

**ARTICULACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y EL MODELO MIPG
EN GESTIÓN DESDE LA METODOLOGÍA DE AUTOEVALUACIÓN DEFINIDOS
POR LOS DOS MODELOS**

MANUEL RICARDO PULECIO SOGAMOSO



**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
DIVISIÓN DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
FACULTAD DE ECONOMÍA
MAESTRÍA EN PROTECCIÓN SOCIAL
BOGOTÁ, D.C.
2020**



**ARTICULACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y EL MODELO MIPG
EN GESTIÓN DESDE LA METODOLOGÍA DE AUTOEVALUACIÓN DEFINIDOS
POR LOS DOS MODELOS**

**PRESENTADO POR:
MANUEL RICARDO PULECIO SOGAMOSO**

**DIRECTORA:
TANIA ORJUELA LARA**

Trabajo de grado para optar por el título de Magister en Protección Social



**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
DIVISIÓN DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
FACULTAD DE ECONOMÍA
MAESTRÍA EN PROTECCIÓN SOCIAL
BOGOTÁ, D.C.
2019**

Resumen

La presente investigación se da a partir de una revisión teórica del Sistema Único de Acreditación en Salud y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, con la finalidad de comparar los componentes principales de los dos modelos y diseñar unos instrumentos por medio de los cuales se pueda encontrar los puntos comunes para la articulación de ambos. Lo cual contribuirá a generar buenas prácticas de control interno, promover el desarrollo del país, desde los prestadores de servicios de salud y en especial los públicos, para disminuir los tiempos en los que se requieren para la preparación de los dos (2) modelos, facilitar los procesos de acreditación y autoevaluación en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS del sector público denominadas ESE- Empresas Social del Estado de carácter Nacional, departamental, distrital, municipal e indígena, como parte de la medición y la gestión del Gerente.

Palabras Claves: Acreditación, autoevaluación, autodiagnóstico, MIPG, Sistema Único de Acreditación en Salud, articulación.

Tabla de Contenido

1. MARCO GENERAL.....	1
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.1.1 Planteamiento del Problema	1
1.1.2 Pregunta Problema	3
1.1.3. Justificación de la Propuesta.....	3
1.4. Objetivos	4
1.4.1. Objetivo General.....	4
1.4.2. Objetivos Específicos.....	4
2. APROXIMACIONES TEÓRICO-CONCEPTUALES	5
2.1 Antecedentes	5
2.1.1 Antecedentes: Sistema Único de Acreditación en Salud	5
2.1.2 Antecedentes	14
Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG	14
2.2 Marco Teórico.....	18
2.2.1 Características del Sistema de Seguridad Social de Salud en Colombia	18
2.2.1.2 Sistema Único de Acreditación.....	19
2.2.2 Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG	25
3. MARCO METODOLÓGICO.....	32
3.1 Tipo de Estudio	32
3.2 Alcance Metodológico de la Investigación.....	32
3.3 Diseño de la investigación	33
3.4 Herramientas para la investigación	33
3.4.1. Cuadro Comparativo	33
3.4.2 Normograma	34
3.5 Fases de la Investigación	35
3.5.1 Fase 1: Levantamiento Teórico.....	35
3.5.2 Fase 2: Marco Normativo	35
3.5.3 Fase 3: Intersección entre el Sistema de Acreditación en Salud y el MIPG.....	35
4. RESULTADOS.....	36

4.1 Fase 1: Elementos Principales de los Modelos	36
4.2 Fase 2: Normogramas	45
4.3 Fase 3: Intersección entre los modelos	47
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS	85
6. CONCLUSIONES	88
7. RECOMENDACIONES	89
8. DISCUSIÓN	90
9. Referencias Bibliográficas	92

Tabla de Figuras

Figura 1 Características que debía cumplir el Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	7
Figura 2 Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario.....	13
Figura 3 Puntos en los que se fortalece el Sistema de Salud	20
Figura 4 Ciclos para la acreditación en salud	22
Figura 5 División de la segunda sección de estándares	23
Figura 6 División de la tercera sección de estándares	24
Figura 7 Cadena de Valor	25
Figura 8 Fases de la Gestión para los Resultados	26
Figura 9 Beneficios del MIPG.....	30
Figura 10 Políticas de Gestión y Desempeño Institucional	31

Índice de Tablas

Tabla 1 Principales elementos de los Sistemas	27
--	-----------

1. MARCO GENERAL

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1 Planteamiento del Problema

En la presente investigación se parte de la importancia de integrar dos (2) sistemas de gestión por medio de los cuales se mide el desempeño de un gerente y el direccionamiento estratégico de las IPS públicas o ESE durante su periodo y se respalda lo avanzado en los procesos propios del mejoramiento continuo de las entidades, por medio del MIPG y *el modelo de acreditación* el cual se define como “un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud” (Ministerio de la Protección Social , 2006).

Los gerentes de acuerdo con el decreto 1499 de 2017 deben articular los diferentes sistemas de gestión que para el caso de la presente investigación son IPS públicas o ESE independientemente de su carácter Nacional, Departamento, Distrital, Municipal e indígena. Por lo que el objetivo del presente documento al articular los dos (2) modelos, es simplificar la labor de los funcionarios de las entidades públicas que además son Instituciones Prestadoras de Salud- IPS públicas o ESE, para que puedan fortalecer el mejoramiento continuo, al tomar como referencia los estándares de acreditación que se ven reflejados en el Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), no con la finalidad de acreditación sino como una forma de mejoramiento que se demuestra mediante una autoevaluación, sin que se deban duplicar esfuerzos; al responder sobre lo solicitado en el MIPG y el Sistema de Acreditación en Salud de forma separada.

La intención también responde a una necesidad de mejorar el sistema al contar más instituciones acreditadas que se puedan mantener en el tiempo y otras instituciones que realicen planes de mejoramiento con foco de acreditación ya que el país de acuerdo con el ICONTEC (2020) cuenta con 50 instituciones acreditadas: (13 públicas, 36 privadas y 1 mixta) con corte a agosto de 2019, esto se ha logrado con prácticas de control interno que están condensadas en los

manuales que se debe seguir en los dos modelos ya que su aplicación propende por el mejoramiento de la calidad asistencial y administrativa por medio estrategias como: dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar.

Debido a que en una empresa es fundamental que existan buenas prácticas de control interno, especialmente en las entidades públicas, en las que en varias ocasiones no se tiene en cuenta este factor, el Departamento Administrativo de la Función Pública de la Nación (2017) ha creado y actualiza constantemente *El Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG*. La última versión se fundamenta precisamente en el concepto de valor público:

Entendido como los cambios sociales —observables y susceptibles de medición— que el Estado realiza como respuesta a las necesidades o demandas sociales establecidas mediante un proceso de legitimación democrática y, por tanto, con sentido para la ciudadanía. Esos cambios constituyen los resultados que el sector público busca alcanzar. (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2018)

Así mismo los objetivos que debe alcanzar el gobierno para dar cuenta de las necesidades y demandas sociales son observables y medibles, derivados de la acción de las diferentes entidades estatales que se manifiestan a través de actividades y productos, como resultados de cada dependencia. Estos sistemas deben estar articulados, tal como lo establece el Decreto 1499 de 2017, en el cual se estipula que el Sistema de Gestión:

Integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, es el conjunto de entidades y organismos del Estado, políticas, normas, recursos e información. cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos. en el marco de la legalidad y la integridad. (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2017)

Por lo que la integración también es importante para que la acreditación de los sistemas de evaluación este coordinada.

