiza seguimiento de las percepciones de los clientes, del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas.				0	
8	Determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar la información.				0	
9	La organización analiza y evalúa los datos y la información que surgen del seguimiento y la medición.			3		
10	La institución lleva a cabo auditorías planeadas en la vigencia del procesos de autoevaluación, para evidenciar los avances logrados en su implementación				0	
11	Las auditorías proporcionan información sobre el estad de cumplimiento de los criterios de habilitación conforme con los requisitos propios del sistema unico de habilitación				0	
12	La institución lleva un Informe de las auditorías realizadas frente a las planeadas para el mantenimiento de los criterios de habilitación.				0	
13	Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso.				0	
14	La institución realiza autoevaluación de todos los estándares de habilitación que le aplican			3		
15	Asegura que los resultados de las auditorias se informan a la dirección.			3		
16	Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas.			5		
17	Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoria y los resultados.			5		
		<b>SUBTOTAL</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>21</b>	<b>0</b>
		<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)</b>			<b>18%</b>	
<b>MEJORA</b>						
1	La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los criterios del sistema unico de habilitación SUH			3		
2	En el mapa de procesos de la institución se puede evidenciar la correlación de los estándares de habilitación con procesos institucionales (Matriz de correlación de estándares de Habilitación)			3		
3	La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla.			5		
4	Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad.			5		
5	Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad.			5		
6	Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.			3		
7	Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario.			3		
8	Hace cambios al SGC si fuera necesario.			5		
9	Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.				0	
10	la entidad cuenta con evidencia del listado de los procesos que fueron seleccionados para mejorar, debidamente justificada y con base en el diagnóstico o autoevaluación.				0	
11	La entidad cuenta con documentos donde se pueda evidenciar la priorización de oportunidades de mejoramiento para cada uno de los grupos y subgrupos de estándares de Habilitación.				0	
12	La entidad cuenta con una metodología validada de priorización de procesos?				0	
13	La institución cuenta con planes de mejoramiento para cada grupo de estándares de habilitación.			3		
		<b>SUBTOTAL</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>0</b>
		<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)</b>			<b>27%</b>	
<b>RESULTADOS DE LA REVISIÓN DEL PROCESO</b>						

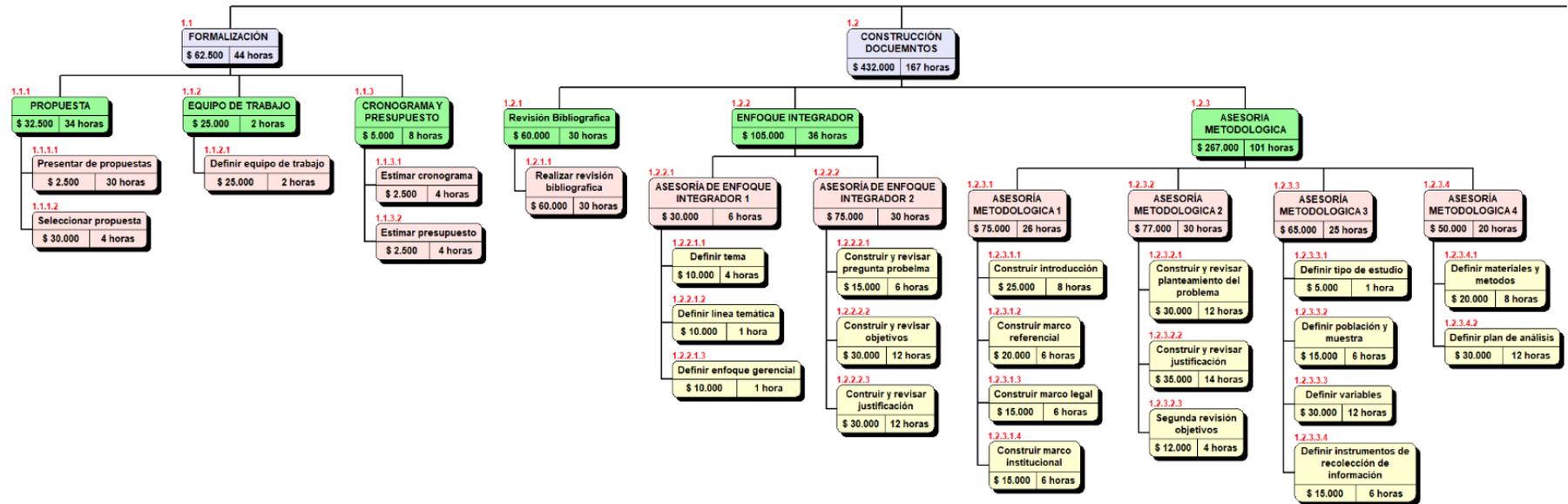
NUMERAL DE LA NORMA	% OBTENIDO DE IMPLEMENTACION	ACCIONES POR REALIZAR
CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	18%	IMPLEMENTAR
LIDERAZGO	37%	IMPLEMENTAR
PLANIFICACION	15%	IMPLEMENTAR
APOYO	52%	MEJORAR
EVALUACION DEL DESEMPEÑO	18%	IMPLEMENTAR
MEJORA	27%	IMPLEMENTAR
<b>TOTAL RESULTADO IMPLEMENTACION</b>	<b>28%</b>	
Calificación global en la Gestion de los procesos de Autoevaluación del sistema unico de habilitación		<b>BAJO</b>

## Anexo 2. Formato de consolidación de información Aplicación de mejores prácticas

GRUPOS DE PROCESOS DE LA GERENCIA DE PROYECTOS APLICADOS EN LA ORGANIZACIÓN	TIPO EMPRESAS A ANALIZAR (IPS, EPS, ESE, CLINICA, HOSPITAL, FUNDACIÓN, INSTITUTO)	UBICACIÓN GEOGRAFICA	FUENTE BIBLIOGRAFICA	AÑO	APLICA PRACTICAS PMI (SI/NO)	¿Cuáles practicas aplica?	DESCRIPCIÓN
Procesos							
Estrategia							
Alcance							
Tiempo							
Costos							
Calidad							
Recursos							
Comunicaciones							
Riesgos							
Interesados							

### Anexo 3. Estructura de desglose de trabajo (EDT) proyecto de grado.





#### **Anexo 4. Artículo de investigación**

### **HERRAMIENTA DE GESTIÓN PARA LA AUTOEVALUACIÓN CON FINES DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BASADO EN LA METODOLOGÍA PMI**

**Durán A. - Gómez J. - Zárate M.**

En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social tienen la potestad y responsabilidad de establecer las normas, procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud, en procura de la seguridad de los usuarios del servicio. Estas condiciones están reguladas en la Resolución 3100 del 2019, norma que se posiciona como la línea base de obligatorio cumplimiento para que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – en adelante IPS- y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios – en adelante EAPB- lleven a cabo su *autoevaluación* y reporten la declaración de cumplimiento en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -en adelante REPS-, para obtener o refrendar la habilitación de los servicios que se ofertan.

La referida *autoevaluación* se ha convertido en uno de los retos de la habilitación en salud para muchos prestadores en Colombia debido a la dificultad de interpretación del marco normativo, la carencia de herramientas de gestión y la ausencia de metodologías que sintetizan los procesos de autodiagnóstico. A pesar de que la institución establece que el Sistema Único de Habilitación – en adelante SUH- es uno de los pilares en los que está basado el Sistema Integral de Calidad y que es la base para la revisión de los procesos misionales; durante la revisión realizada a los procedimientos para la gestión de los procesos de calidad no se evidenció la caracterización o establecimiento de una forma o metodología para la autoevaluación de las condiciones de habilitación, o la definición de un proceso periódico de autoevaluación interno de los procesos y resultados de la prestación de los servicios.

Al evidenciar esa falencia común, el grupo se planteó como objetivo de esta investigación diseñar una herramienta de gestión con fines de habilitación de servicios de salud apoyado en la metodología PMI de gerencia de proyectos que permita fortalecer los procesos de autoevaluación para el mantenimiento y cumplimiento de las condiciones de habilitación, contribuyendo a la formulación de acciones de mejora tendientes al cumplimiento del marco normativo. Con la implementación de esta herramienta, se espera que las instituciones cuenten con un soporte, que les facilitará la gestión de los procesos de autoevaluación con fines de habilitación, la ejecución y control de lo planeado para el logro efectivo de los objetivos de calidad propuestos.

Con miras a lograr el objetivo ya indicado, esta investigación se adelantó a partir de las siguientes etapas: en primer lugar, se revisaron, evaluaron y calificaron los procesos de autoevaluación con fines de habilitación de una IPS; acto seguido, se estableció un diagnóstico partir de la información recolectada y; finalmente, se procedió a diseñar una herramienta de gestión que apoye y mejore los procesos de autoevaluación con fines de habilitación, a partir de la aplicación de las buenas prácticas de gerencia de proyectos. Para el diagnóstico de los procesos de autoevaluación se tuvo en cuenta la lista de chequeo de la norma ISO 9001 Versión 2015 con el fin de verificar la alineación del proceso de autoevaluación a los principios de gestión de calidad.

**Palabras claves:** *Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOG), Autoevaluación, Habilitación en Salud, Resolución 3100 de 2019, Gerencia de Proyectos, Ciclo PHVA, Metodología Project Management Institute.*

In Colombia the ministry of health and social protection has the power and responsibility to establish the rules, procedures and conditions of registration of health service providers, in order to ensure the safety of service users. These conditions are regulated in resolution 3100 of 2019, a standard that is set as the mandatory baseline for institutions that provide health services (IPS) and companies that administer benefit plans (EAPB) to carry out self-evaluation and report the declaration of compliance to the special registry of health service providers (REPS). To obtain or endorse the qualification of the services offered.

The referred self-assessment has become one of the challenges of health habilitation for many providers in Colombia due to the difficulty of interpreting the regulatory framework, the lack of management tools and the absence of methodologies that synthesize the self-diagnosis processes. Despite the fact that the institution establishes that the Unique Habilitation System - hereinafter SUH- is one of the pillars on which the Comprehensive Quality System is based and that it is the basis for the review of missionary processes; During the review of the procedures for the management of quality processes, there was no evidence of the characterization or establishment of a form or methodology for the self-assessment of the enabling conditions, or the definition of a periodic process of internal self-assessment of the processes results of the provision of services.

When evidencing this common flaw, the group's objective of this research was to design a management tool for the purpose of enabling health services supported by the PMI methodology for project management that allows strengthening the self-evaluation processes for the maintenance and compliance of the enabling conditions, contributing to the formulation of improvement actions aimed at compliance with the regulatory framework. With the implementation of this tool, it is expected that the institutions will have support, which will facilitate the management of the self-assessment processes for the purposes of empowerment, the execution and control of what is planned for the effective achievement of the proposed quality objectives.

With a view to achieving the aforementioned objective, this research was carried out through the following stages: first, the self-assessment processes were reviewed, evaluated, and rated for the purpose of enabling an IPS; immediately afterwards, a diagnosis was established based on the information collected and; Finally, a management tool was designed to support and improve self-assessment processes for empowerment purposes, based on the application of good project management practices. For the diagnosis of the self-assessment processes, the checklist of the ISO 9001 Version 2015 standard was taken into account in order to verify the alignment of the self-assessment process with the principles of quality management.

**Keywords:** mandatory quality assurance system (sog), self-assessment, health qualification, resolution 3100 of 2019, project management, phva cycle, project management institute methodology.