1.1.2 Pregunta Problema

¿Cómo se pueden articular los modelos del Sistema Único de Acreditación- SUA y Modelo Integrado de planeación y gestión –MIPG con la metodología de autoevaluación definidos por los dos modelos desde la autoevaluación y el autodiagnóstico, con el propósito de generar sinergia en su aplicación?

1.1.3. Justificación de la Propuesta

Al articular los sistemas de gestión de calidad del Sistema Único de Acreditación- SUA de las entidades públicas del sector salud con el Modelo Integrado de planeación y gestión –MIPG, se espera que los funcionarios no doblen esfuerzos, sino que los procesos se reduzcan en lo posible, lo cual también contribuye a establecer la similitud de los modelos y a que se dé un uso adecuado de las herramientas para que cumplan con sus autoevaluaciones, valor agregado que al final permitirá que se unifiquen los resultados para lograr mejorar los procesos institucionales.

Este también se convierte en un instrumento adecuado para la toma de decisiones, que contribuye a mejorar la cadena de valor de las entidades, al generar una herramienta eficaz para el apropiado manejo del control interno, adicional a esto, se espera que el modelo se pueda implementar en las Instituciones Prestadoras de Salud IPS colombianas, posteriormente a la investigación.

La investigación se centra entonces, en que al realizar la autoevaluación en el sistema de acreditación de salud y para el MIPG, las IPS PÚBLICAS o ESE disminuyan tiempos y esfuerzos a través de la identificación de puntos en común que tienen los dos modelos, teniendo en cuenta que estos sistemas de gestión se pueden articular para el cumplimiento de los procedimientos y estándares, cuya finalidad es dar cumplimiento de forma adecuada a los requisitos de los modelos para el mejoramiento continuo de las empresas.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Identificar las herramientas de autoevaluación del Modelo Único de Acreditación de Salud y del modelo MIPG para encontrar los puntos en común y diseñar una ruta para su articulación, la cual comprenda la autoevaluación y la generación de planes de mejora.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Analizar la evolución histórica y normativa de los modelos de acreditación y el nuevo modelo MIPG.
- Establecer desde las metodologías de autoevaluación y/o evaluación Auto diagnóstica, definidas por los dos modelos, sus puntos en común para la póstuma articulación.
- Diseñar una propuesta que articule los dos modelos como insumo para el mejoramiento continuo de los servicios y productos de las Instituciones Públicas de Salud cuyos resultados sirvan para nutrir el Plan de mejoramiento institucional.

2. APROXIMACIONES TEÓRICO-CONCEPTUALES

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes: Sistema Único de Acreditación en Salud

Los antecedentes del Sistema Único de Acreditación en Salud datan del año 1990, en el que se reguló Servicio público de salud, además de los servicios básicos gratuitos y la atención obligatoria mediante la Ley 10, en la que se establecieron los principios básicos, procesos y factores del sistema de salud. El cual sería administrado “en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas” (Congreso de Colombia , 1990).

Durante el año siguiente, en 1991 con el cambio de la nueva constitución política de Colombia se estableció que “ la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la coordinación y dirección del Estado” (República de Colombia , 1991), por lo que se estipuló que correspondía al gobierno organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes, estableciendo las políticas para cumplir esta finalidad

Debido a esto, en el año 1993 se creó el Sistema de Seguridad Social en Salud y dentro de este la acreditación era un mecanismo voluntario para mejorar la calidad de los servicios, en el artículo 186, en el que se decretó que “el Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad, y promover su mejoramiento” (Congreso de Colombia , 1993, pág. 342)

En el año 2001 mediante la Ley 715 se ratifica el establecimiento de la acreditación en el artículo 42 inciso 10 que se debían definir en el primer año de vigencia de la Ley el sistema “Único de Habilitación, el Sistema de Garantía de la Calidad y el Sistema Único de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Promotoras de Salud y otras Instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud” (Congreso de Colombia , 2001 , pág. 19)

Además de estas Leyes en la década de los 90s, se elaboró un Manual de Acreditación de IPS en el que se tomó como base el Manual de Acreditación de Hospitales de América Latina y el Caribe. En el año 2002 se estableció el Decreto 2309 “por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud” (Presidencia de la República , 2002) el cual se derogó con el Decreto 1101.

En el año 2006 se estableció mediante el Decreto 1011 *el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*, fue así como la rama ejecutiva del país, le aplicó dichas disposiciones a “los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud” (Ministerio de la Protección Social , 2006)

Luego se emitió el Decreto 780 de 2016, actualizado en 2019, por medio del cual se tomaron varias de las disposiciones generales de Leyes como el Decreto 1011, con el Decreto 780 El Ministerio de Salud y Protección Social tiene competencias de:

[...] formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, promoción social en salud, así como, participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos laborales, lo cual se desarrollará a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo. El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá, orientará, coordinará, regulará y evaluará el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Laborales, en lo de su competencia, adicionalmente formulará, establecerá y definirá los lineamientos relacionados con los sistemas de información de la protección social. (Ministerio de Salud y Protección Social , 2019).

Las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud- (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) se orientan a la mejora de resultados en salud, cuyas acciones se deben centrar en el usuario. Para mejorar la calidad de la salud el SOGCS debe cumplir esencialmente cinco características: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad (ver figura 1):