## Introducción

En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social tiene la potestad y responsabilidad de establecer las normas, procedimientos y condiciones de la inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud en procura de la seguridad de los usuarios. La Resolución 3100 del 2019 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019), consagra las mencionadas condiciones; que son de obligatorio cumplimiento y se posicionan como la línea base para que Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) lleven a cabo sus autodiagnósticos (Autoevaluación de las condiciones de habilitación) y reporten la declaración de cumplimiento en el REPS, para de este modo obtener o refrendar la habilitación de los servicios que se ofertan.

Pese a lo anterior, la autoevaluación se ha convertido en uno de los retos de la habilitación en salud para muchos prestadores en Colombia, debido a la dificultad de interpretación del marco normativo, la insuficiente estructuración del proceso de autoevaluación, la carencia de herramientas de gestión y la ausencia de metodologías que ayuden a sintetizar los procesos de autodiagnóstico basados en la normativa. En suma, parece que los prestadores (i) no han logrado establecer el alcance de aplicación de la habilitación y la autoevaluación o (ii) han tomado este requisito a la ligera. Esto ha llevado a que en algunas ocasiones se omitan puntos importantes para el cumplimiento de los requisitos mínimos, con consecuencias que impactan en la estrategia, el sostenimiento financiero, la calidad y la seguridad de los servicios que oferta la institución.

Pero, la falta de entendimiento e interpretación del SUH no es la única razón por la cual los prestadores no llegan al cumplimiento de las metas propuestas en términos de calidad de servicios de salud y de la estrategia de la organización. La incorrecta delimitación y reconocimiento del alcance de la Resolución 3100 de 2019 aplicada a la institución, es uno de los mayores problemas para los prestadores de servicios de salud que, durante la ejecución de sus diagnósticos y verificación del cumplimiento de los requerimientos establecidos por el marco normativo, evidencian que su alcance se encuentra fuera del tiempo y los costos inicialmente estimados, ocasionando que los esfuerzos por dar cumplimiento sean abandonados.

En este entendido, es común notar que el cumplimiento de los requisitos y, por ende, la obtención de la habilitación se vea dilatada en el tiempo. Esta demora puede conllevar a alguno de los siguientes efectos, en cualquier caso, no deseados: que las organizaciones deban disponer de recursos adicionales, tanto en dinero como de talento humano, para lograr la obtención de la habilitación; o que ante la evidencia de altos costos y tiempos extensos el prestador abandone el proceso.

De otra parte, teniendo habilitación, es común que esta se suspenda ante las visitas de los entes de control, que evidencien el incumplimiento de los requisitos del SUH, con las consecuencias que este evento puede tener sobre la reputación, los procesos y la estabilidad financiera de las organizaciones.

En nuestra consideración, la mayoría de los problemas enunciados tienen origen en la falta de herramientas de gestión que propendan por la planeación, ejecución,

monitoreo y control de los procesos de autodiagnóstico y calidad.

Es por lo anterior, que la herramienta de gestión que propone el presente trabajo este basada en la metodología de gerencia de proyectos del Project Management Institute -en adelante PMI- y plantea enmarcar todo esfuerzo de la habilitación y el autodiagnóstico de servicios de salud en una triple restricción: Alcance, Tiempo y Costo (*Project Management Institute, 2013*). Consideramos que migrar esta fórmula permitirá el desarrollo metódico y estructurado de la *autoevaluación*, con varios planes imperativos dentro de su estructura, ayudando a establecer y asignar tareas importantes como lo son presupuestos, establecimiento de cronogramas, diseño de planes de calidad, requerimientos y requisitos, sostenibilidad, recursos y análisis de riesgos. Lo anterior, claro está, teniendo como referente el marco normativo en salud Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), permitiendo el desarrollo y cumplimiento de los objetivos propuestos a la luz de la autoevaluación para la habilitación o refrendación de los servicios en salud que la organización oferta.

La metodología PMI de gerencia de proyectos es conocida por apalancar la ejecución de proyectos por medio de la planificación y la ejecución controlada en términos de alcance, tiempo y costos; lo anterior, con el propósito de asegurar que los objetivos del proyecto se consigan sin que esto implique desviaciones mayores en términos del presupuesto económico y de tiempo estimados. La perspectiva basada en proyectos que la metodología PMI puede otorgar a los procesos de autoevaluación de una institución de servicios de salud van dirigidos a la planificación y establecimiento de

respuestas a preguntas clave como: ¿Qué?, ¿Cuándo?, ¿Cómo? y finalmente ¿Quién?

En Colombia la metodología PMI ha sido ampliamente usada y divulgada en distintos sectores como son: infraestructura, construcción, gobierno, medio ambiente, social y económico; incluso sus versátiles y útiles aplicaciones le han permitido llegar al sector salud apalancando proyectos de construcción de hospitales y otro tipo de instituciones. Sin embargo, no se conoce la aplicación de sus principios en el manejo de procesos de autoevaluación con fines de habilitación de servicios de salud.

La investigación se realizó en una IPS enfocada en la atención de pacientes en condición de discapacidad (física y neural) que dentro de su portafolio cuenta con servicios de medicina general, medicina especializada, rehabilitación laboral, ocupacional y neurofisiológica.

En el marco de la problemática expuesta, este trabajo de investigación propone *diseñar una herramienta de gestión para el autodiagnóstico con fines de habilitación de servicios de salud en el marco de la resolución 3100 de 2019, basada en la metodología PMI*, que servirá a los líderes de calidad de las organizaciones como una herramienta para la operatividad de la resolución 3100 de 2019. Esta herramienta permitirá aplicar un enfoque gerencial a los procesos de habilitación y autoevaluación que una organización de servicios de salud oferta dentro de su portafolio, procurando por la planificación, dirección de recursos humanos, materiales y de la ejecución y control de lo planeado para el logro efectivo de los objetivos de calidad propuestos, buscando tener un impacto directo sobre la calidad de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios.