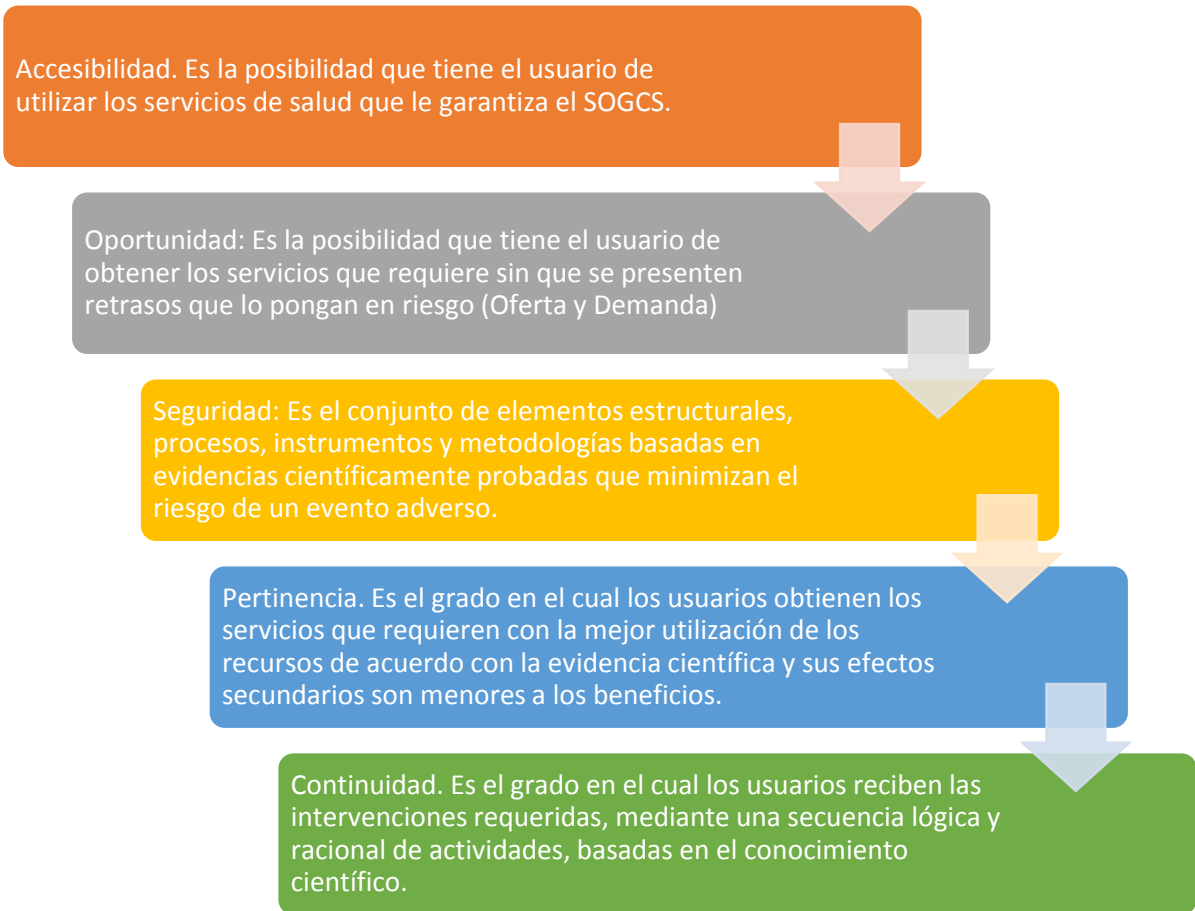


Figura 1 Características del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSS.
Fuente: Ministerio de la Protección Social (2019) Elaboración: Propia.

Adicional a esto, sus componentes son: el Sistema Único de habilitación, la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad, también se determinó que el Ministerio de la Protección Social haría los ajustes necesarios de los estándares con la finalidad de promover el desarrollo en el país. Además, se estipuló que las entidades que se debían acoger al Decreto estaban en la obligación de suministrar la información necesaria para el SOGCS.

En el año (2007) el Congreso de la República, aprueba la Ley 1122, con la finalidad de hacer algunas modificaciones al SOGCS y dictar otras disposiciones, tal como se establece en esta:

Se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. (Congreso de la República , 2007).

Uno de los cambios más sobresalientes en la Ley es la evaluación por resultados, a través de indicadores de gestión y resultados de los actores que operaran el SOGCS, el Ministerio según los resultados puede “[...] definir estímulos o exigir, entre otras, la firma de un convenio de cumplimiento, y si es del caso, solicitará a la Superintendencia Nacional de Salud suspender en forma cautelar la administración de los recursos públicos” (Congreso de la República de Colombia, 2007) los cuales pueden ser hasta de un año. También se tuvo consideraciones diferentes para la evaluación en las empresas sociales del estado:

Respecto de las Empresas Sociales del Estado ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo. (Congreso de la República de Colombia, 2007)

Además de ello, en el mismo año se creó la Comisión Reguladora de Salud (CRES) como Unidad Administrativa Especial, mediante la ley 1122 del 2007. En cuanto al financiamiento se estableció que se daría cobertura universal a los estratos 1, 2 y 3, para las personas que cumplieran con los requisitos para la afiliación al sistema. “En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 48 de la Constitución Política, el Gobierno Nacional deberá presupuestar la totalidad de los recaudos de las subcuentas de solidaridad y ECAT” (Congreso de la República de Colombia, 2007). No obstante, esta fue liquidada mediante el Decreto 2560 de diciembre de 2012.

Durante este año también se creó el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, el cual constaba de un conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, encabezado por la Superintendencia de Salud, en el cual se tienen en cuenta siete ejes: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social, eje de acciones y medidas especiales, información, focalización de los servicios en salud.

La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control (Congreso de la República de Colombia, 2007), desarrollará otros objetivos, los cuales son:

- a. Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- b. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud.
- c. Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo.
- d. Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud.
- e. Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud.
- f. Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud.
- g. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- h. Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema. (Congreso de la República de Colombia, 2007, pág. 16)

Se evidencia de este modo que la Superintendencia de salud debe adelantar procesos en los que se esté mejorando el sector de forma constante, lo cual se logra principalmente a través de la

evaluación y autoevaluación de cada uno de las IPS, mediante la aplicación de los instrumentos dispuestos en la Ley.

En 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 1441, define el ajuste de algunos procedimientos y condiciones para la habilitación de los servicios en salud, también se establecen las condiciones para adoptar el manual de habilitación en salud, el cual deben cumplir:

a) las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, b) los Profesionales Independientes de Salud, c) los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, y d) Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos. (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2013)

En el documento se establece que los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, deben cumplir con unas condiciones las cuales son: Capacidad Técnico-Administrativa, Suficiencia Patrimonial y Financiera, Capacidad Tecnológica y Científica, para el cumplimiento de estos requisitos se establecen los parámetros en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud.

Después de esto, la Resolución 2003 del 2014 por medio de la cual se “definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud” (Ministerio de Salud y Protección Social , 2014). El objeto de la resolución es definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicio de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud, también se estipula que se debe adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la resolución.

El Decreto No. 903 de 2014 que derogó la resolución 1441 de 2013 de habilitación y acreditación tiene como fin la modernización y actualización de uno de los componentes del

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud que es el Sistema Único de Acreditación, sistema que se reglamentó desde el año 2002 con la Resolución 1774; se modificó con la Resolución 1445 de 2006 y 123 de 2012 y que con el Decreto en Mención se ajusta para fortalecer la implementación de estándares superiores de calidad en la atención en salud.

Fue en ese mismo año en el que se expidió la resolución 0123 de 2012 del Ministerio de Salud, en la que se afirma que el Sistema Único de Acreditación es un conjunto de procesos, procedimientos, herramientas y de evaluación periódicas por parte de las IPS, EPS y ARL, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de los niveles de calidad superior a los requisitos mínimos obligatorios. “Bajo la Dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia nacional de Salud” (ICONTEC, 2012). El cual aplicaba a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, privadas, mixtas y públicas, esta última es el objeto de estudio de la presente investigación.

Hay una estrecha relación entre la creación de la resolución 0123 y el *Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario* documento que “presenta los lineamientos que guiarán el proceso de acreditación para las instituciones hospitalarias y ambulatorias y los estándares de acreditación correspondientes” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011, pág. 11), cuyos estándares se basan en un enfoque sistémico que entiende la atención de salud centrada en el usuario, su familia, la mejora de la calidad, el enfoque de riesgo (identificación, prevención, intervención, reducción, impacto) y de la promoción de la excelencia. Este se ha venido desarrollando desde el año 2006 con la resolución 1445 (Ministerio de la Protección Social , 2006)

El manual de estándares de acreditación para EPS, ARS, y empresas de medicina prepagada, como su nombre lo indica, presenta los lineamientos instrumentales que guiarán el proceso de acreditación para dichas instituciones. Se constituye este manual en pieza fundamental para las instituciones que pretendan adelantar procesos de mejoramiento continuo de calidad, a los evaluadores del proceso y los profesionales en salud en general. (Ministerio de la Protección Social , 2006)

El primer manual de acreditación sigue muchos de los lineamientos que se dispusieron después, este se ha ido mejorando año tras año hasta llegar al del 2018, en el 2011 se estimó que:

Con el enfoque del mejoramiento continuo de la calidad, para que una institución obtenga la categoría de acreditado en salud, no solamente debe exhibir buenos procesos y/o estructura; es necesario que estos se traduzcan en resultados en salud centrados en el usuario. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011, pág. 11)

Para que los estándares de la acreditación se den en una IPS, ésta debe contar con condiciones básicas que permitan soportar la excelencia y que se denominan requisitos de puerta de entrada. El manual sigue vigente en la actualidad con algunas mejoras, la última versión es la 3.1 del 2018 y contiene las novedades que son presentadas de forma gráfica en la figura número 2. Finalmente, en este apartado se concluye con la certeza de que el Sistema de acreditación en salud tiene una evolución rigurosa de más de dos décadas hasta llegar al Decreto 903 de 2014, el cual se encuentra vigente en la actualidad con una actualización que se desarrolló en el año 2018.