## Materiales y Métodos

La presente, es una investigación de tipo descriptivo. La población que hace parte de esta investigación está compuesta por los colaboradores de la IPS sujeto de estudio que están involucrados de manera directa en los procesos de calidad, autodiagnóstico y/o autoevaluación con miras a la habilitación de servicios de salud en el marco de la resolución 3100 de 2019.

Como *criterios de exclusión* se decidió apartar de la investigación todas las personas, procesos y procedimientos que no estuvieran involucrados con la dirección de calidad de la institución. Bajo ese entendimiento, *los criterios de inclusión* se determinaron por los procesos y procedimientos de la institución enfocados a los temas de autoevaluación y habilitación de servicios de salud y las personas que tengan bajo su cargo la dirección de calidad de la institución.

El *diagnóstico* inicial requirió la realización de una revisión detallada al Sistema Integral de Gestión de la Calidad de la institución; por lo que la metodología para diagnóstico del proceso de autoevaluación se realizó en 3 etapas.

En primer lugar, la etapa de conocimiento que consistió en entender el proceso existente y establecer un diagnóstico inicial en harás de determinar el estado actual de la institución en términos de autoevaluación y auto control. En esta etapa se buscaron evidencias de la existencia en la política de calidad y el manual de calidad de la institución, de procesos, procedimientos o actividades de autoevaluación con fines de habilitación, posteriormente. Posteriormente se realizó un diagnóstico a los procesos de autoevaluación de la institución, esto con el objetivo de verificar la alineación de

estos procesos con respecto a los principios de gestión de calidad.

Para realizar el diagnóstico de los procesos de autoevaluación se trabajó con una lista de chequeo basada en la norma ISO 9001:2015 con el fin de verificar la alineación del proceso de autoevaluación a los principios de gestión de calidad definidos por la norma. Los estándares de la norma aplicados al diagnóstico del proceso fueron contexto de la organización, liderazgo, planificación, apoyo (Recursos), operación, evaluación del desempeño y mejoramiento continuo. Este diagnóstico permitió establecer cuáles son los puntos críticos del proceso y establecer una línea base del mismo, la cual, a su vez será el punto de partida para el diseño de la herramienta de gestión propuesta.

Acto seguido, se ejecutó *la etapa de interpretación* en la que se procedió con la interpretación y clasificación de la información recolectada en la etapa de conocimiento, con miras a representarla en diagramas o mapas de procesos, esta acción permite facilitar la interpretación de la dinámica de los procesos.

La tercera y última etapa fue la del *análisis*. En esta fase, se estudiaron las especificaciones del proceso de autoevaluación caracterizado por la organización, análisis a partir del cual fue posible entender cuáles son sus entradas, salidas, interacciones, recursos y objetivos y de esta manera evidenciar sus puntos críticos.

Posterior a la revisión de los procesos de autoevaluación de la institución, se realizó un proceso de recolección de información bibliográfica en motores de búsqueda, tales como: Pubmed, Elsevier, sciencedirect, SciELO y Google Académico, usando términos y/o criterios DeCs como *Calidad, Habilitación, Salud,*

*Gerencia, Proyectos, gerencia de proyectos en salud*; Lo anterior, con el propósito de identificar empresas u organizaciones del sector salud a nivel mundial que apliquen las buenas prácticas de la metodología PMI en sus procesos, programas, proyectos o portafolios. La búsqueda se delimito en un contexto temporal de los últimos 5 años. Para concatenar de forma organizada y sincrónica la información se hizo uso de una matriz de recolección de información bibliográfica.

Con el diagnóstico de los procesos de autoevaluación de la institución sujeto de estudio y la búsqueda bibliográfica respecto a la aplicación de la metodología PMI en instituciones del sector salud como línea base para el diseño de la herramienta, se procedió a analizar las buenas prácticas del PMI para determinar cuáles de estas pueden ser extrapoladas a los procesos de autoevaluación de la IPS sujeto de estudio. Para esto se procedió a analizar cada uno de los grupos de procesos y áreas del conocimiento contenidas dentro del estándar del PMI, en este proceso se contó con el conocimiento de un experto en gerencia de proyectos con experiencia en la aplicación proyectos en el sector salud, que realizó el análisis y extrapolación de estas buenas prácticas a los procesos de autoevaluación con el fin de aportar en el diseño la herramienta de gestión propuesta.

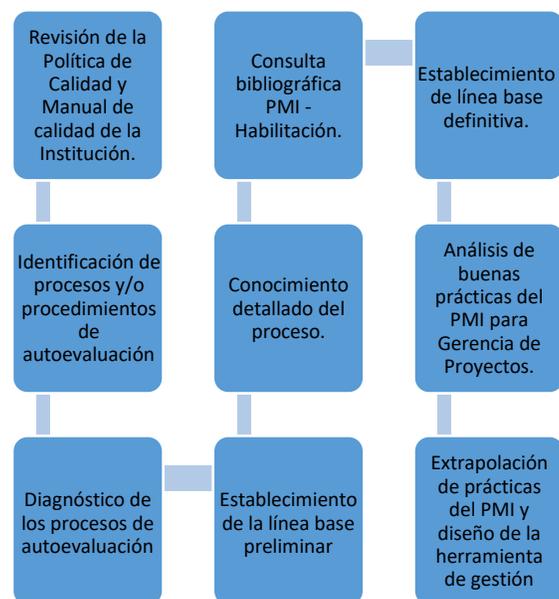
Los grupos de proceso de la metodología PMI definen un orden lógico y secuencial de la ejecución o dirección de un proyecto y procuran por el cumplimiento de los objetivos del mismo dentro del contexto definido por el tiempo, alcance y costo (PMI, 2013). Estas nociones no son lejanas de los propósitos que tienen los procesos de autoevaluación, pues se entiende que este esfuerzo realizado por la organización debe estar en

búsqueda de la eficiencia y la efectividad en términos del alcance definido, el tiempo y el dinero establecidos por el plan estratégico de la organización, también se tiene como premisa que la efectividad y eficacia de los procesos y las herramientas de gestión para la autoevaluación dependen en gran medida de la integración, articulación y coherencia de las actividades establecidas en la metodología PMI y los procesos de autoevaluación.

El análisis de las buenas prácticas en el marco del PMI y la determinación de los grupos de procesos y áreas del conocimiento que pueden ser adaptadas a los procesos de autoevaluación, constituyen el insumo para el diseño de la herramienta de gestión propuesta, que se alimenta de los planes de gestión y la concepción de la aplicación de los mismos en los procesos de autoevaluación.

A continuación, la gráfica 1 representa un resumen gráfico de la metodología aplicada en el presente proyecto:

**Gráfica 1.** Resumen gráfico de la metodología aplicada en el proyecto.



Fuente: Los autores, a partir de la metodología establecida para el proyecto. Año 2020

## Resultados

Se realizó una revisión del mapa de procesos y el sistema integral de gestión de la calidad de la institución, con la cual se estableció un diagnóstico que definió la línea base para el diseño de la herramienta de gestión. Como resultado se evidenció definición y caracterización del proceso de calidad y todos sus procedimientos para los diferentes servicios y productos que oferta la institución, soportado en el manual de calidad en su versión 4 (Última actualización), con actualización del 06 de noviembre de 2018, el cual muestra cambios significativos, que incluyen la actualización del manual de acuerdo con el estándar ISO 9001 versión 2015, SUH y el manual de buenas prácticas para la elaboración de dispositivos médicos sobre medida.

Sin embargo, durante la revisión realizada a los procedimientos caracterizados para la gestión de los procesos de calidad no se evidenció la caracterización o establecimiento de un procedimiento para la autoevaluación de las condiciones de habilitación, o la definición de un proceso periódico de autoevaluación interna de los procesos y resultados de la prestación de los servicios, que garanticen el mantenimiento de los criterios de habilitación de servicios de salud y a su vez mejoren la calidad de la atención al usuario, adicionalmente se evidenció que la institución no ha definido los niveles de autocontrol para el hallazgo, seguimiento y control de los principales problemas de calidad relacionados con el SUH; como consecuencia no se evidencian planes de mejora relativos a los aspectos de habilitación.

El sistema integral de gestión de la calidad de la institución está basado en la norma ISO 9001 en su versión 2015, el sistema único de habilitación (SUH) y el

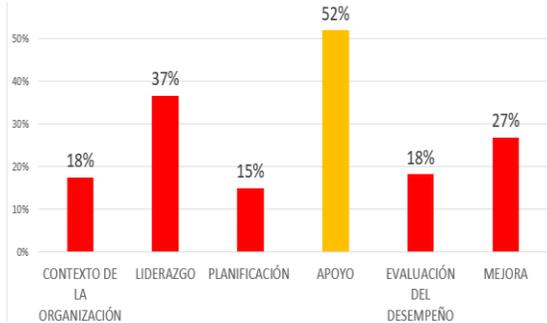
manual de buenas prácticas para la elaboración de dispositivos médicos sobre medida. El alcance del sistema integral de gestión de calidad se extiende a la prestación de los servicios médicos especializados y de rehabilitación anteriormente enunciados, adicionalmente a los servicios y productos que hacen parte activa del portafolio de la institución.

Ante estos resultados, se aplicó la lista de chequeo para el diagnóstico de procesos y/o procedimientos de autoevaluación de los criterios de habilitación de los servicios de salud, como resultado se obtuvo un nivel bajo de calificación global (28% establecimiento de procesos de autoevaluación). Este resultado da cuenta de un bajo conocimiento específico respecto a la importancia de la autoevaluación de las condiciones de habilitación y el marco normativo que la soporta.

Al realizar la revisión por cada uno de los aspectos evaluados en la lista de chequeo para el diagnóstico de procesos de autoevaluación se encontró que la organización tiene un bajo nivel de establecimiento de las cuestiones relativas al sistema único de habilitación (18%), el monitoreo, control y mantenimiento de los criterios de habilitación. La institución no ha realizado un análisis y entendimiento de las cuestiones internas y externas que tiene influencia en el logro de los objetivos de calidad y en particular del mantenimiento de las condiciones de habilitación.

El compromiso por parte de la alta dirección de la institución respecto a los temas de habilitación y el mantenimiento de sus criterios se encuentra en un 37%, la planificación para los aspectos relativos a los criterios de habilitación se estableció en un 15%, la evaluación del desempeño se ubicó en un 18% y finalmente la mejora continua se ubicó en un 27%. (Gráfica 2.)

**Gráfica 2.** Resultados del diagnóstico de los procesos de autoevaluación



Fuente: Elaborado por los autores, septiembre 2020.

La revisión de la literatura permitió determinar cuáles son las buenas prácticas de la metodología PMI de gerencia de proyectos que han sido usadas en la concepción y ejecución de proyectos del sector salud, de acuerdo con *Francisco Toro y German Bernate*, las buenas prácticas de la metodología de gerencia de proyectos pueden ser extrapoladas y aplicadas en casi cualquier proyecto del sector salud (Francisco Toro y German Bernate, 2013). En el anterior entendido en la tabla número 1 se desglosan los conceptos de la gerencia de proyectos que pueden ser aplicados en proyectos del sector salud:

**Tabla 1.** Buenas prácticas de la metodología PMI.

Grupo de procesos	Áreas del conocimiento
Inicio	Gestión de integración.
Planificación	Gestión de alcance.
Ejecución	Gestión del tiempo.
Monitoreo y control	Gestión de costos.
Cierre	Gestión de calidad.
	Gestión de recursos.
	Gestión de comunicaciones.
	Gestión de riesgos.