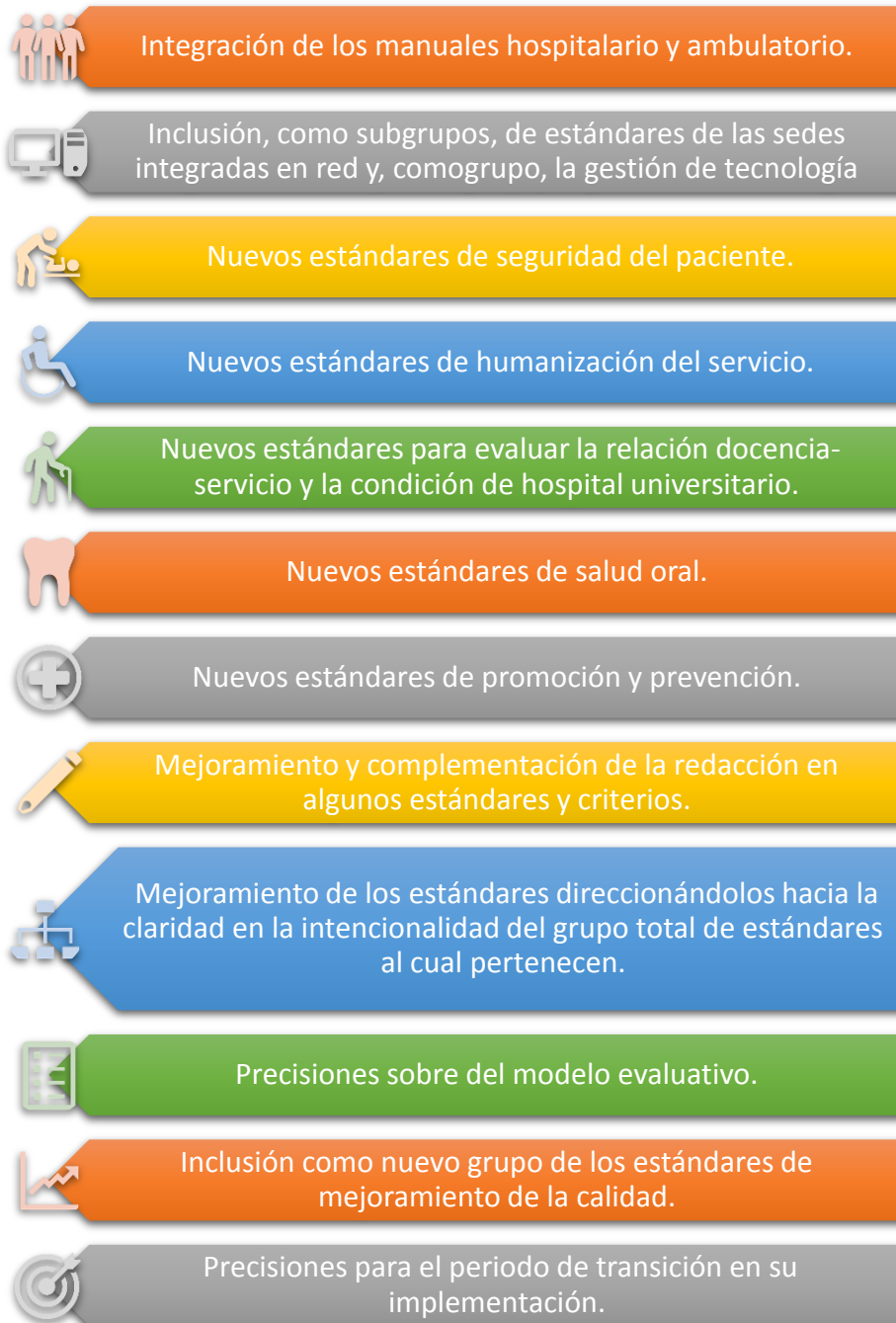


Figura 2 Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario

Elaboración: Propia.

2.1.2 Antecedentes

Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG

El tema del control interno ha tenido un desarrollo normativo en Colombia desde la expedición de la Constitución en el año 1991, los artículos que se ocupan del desarrollo de este son el 209 y el 269, los cuales:

Dotan a la Administración Pública de una norma fundamental en relación con los principios que rigen el ejercicio de la función administrativa y con el control interno como garante de la efectividad de estos principios en reemplazo de la permanente presencia del control fiscal en las organizaciones, en su calidad de instrumento de transparencia. (Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, 2003)

Además de ello en estos artículos se plantea que la administración pública se ejerce en los principios que obligan al diseño e implementación de métodos y procedimientos de control interno y de sistemas de evaluación y gestión de la administración pública.

Artículo 209. La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones. Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la Ley. (República de Colombia , 1991, pág. 79)

Artículo 269. En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la Ley, la cual podrá establecer excepciones y autorizar la contratación de dichos servicios con empresas privadas colombianas. (República de Colombia , 1991, pág. 104)

Luego de esto, se produjo el desarrollo de las disposiciones en el año 1993 por medio de las Leyes 87, 42 y 80, en las que se dota a organismos y entidades del estado de los lineamientos

sobre la implementación y el desarrollo de los sistemas de Control Interno, como también se generaron mecanismos por medio de los cuales se evaluaría, la calidad, eficacia y eficiencia. En la Ley 87 “se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones” (Diario Oficial 41120 de Noviembre 29 de 1993), en el documento se da la definición del control interno, en la que se establece que:

Se entiende por control interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos. El ejercicio del control interno debe consultar los principios de igualdad, moralidad, eficiencia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad y valoración de costos ambientales. En consecuencia, deberá concebirse y organizarse de tal manera que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de las funciones de todos los cargos existentes en la entidad, y en particular de las asignadas a aquellos que tengan responsabilidad del mando. (Diario Oficial 41120 de Noviembre 29 de 1993, 1993)

Por lo que se estima en la Ley que el control interno tiene unos principios morales que deben tener claros los miembros de la entidad, ya que esto garantiza que se dé una gestión adecuada acorde a los objetivos que se quiere alcanzar. Lo cual se planea de forma organizada de acuerdo con los métodos y recursos que tiene cada una de las instituciones.

En el año 1998 se expide la Ley 489 cuyo objeto es regular el ejercicio de la función administrativa, determinar la estructura y definir los principios y reglas básicas de la organización y funcionamiento de la Administración Pública, en este se establece la definición, los fundamentos y políticas del Sistema de Desarrollo Administrativo mediante el artículo 15, 16 y 17. El cual es:

El Sistema de Desarrollo Administrativo es un conjunto de políticas, estrategias, metodologías, técnicas y mecanismos de carácter administrativo y organizacional para la gestión y manejo de los recursos humanos, técnicos, materiales, físicos, y financieros de las entidades de la

Administración Pública, orientado a fortalecer la capacidad administrativa y el desempeño institucional, de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional. (Congreso de Colombia , 1998)

En este también se establece la creación del sistema de gestión de control interno con el objeto de “integrar en forma armónica, dinámica, efectiva, flexible y suficiente, el funcionamiento del control interno de las instituciones públicas, para que, mediante la aplicación de instrumentos idóneos de gerencia, fortalezcan el cumplimiento cabal y oportuno de las funciones del Estado” (Congreso de Colombia , 1998), por lo que se evidencia la contante preocupación del estado en que los procesos de control de las empresas estén regulados y tengan una normativa legal y administrativa para llevar a cabo de forma eficaz los procedimientos.