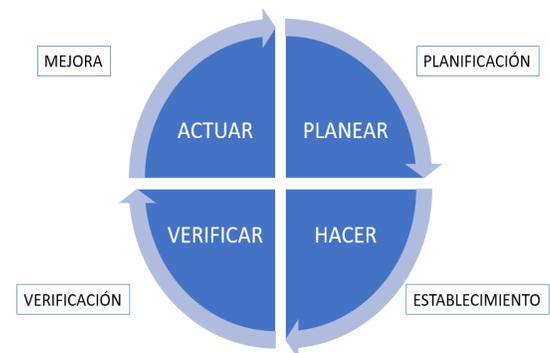
	Gestión de compras o adquisiciones.
	Gestión de interesados.

Fuente: Los autores, a partir del libro de *Francisco Toro y German Bernate*, 2020.

De acuerdo con lo expuesto, se considera pertinente y relevante para el desarrollo de la herramienta de gestión propuesta, la aplicación de los conceptos enunciados, que, a su vez, son considerados como buenas prácticas dentro de la metodología para la gerencia de proyectos del Project Management Institute.

Con la ayuda de un especialista en gerencia de proyectos, con experiencia en la aplicación de proyectos en el sector salud, se realizó el análisis y extrapolación de dichas buenas prácticas a los procesos de autoevaluación de la IPS. Como resultado de esta integración, se logró el diseño de una herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación con fines de habilitación, que apalanca su funcionamiento en el enfoque de mejoramiento continuo o ciclo PHVA propuesto por Edward Deming (Figura 1) y el modelo de gerencia de proyectos del PMI.

**Figura 1.** Ciclo de funcionamiento herramienta de gestión.



Fuente: Elaborado por los autores, octubre 2020.

## Discusión

Como resultado de la revisión de los procesos de autoevaluación de la institución sujeto de estudio, se pudo evidenciar que uno de los pilares fundamentales del sistema integrado de gestión de la calidad de la institución, es el sistema único de habilitación (SUH), la anterior es una de las principales menciones que se realiza dentro del manual de calidad respecto a la habilitación de servicios de salud. Sin embargo, y pese a establecer el sistema único de habilitación como uno de los pilares para la gestión de la calidad, la revisión inicial no logró identificar la caracterización de un proceso o procedimiento tendiente a realizar la autoevaluación o mantenimiento de las condiciones de habilitación. Los anteriores hallazgos tienen correlación con los resultados arrojados por la lista de chequeo aplicada a los procesos de autoevaluación de la institución, que indicaban un bajo nivel de implementación y entendimiento de las cuestiones relativas a la autoevaluación de las condiciones de habilitación establecidas por el marco normativo (Resolución 3100 de 2019).

Uno de los hallazgos más relevantes del presente proyecto es la necesidad de establecimiento de un proceso de autoevaluación para la institución, en consenso, se ha considerado que el proceso de autoevaluación debe existir dentro de la caracterización de los procesos de calidad de la institución, y debe actuar como punto de partida para la verificación del cumplimiento o incumplimiento de los criterios de calidad establecidos por el marco normativo, pero en sí mismo no establece el hilo conductor de la mejora, por lo cual el proceso debe proveerse de las herramientas para que conduzca al mejoramiento continuo de la calidad en la atención de los servicios de

salud. Para que el desarrollo de este proceso sea provechoso, útil y conduzca al mejoramiento continuo, deben garantizarse un conjunto de condiciones y requisitos, que no son aspectos críticos que deben ser considerados antes de iniciar un proceso autoevaluativo que conduzca a la mejora.

La herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación con fines de habilitación propuesta en este proyecto, pretende establecerse como el vehículo que conduce hacia el mejoramiento continuo y debe ser entendida como una herramienta de gestión gerencial, y a su vez, como una valiosa herramienta para la gestión de la calidad, que comprende una serie de principios y conocimientos específicos que le permite a la institución y al proceso pensar más allá de la evaluación de la calidad y establecer las medidas y los medios para cubrir las brechas entre la calidad esperada y la calidad medida. La herramienta de gestión propuesta está provista de las áreas del conocimiento de la metodología PMI de gerencia de proyectos, que son ampliamente conocidas por ser el apalancamiento para el fortalecimiento de la gestión de los proyectos.

La revisión bibliográfica y el entendimiento de la metodología PMI de gerencia de proyectos resultó útil para determinar las buenas prácticas del estándar de gerencia de proyectos que podrían ser incluidas en el diseño de la herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación. De acuerdo con los aportes de Francisco Toro y German Bernate en su obra *“Gerencia de Proyectos, aplicaciones en salud”* las áreas del conocimiento y los grupos de procesos pueden ser usados para apalancar la consecución de objetivos dentro del ámbito de proyectos en el sector salud. La claridad que expuso la revisión

bibliográfica y el conocimiento previo de la metodología PMI, permitió establecer las áreas del conocimiento que resultarían beneficiosas para la gestión del proceso de autoevaluación y que por extensión fueron incluidas dentro del diseño de la herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación con fines de habilitación de servicios de salud.

El diseño de la herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación con fines de habilitación de servicios de salud comprende la inclusión de 8 planes de gestión, que como su nombre lo indica, resultan útiles para apalancar la ejecución de los procesos de autoevaluación y mejora en 8 aspectos importantes (Alcance, tiempo, costo, calidad, recursos, comunicaciones, riesgos e interesados), el propósito que persigue el establecimiento de estos planes de gestión es determinar qué servicios de la institución serán objeto del procesos de autoevaluación, establecer un marco temporal para la ejecución del proceso, determinar los recursos económicos necesarios para la ejecución del proceso, establecer de forma clara y delimitada los parámetros de calidad, la forma y tiempo en que se comunicaran los requerimientos del proceso, los riesgos a los que se ve enfrentado y los interesados del proceso.

El presente proyecto también establece la hoja de ruta para la implementación de la herramienta de gestión, por medio del establecimiento de una serie de directrices que orienten a la institución sobre la manera adecuada de gestionar los procesos de autoevaluación desde la herramienta.

### **Conclusiones y recomendaciones**

El producto final de la investigación es el diseño de una herramienta de gestión para la autoevaluación con fines de habilitación de servicios de salud en el marco de la Resolución 3100 de 2019,

basada en la metodología PMI de gerencia de proyectos. Con la implementación de esta herramienta, se espera que las instituciones cuenten con un apoyo que les facilitará la gestión de los procesos de habilitación y autoevaluación que se requieran, y de la ejecución y control de lo planeado para el logro efectivo de los objetivos propuestos. La implementación de dicha herramienta podrá ser de gran utilidad al momento de la formulación de acciones de mejora, y así obtener resultados positivos en el proceso de auditoría interna y ante la visita de entes de control y regulación.

De acuerdo con lo mencionado, el alcance de la herramienta de gestión inicia desde la planificación, ejecución, monitoreo y control de las iniciativas de la institución en términos de habilitación de nuevos servicios de salud y se extiende hasta el mantenimiento de las condiciones de habilitación de los servicios ya habilitados y ofertados.

La herramienta de gestión propuesta en la presente investigación está provista de las áreas del conocimiento de la metodología PMI de gerencia de proyectos, que son ampliamente conocidas por ser el apalancamiento para el fortalecimiento de la gerencia de proyectos y el pilar de la gestión de los proyectos. De acuerdo con lo mencionado anteriormente, se propone que la herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación con fines de habilitación esté provista de 8 de las 10 áreas del conocimiento establecidas por la metodología PMI (Figura 2), y de una etapa de planeación en la cual se diseñarán planes para la gestión del alcance, tiempo, costos, calidad, recursos, comunicaciones, interesados y riesgos, con el objetivo de ayudar a gestionar el mejoramiento del proceso de autoevaluación dentro de la institución por medio del aseguramiento

de los recursos necesarios para el cumplimiento de los requisitos establecidos por el marco normativo y los objetivos de calidad de la institución.

**Figura 2.** Ilustración áreas del conocimiento incluidas en el diseño del instrumento de gestión para la habilitación.



Fuente: Elaborado por los autores, octubre 2020

El aporte de cada uno de los planes de gestión integrados a la herramienta propuesta, convierten el proceso de autoevaluación en una fuerte herramienta para la gestión de la calidad y, a su vez, en una herramienta de gestión gerencial que garantiza que la institución dirija sus esfuerzos al establecimiento de planes de mejora viables en términos de alcance, costo y tiempo, propendiendo por el adecuado cumplimiento de los requisitos establecidos por la resolución 3100 de 2019 y de este modo garantizando condiciones de calidad en los servicios prestados a la comunidad.

El propósito de diseño de la herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación con miras a la habilitación de servicios de salud es el de orientar a la institución hacia una adecuada manera de gestionar el proceso de autoevaluación de las condiciones de habilitación y promover en la institución una nueva manera de gestionar este tipo de procesos, contribuyendo a la mejora

continua de la calidad de los servicios de salud.

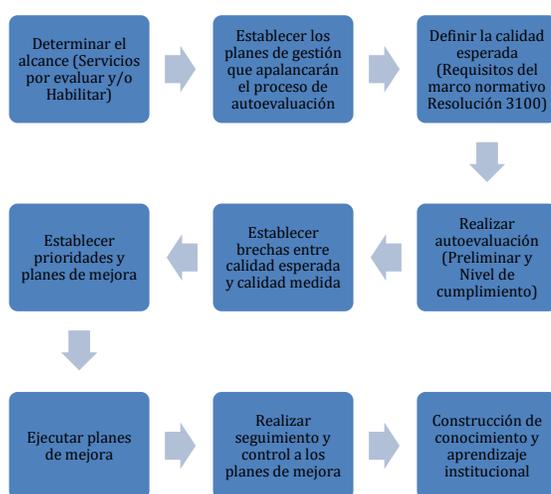
La herramienta de gestión debe incentivar la cultura de la autoevaluación y el autocontrol contra los estándares de habilitación. Se considera de vital importancia que dentro de la institución, la autoevaluación para el mantenimiento de las condiciones de habilitación se convierta en el vehículo que conduzca al mejoramiento de la calidad de los servicios, para que esto suceda, la institución debe pensar más allá de la evaluación de las condiciones de habilitación como un mero requisito y evitar limitarse con protocolos que solo aportan a la inspección de las condiciones, pero que, en sí mismos no procuran la corrección de los hallazgos, brechas y que no conducen a la mejora de la calidad de los servicios.

Como recomendación para la institución, se plantea la importancia de establecer los procesos pertinentes para la gestión de la autoevaluación con fines de habilitación, lo que permitirá a la institución mantenerse dentro de los requerimientos del Sistema de Gestión de la Calidad. Adicionalmente se debe trabajar en el direccionamiento estratégico de la institución para que incluya dentro de su alcance el mejoramiento de la calidad y de los servicios de salud.

La hoja de ruta propuesta es un complemento indispensable para la implementación de la herramienta de gestión; como resultado final, con la aplicación de la misma se pretende el entendimiento y la adecuada aplicación de la herramienta, lo que ayudará a proponer acciones de mejora de los procesos del área de calidad. Se recomienda la aplicación de la hoja de ruta de la mano de la herramienta de gestión para obtener resultados reales en la autoevaluación, y se

recomienda que durante las etapas de planificación, implementación y estabilización de la herramienta la institución debe contar con personas formadas en la metodología PMI de gerencia de proyectos y calidad con el objetivo de orientar esas etapas iniciales de implementación, hasta la estabilización de la herramienta de gestión. (Gráfica 3)