Acorde a estos objetivos en el año 2003 se expide la Ley 872 la cual ya ha sido derogada de acuerdo con el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 con la expedición del Decreto 1499 de 2017. Mediante esta Ley se crea el Sistema de Gestión de Calidad para las entidades del estado “como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados” (Congreso de la República de Colombia , 2003)

Esta se deroga ya que se integran en un solo sistema los Sistemas de Gestión de Calidad de la Ley 872 de 2003 y de desarrollo administrativo 489 de 1998. Al igual que otras Leyes que fueron derogadas, pero que hicieron parte de los anteces, tal como el Modelo Estándar de Control Interno – MECI que se había estipulado en el Decreto 943, “por medio del cual se adoptó el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), para el Estado colombiano, el cual se elaboró teniendo como referente tendencias internacionales existentes sobre la materia” (Presidencia de la República de Colombia , 2014).

También fue derogado el Decreto 2482 de 2012 en el cual se había estipulado la normativa del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, cuyo objeto era: “Adoptar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión como instrumento de articulación y reporte de la planeación” (La Presidencia de la República , 2012). Finalmente, luego de derogar muchas de las políticas que ya

se había establecido para la gestión pública mediante la Ley 1753 del 2015 en el artículo 133 se establecen los parámetros del buen gobierno, mediante:

La Integración de Sistemas de Gestión. Intégrense en un solo Sistema de Gestión, los Sistemas de Gestión de la Calidad de qué trata la Ley 872 de 2003 y de Desarrollo Administrativo de que trata la Ley 489 de 1998. El Sistema de Gestión deberá articularse con los Sistemas Nacional e Institucional de Control Interno consagrado en la Ley 87 de 1993 y en los artículos 27 al 29 de la Ley 489 de 1998, de tal manera que permita el fortalecimiento de los mecanismos, métodos y procedimientos de control al interior de los organismos y entidades del Estado. (Congreso de la República de Colombia, 2015)

Es así como el gobierno reglamenta la materia y establece un modelo que desarrolla la integración y articulación de todos los sistemas expuestos con anterioridad, en los que se determina de manera clara el campo de aplicación de cada uno de ellos dando origen al Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG /Alineado MECI mediante el Decreto 1499 del 2017.

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Características del Sistema de Seguridad Social de Salud en Colombia

El Sistema de Seguridad Social de Salud en Colombia es la forma en la que se brinda cobertura sobre los gastos de salud de los habitantes que estén en el territorio nacional, los cuales se reciben a través de una Institución Prestadora de Servicios (IPS) El Sistema General de Seguridad Social en Salud funciona en dos regímenes de afiliación: el Régimen Contributivo dentro de los que se encuentra régimen de excepción y especial y el Régimen Subsidiado en donde también está la población pobre no asegurada (Ministerio de la Protección Social, 2004).

Por medio del régimen subsidiado la población con menos recursos, que no tienen como pagar sus servicios de salud, tiene acceso a los mismos a través de un subsidio que ofrece el estado, para poder aplicar a este se debe cumplir con unos requisitos específicos entre los cuales se encuentra ser “identificado en los niveles 1 o 2 por encuesta del SISBEN y no estar afiliado al Régimen Contributivo. Igualmente, [...] personas que hacen parte de grupos especiales como: desmovilizados, indígenas, habitantes de la calle, niños en protección y desplazados.” (Secretaría de Salud , 2018)

Por su parte el régimen contributivo significa el aporte se realiza por parte de los “empleados, trabajadores independientes (con ingresos totales mensuales superiores a un (1) salario mínimo) y los pensionados, deben estar afiliados al Régimen Contributivo. La responsabilidad de la afiliación del empleado es del empleador y del pensionado es del Fondo de Pensiones” (Ministerio de la Protección Social, 2004). En el año 2007 se realizó ajustes al Sistema General de Seguridad, el cual tuvo como prioridad mejorar la prestación del servicio, la reforma tiene como prioridad:

el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud (Congreso de la República de Colombia, 2007)

Por medio de la Ley estatutaria 1751 del año 2015 se reguló el derecho fundamental a la salud y se dictaron otras disposiciones, el objeto de esta era “garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección” (Congreso de Colombia , 2015) la Ley se aplicó a todos los agentes, usuarios y demás que intervienen de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

En la presente investigación, especialmente en este apartado se tomará como objeto de investigación las entidades de salud con carácter público, a las que pertenecen las personas del régimen subsidiado, determinando los estándares que se solicitan desde el Sistema Único de Acreditación en salud para estas instituciones con la finalidad sintetizar y facilitar la información para los funcionarios.

2.2.1.2 Sistema Único de Acreditación

Además de las características del Sistema de Seguridad Social, se ha creado un Sistema Único de Acreditación en Salud con la finalidad de mejorar la acreditación en salud y que todos los colombianos reciban una atención de alta calidad este es:

[...]el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. (Ministerio de Salud y de Protección Social , 2014, pág. 1)

Esto representa un reto para la mejora continua de entidades promotoras de salud, quienes alcanzan de ser posible el nivel superior de calidad con la certificación de la norma técnica de calidad en la gestión pública NTCGP 1000 facilitando a la Superintendencia Nacional de Salud la desconcentración de sus funciones en inspección y vigilancia a las entidades que se certifiquen en la norma. El nuevo Decreto de Acreditación en salud permite fortalecer el Sistema de Salud en los puntos que se graficaron en la figura número 3



Fortalece la rectoría en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.



Crea una consejo asesor conformado por el Ministro de Salud y Protección Social para brindarle un mejoramiento de la calidad en salud.



Cambia el modelo de un solo acreditador al modelo de varios acreditadores y se hacen más exigentes los requisitos



Fortalece la información que recibe el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con el progreso de la acreditación en salud en Colombia por cada entidad acreditadora



Controla el ingreso de “entidades acreditadoras”



Fortalece el uso de los Manuales de Acreditación en Salud adoptados por el Ministerio de Salud y Protección Social



Incrementa la calidad de la atención en salud con enfoque en la seguridad y la excelencia clínica



Se acerca el nivel superior de calidad, al establecer que la certificación con la norma técnica de calidad en la gestión pública NTCGP 1000 hace las veces de la acreditación y posibilita el cumplimiento del artículo 118 de la Ley 1438 de 2011

Figura 3 Puntos en los que se fortalece el Sistema de Salud

Elaboración: Propia.

El ciclo para la acreditación en salud es una estrategia de mejoramiento y no solo se basa en la

consecución del certificado, que es un dispositivo de prestigio, no obstante, no es lo esencial a fondo sino contar con criterios altos de calidad. Los estándares de acreditación se dirigen a cualquier institución independiente de su estado de desarrollo, por lo que se habla de dos ciclos operacionales, el primero durante la ejecución de acciones que las instituciones despliegan para desarrollar la estrategia de mejoramiento de la acreditación y la ruta crítica que es cuando se otorga la acreditación.