**Gráfica 3. Ruta crítica implementación herramienta de gestión.**



Fuente: Elaborado por los autores, octubre 2020

**Tabla 2. Matriz 5WH Plan de Riesgos, Fase de Planificación.**

	WHAT (¿Que se quiere mejorar?)	WHY (¿Porqué se quiere mejorar?)	WHEN (¿Cuándo se quiere mejorar?)	WHERE (¿Dónde se va a mejorar?)	WHO (¿Quién lo va a mejorar?)	HOW (MEDICIÓN)
<b>Fase de planificación; Plan de Riesgos</b>	Planificar la gestión de los riesgos del proceso de autoevaluación, identificarlos, priorizarlos, analizarlos, planificar la respuesta y hacer seguimiento (Monitoreo y control) con en el objetivo de aumentar la probabilidad y el impacto de eventos positivos y disminuir la probabilidad y el impacto de eventos negativos.	Se han identificado brechas importantes en el cumplimiento de los requisitos establecidos por la resolución 3100 de 2019, debido a la materialización de riesgos no estimados o previstos. Por lo anterior se quiere implementar la gestión de riesgos adherida a los procesos de autoevaluación.	De manera cíclica en periodos de 12 meses, de acuerdo con el cronograma definido en la etapa de planificación. Con revisiones y actualizaciones periódicas de acuerdo con la materialización o identificación de riesgos.	Impacta la gestión de la calidad, en todos los procesos de autoevaluación con fines de habilitación de la institución. También todos los servicios que por su naturaleza son objeto de revisión de las condiciones de habilitación.}	La alta dirección de la institución, quien delega en el jefe de calidad las labores tendientes al mejoramiento del proceso. También intervienen las personas capacitadas en auditoría dentro de la institución y todos los interesados que participan en los servicios	Por medio de la implementación de la herramienta de gestión para los procesos de autoevaluación con fines de habilitación propuesta en el presente proyecto de grado. Que establece las etapas de Planificación, establecimiento, verificación y mejora, integrando los 8 planes de gestión propuestos en la herramienta.

Fuente: Elaborado por los autores, octubre 2020.

Tabla 3. Ficha técnica indicador Plan de Riesgos.

Fuente: Elaborado por los autores, octubre 2020

FICHA TÉCNICA INDICADOR DE RIESGOS MATERIALIZADOS	
NOMBRE DEL INDICADOR	Proporción de vigilancia de Riesgos Materializados gestionados.
NUMERADOR	Número de riesgos materializados y gestionados
DENOMINADOR	Total de riesgos detectados y estimados
UNIDAD DE MEDIDA	Relación Porcentual
FACTOR	100
META	100%
FORMULA DEL CALCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR: Matriz de seguimiento a riesgos
	DENOMINADOR: Matriz de riesgos estimados
CRITERIOS DE EXCLUSION	NUMERADOR: Riesgos no detectados y estimados
	DENOMINADOR: Riesgos no detectados y estimados

### Bibliografía

1. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud. Colombia, Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>
2. (Project Management Institute, 2013) (Guía del PMBOK). (2013). [Ebook] (5th ed.). Estados Unidos, Pensilvania. Disponible en: [https://sistemastic.files.wordpress.com/2017/07/guia\\_de\\_los\\_fundamentos\\_para\\_la\\_direccion\\_de\\_proyectos\\_pmbok\\_5ta\\_edicion\\_espanol.pdf](https://sistemastic.files.wordpress.com/2017/07/guia_de_los_fundamentos_para_la_direccion_de_proyectos_pmbok_5ta_edicion_espanol.pdf)
3. Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007) Imprenta Nacional de Colombia. Disponible en: <http://simudatsalud-risaralda.co/normatividad/AMEC/Gu%C3%ADas%20b%C3%A1sicas%20auditoria%20mejoramiento%20calidad.pdf>
4. Donabedian A. (1996). Garantía de la calidad: ¿Quién es responsable? Calidad de atención a la salud. 3:7-11
5. Coronado, R. Cruz, E. Macías, S. & Colaboradores. (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. Revista Mexicana De Medicina Física Y Rehabilitación, 25(1), 26 - 33. Revisado el 17 de febrero 2020. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2013/mf131e.pdf>
6. Forrellat, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia, 30(2), 179-183. Revisado el 17 de febrero 2020. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-02892014000200011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000200011&lng=es&tlng=es)
7. Kerguelén, C. (2008). Calidad en salud en Colombia, Los principios. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud PARS. Colombia, Bogotá: Editorial Scripto Ltda. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid>

- [/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/calidad-salud-colombia.pdf](#)
8. Universidad Internacional de la Rioja. Tema 8: El ciclo de mejora. Fuentes de información en calidad asistencial. En La Calidad de la Atención Sanitaria: Métodos de Evaluación de la Calidad Asistencial (pp. 1- 11). (3)
  9. Universidad Internacional de la Rioja. Tema 9: Indicadores de evaluación de la calidad asistencial. Estudios de monitorización. La Calidad de la Atención Sanitaria: Métodos de Evaluación de la Calidad Asistencial (pp. 1- 17).
  10. Organización Internacional de Normalización (2015). *ISO 9001 Quinta edición 2015*. Disponible en: <https://www.iso.org/obp/ui/es/#iso:std:iso:9001:ed-5:v1:es>
  11. Ferro, M. Molina, L. Rodríguez, W. (2009). La bioética y sus principios. [versión electrónica]. Acta Odontológica Venezolana. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652009000200029](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029)
  12. Ministerio De Salud Y Protección Social, 2019. Resolución Número 3100 De noviembre De 2019. Bogotá: Ministerio De Salud Y Protección Social, pp.1 - 5. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf>
  13. Toro, F. and Bernate, G., 2013. Gerencia De Proyectos: Aplicaciones En Salud. 1st ed. [ebook] Bogotá: ECOE Ediciones, pp.10 - 17. Available at: <https://books.google.com.pe/books?id=8OscDgAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false> [Accessed 7 May 2020].
  14. Pablo Lledó (2017). Administración de proyectos: El ABC para un director de proyectos exitoso