Preparación para la aplicación a la Acreditación: para iniciarlo solamente requiere que la institución, luego de haber presentado su declaración de habilitación haya tomado la decisión firme y sincera de mejorar, implica analizar y estudiar cada uno de los estándares y comparar contra ellos el desempeño organizacional, evaluándolo tanto en su enfoque como en su implementación y en sus resultados, este ejercicio le ofrece a la organización un claro diagnóstico de los aspectos críticos hacia los cuales debe priorizar sus acciones de mejoramiento, las cuales deben ser desplegadas en consecuencia. (Ministerio de Salud y Protección Social , 2005, pág. 17)

Si en el ciclo de preparación las entidades desarrollan de forma correcta los pasos a seguir y las condiciones necesarias, lo más probable es que terminen recibiendo la acreditación en el ciclo de la ruta crítica. (véase figura número 4)

Ruta Crítica: inicia cuando la institución toma la decisión de aplicar al proceso formal de acreditación y su evaluación interna le indica que ha alcanzado un nivel de cumplimiento de los estándares que le permiten estimar una probabilidad razonable de “pasar” la evaluación por parte del ente acreditador, y cumple con los prerrequisitos para aplicar formalmente y ha obtenido la aprobación luego de la verificación de la habilitación. (Ministerio de Salud y Protección Social , 2005, pág. 18)

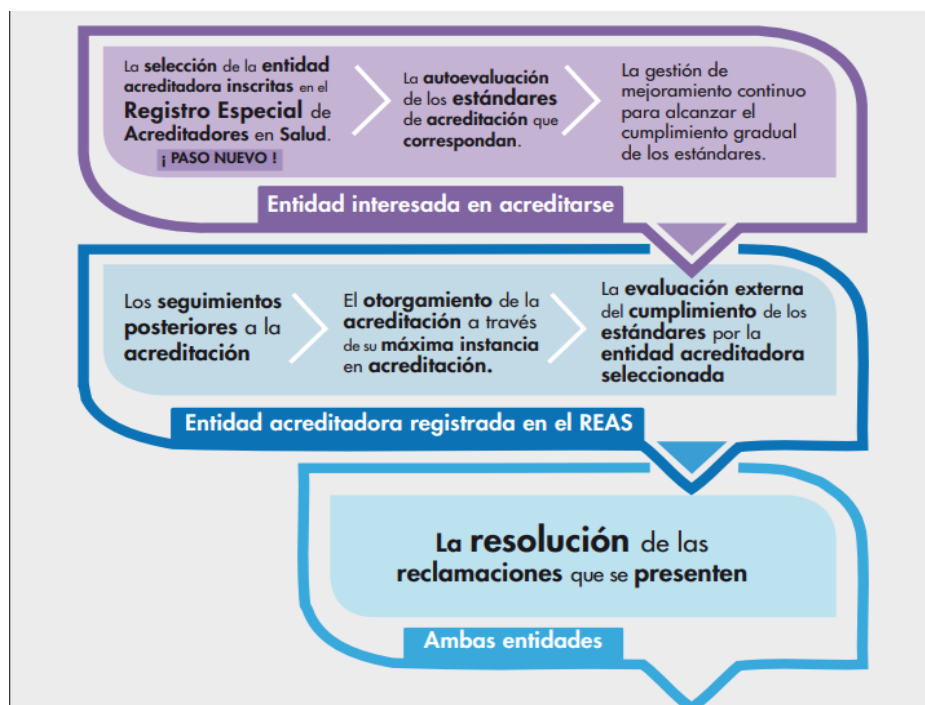


Figura 4 Ciclos para la acreditación en salud
 Fuente: Ministerio de Salud y de Protección Social (2014)

Cuando se hace referencia al cambio del modelo de acreditación de uno a varios acreditadores, se debe recordar que antes del 2014 en Colombia solo se contaba con una entidad acreditadora en salud, el ICONTEC, con la expedición del Decreto 903 de 2014 se pasa a tener varios acreditadores que cumplen con los requisitos para registrarse en el sistema de acreditadores. Las entidades que pueden acreditar deben:

Estar acreditada por la International Society for Quality in Healthcare – ISQUA, para lo cual, aportarán fotocopia de la certificación que les haya expedido dicha entidad, en la que se verifique la vigencia del término de la acreditación. Contar con experiencia mínima de cinco (5) años en la acreditación de entidades del sector salud en Colombia, para lo cual, aportarán certificación expedida por las entidades del referido sector, en las que se evidencien los procesos desarrollados para el logro de la acreditación y el término de duración de los mismo. (Ministerio de Salud y de Protección Social , 2014, pág. 4)

Además de esto las entidades pueden ser acreditadas según la Resolución 5095 de 2018 por medio de “la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario

de Colombia Versión 3.1", se definen unos estándares en los que en la primera sección aparece el grupo de proceso de atención al cliente asistencial y en la segunda los grupos de estándares de apoyo administrativo gerencial a dichos procesos, finalmente una tercera en la que se encuentran los estándares de mejoramiento de la calidad.

La primera sección está diseñada de acuerdo con el proceso de atención genérico de un paciente en una institución hospitalaria o ambulatoria. Está compuesta por los subgrupos de estándares: derechos de los pacientes, seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención referencia, salida y seguimiento, y contrarreferencia. Finaliza con el subgrupo Sedes Integradas en Red, el cual incluye los procesos de articulación de las diferentes sedes tomando como base la gestión de calidad superior propuesta por la acreditación en salud. La segunda sección de los estándares incluye aquellos procesos administrativos gerenciales que son críticos en la organización para el apoyo de los procesos asistenciales. Esta sección se subdivide en seis grupos de estándares: (Minsalud, 2018, pág. 17) (véase figura número 5)

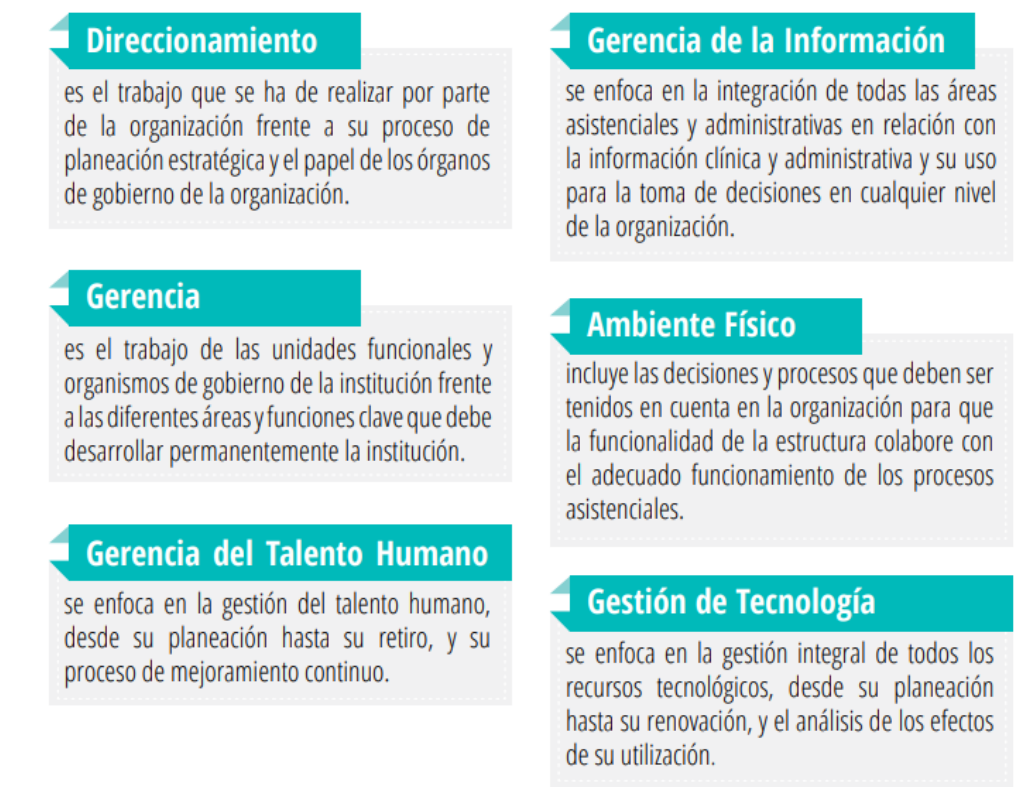


Figura 5 División de la segunda sección de estándares
Fuente: MINSALUD (2018)

Por su parte, la tercera sección comprende los estándares de mejoramiento de la calidad que aplican a todos los procesos evaluados tanto en los estándares asistenciales como en los de apoyo. Tal como se muestra en la figura número 6:



Figura 6 División de la tercera sección de estándares
 Fuente: MINSALUD (2018)

Tal como se establece por el MINSALUD (2018) cada grupo de estándares está precedido por un prólogo con la finalidad de presentar la intención de los grupos, lo que permite que las instituciones se puedan orientar para realizar su autoevaluación y definir el campo de evaluación por parte del evaluador de acreditación en el ciclo de aplicación, lo que permitirá que obtengan la certificación de acreditación en salud.

2.2.2 Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG

A partir de las lecciones aprendidas de los antecedentes para el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, la versión actualizada se basa en el concepto del valor de lo público, para ello se establece la cadena de valor, que se utiliza como herramienta para representar las intervenciones públicas, cuyo trabajo es facilitar la dirección efectiva e integrada de las organizaciones gubernamentales, con la finalidad de optimizarlas, asegurando la eficacia, eficiencia y efectividad en su desempeño. Los pasos generales se grafican en la figura número 7.



Figura 7 Cadena de Valor

Fuente: Guía metodológica para el seguimiento y la evaluación de políticas públicas (DNP, 2015).

Tomado de: Departamento Administrativo de la Función Pública, (2017).

Con el objetivo final de “generar capacidad en sus organizaciones para que logren, mediante la gestión del proceso de creación de valor público, los resultados consignados en los objetivos del programa de gobierno (BID CLAD 2007)” (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2018, pág. 19). Teniendo en cuenta que las metas que se quiere alcanzar son para el bienestar de toda la comunidad, los procesos de revisión están inmersos en los planes de gobierno y deben tener una adecuada vía de realización.

Con una gestión de resultados que consta de cuatro pasos, los cuales son: “(i) planificación, (ii) presupuesto y gestión financiera pública, (iii) gestión de programas y proyectos, y (iv) seguimiento y evaluación.” (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2018, pág. 20), que al desagregarse son graficados de la siguiente manera. (Véase figura 8)



Figura 8 Fases de la Gestión para los Resultados

Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo-BID. Construyendo gobiernos efectivos: Logros y retos de la gestión pública para resultados en América Latina y el Caribe (2015). Tomado de: Departamento Administrativo de la Función Pública, (2017).

Adicionalmente tal como se establece en el artículo 133 del Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018, se ordenó:

La integración del Sistema de Desarrollo Administrativo (1998) y el Sistema de Gestión de la Calidad (2003) en uno solo: el Sistema de Gestión, el cual se debe articular con el Sistema de Control Interno (2005). Para el nuevo Sistema de Gestión y su articulación con el de Control Interno, se actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, adoptado en 2012 mediante el Decreto 2482. (Función Pública, 2018, pág. 144)

De acuerdo con la Función Pública (2018) se revisaron los tres sistemas señalados en aspectos como: los propósitos, ámbitos de aplicación, componentes, instrumentos y se evidenció que todos tenían una naturaleza, finalidad y alcances propios pero complementarios, que podían servir de herramienta para fortalecer la capacidad administrativa, el desempeño institucional, la dirección, la evaluación en términos de calidad y satisfacción social, procurando que las actividades de las entidades se ejecutaran según el marco normativo de control interno.

Según la Función Pública (2018) existe una clara diferencia entre los sistemas, (véase tabla 1) pero estos se complementan, buscan la calidad y la satisfacción social, su articulación debe fusionarse también con el Sistema Nacional de Servicio al ciudadano y demás sistemas de gestión liderados por otras entidades públicas, así se armonizan los lineamientos para la generación de resultados visibles en pro de los ciudadanos. Lo negativo de estos sistemas es que no contaban con ámbitos de aplicación homogéneos, lo que hace difícil su aplicación, además la evaluación arroja resultados muy diferentes por la desarticulación.

Tabla 1 Principales elementos de los Sistemas

	Sistema de Desarrollo Administrativo	Sistema de Gestión de Calidad	Sistema de Control Interno
Definición	Conjunto de políticas, estrategias, metodologías, técnicas y mecanismos de carácter administrativo y organizacional para la gestión y manejo de los recursos humanos, técnicos, materiales, físicos, y financieros de las entidades de la Administración Pública.	Herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades públicas	Sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad.
Propósitos	Orientado a fortalecer la capacidad administrativa y el desempeño institucional, de conformidad con la	Es una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el	Procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de

	reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional.	desempeño institucional.	la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.
Ámbito de Aplicación	Entidades Rama Ejecutiva orden Nacional En lo pertinente, a las entidades autónomas y territoriales y a las sujetas a regímenes especiales determinados por la Constitución	Rama Ejecutiva - orden nacional, gestión administrativa de las demás ramas, corporaciones autónomas regionales, entidades del Sistema de Seguridad Social Integral, empresas y entidades prestadoras de servicios públicos de naturaleza pública o los privados concesionarios del Estado. Voluntario en el orden territorial	Ramas del Poder Público en sus diferentes órdenes y niveles, organización electoral, en los organismos de control, en los establecimientos públicos, en las empresas industriales y comerciales del Estado en las sociedades de economía mixta en las cuales el Estado posea el 90% o más de capital social, en el Banco de la República y en los fondos de origen presupuestal.
Institucionalidad	Comité Sectorial de Desarrollo Administrativo Artículos 233 y 234 del Decreto 019 de 2012	- Equipo MECI - Calidad - Comité Sectorial de Desarrollo Administrativo	-Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno -Comité Técnico del Consejo Asesor - Comité Interinstitucional de Control Interno - Comités Sectoriales,

			Departamentales y Municipales de auditoría interna. -Comité Institucional de Coordinación de Control Interno -Equipo MECI Calidad
Competencias de Función Pública	-Definir los fundamentos -Orientar política de racionalización de trámites -Velar por ejecución de políticas de administración pública y de desarrollo administrativo -Elaborar y presentar informe anual de ejecución y resultados de implementación de PDA	-Apoyo y acompañamiento -Desarrollar la Norma Técnica de Calidad -Manejo del Sello de la Calidad	-Definición de la política -Presidir el Consejo Asesor - -Elaborar y presentar el Informe Ejecutivo Anual sobre el estado del Sistema de Control Interno - -Desarrollar el Modelo Estándar de Control Interno
Herramientas para la implementación	Modelo Integrado de Planeación y Gestión	Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP1000	Modelo Estándar de Control Interno MECI

Elaboración: Propia.

Los objetivos en la versión actualizada del MIPG en la que se han integrado los sistemas de desarrollo administrativo, el sistema de gestión de calidad y el sistema de gestión interna buscan:

1. Fortalecer el liderazgo y el talento humano bajo los principios de integridad y legalidad, como motores de la generación de resultados de las entidades públicas
2. Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de las entidades para la generación de bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de los ciudadanos.
3. Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación para la toma de decisiones la mejora continua.
4. Facilitar y promover la efectiva participación ciudadana en la planeación, gestión y evaluación de las entidades públicas.
5. Promover la coordinación entre entidades públicas para mejorar su gestión y desempeño. (Función Pública, 2018, pág. 22)

Según la Función Pública (2018) el propósito principal del MIPG es contribuir al fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones focalizándose en prácticas y procesos claves para estas, cumpliendo con lo que establece la corte constitucional la administración pública debe contar con instrumentos para cumplir sus metas en beneficio de la calidad en la gestión y satisfacción de la comunidad, el modelo es una herramienta que desarrolla los principios y genera los beneficios que se muestran en la figura número 5 en la gestión pública.



Figura 9 Beneficios del MIPG
Elaboración: Propia.

Para cumplir con los propósitos mencionados el MIPG se integra de la siguiente manera:

Institucionalidad: conjunto de instancias que trabajan coordinadamente para establecer las reglas, condiciones, políticas, metodologías para que el Modelo funcione y logre sus objetivos.

Operación: conjunto de dimensiones que agrupan las políticas de gestión y desempeño institucional, que, implementadas de manera articulada e intercomunicada, permitirán que el Modelo funcione.

Medición: instrumentos y métodos que permiten medir y valorar la gestión y el desempeño de las entidades públicas. (Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional , 2018, pág. 11)

Se reconoce de este modo que el MIPG cuenta con unos engranajes importantes a nivel administrativo y operativo que se integran, entre los que se cuenta con la institucionalidad, la operación y la medición. Las instancias que conforman la institucionalidad son: los Comités Sectoriales de Gestión y Desempeño, Comités territoriales de Gestión y Desempeño y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

De acuerdo con el Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional (2018) el modelo MIPG, se concentra en las prácticas y procesos que se adelantan en las entidades públicas para transformar para lograr transformaciones en los insumos y resultados que produzcan los impactos que se desean, lo cual se logra desde una gestión y desempeño institucional con valor público a través de siete dimensiones a su vez se desarrollan a través de las políticas de Gestión y Desempeño Institucional que se muestran en la figura número 10:

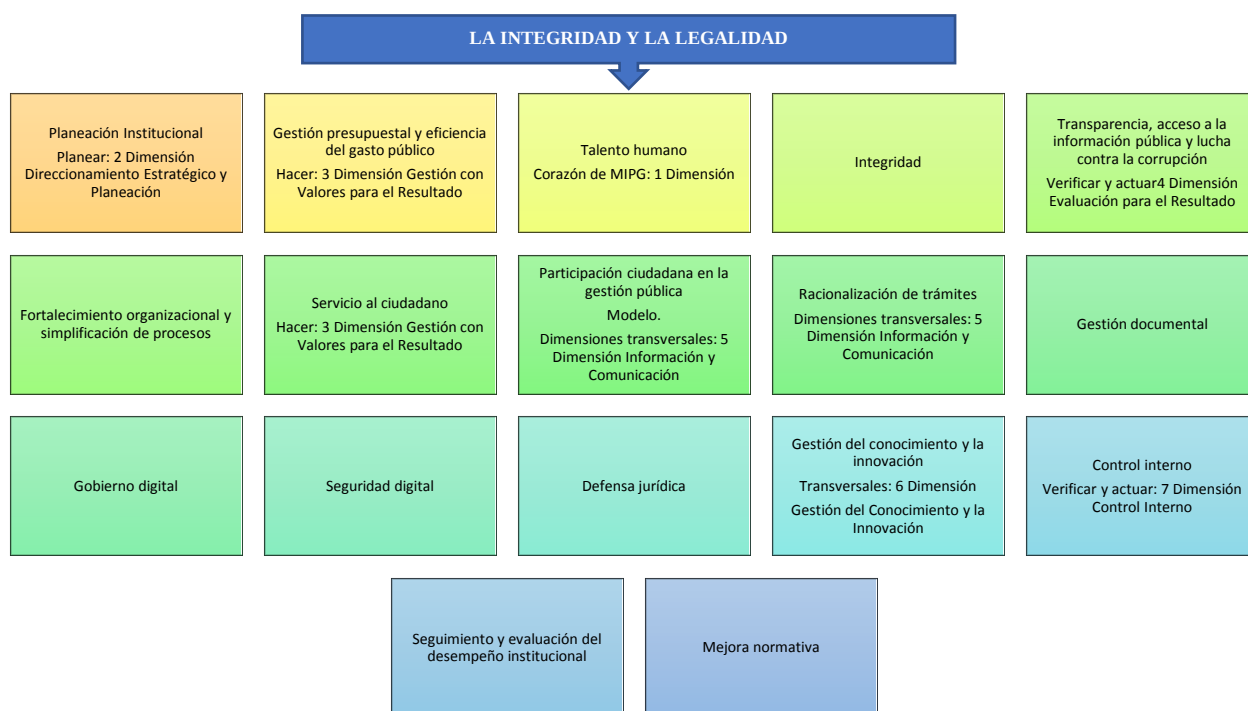


Figura 10 Políticas de Gestión y Desempeño Institucional
Elaboración: Propia.

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudio

De acuerdo con Sampieri (2014) La investigación tiene un enfoque cualitativo ya que enfatiza en comprender los fenómenos explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural, en relación con su contexto, en este caso desde las disposiciones de las Leyes de Colombia para determinar la normativa aplicable a la gestión de los gerente de las IPS Públicas o ESE y su relación con el mejoramiento tanto asistencial como administrativo.

3.2 Alcance Metodológico de la Investigación

Por otro parte el alcance del estudio es descriptivo, ya que el valor de este modelo radica en “mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación” (Sampieri, 2014), tal como se hará en la presente investigación, debido a que se deben describir de forma precisa los dos modelos.

Aspectos Éticos

De acuerdo con el Ministerio de Salud (1993), no se requiere de comité ético y consentimiento informado, ya que, no se trabajará con ninguna población humana ni seres vivientes, por cuanto este trabajo se realizará con fuentes secundarias y se ejecutará una revisión documental.

Tabla 2 Aspectos éticos

Requiere aval ético (marque con equis)				Nivel ético según resolución 008430 de 1993 (marque con equis solamente si considera que requiere aval ético)					
SI		NO	X	Investigación sin riesgo	x	Investigación con riesgo mínimo		Investigación con riesgo mayor que el mínimo	

Elaboración: Propia.

3.3 Diseño de la investigación

El diseño que se va a utilizar para el proyecto es la Investigación acción ya que se busca crear un programa o proyecto para resolver una problemática que genere un cambio, en este caso a través de la articulación de los puntos más importantes del MIPG y del Sistema de Acreditación Único en Salud, para facilitar el proceso de acreditación de las IPS públicas, al crear una ruta a través de la cual los funcionarios en salud puedan mitigar esfuerzos.

En este caso se busca generar una herramienta a través de los resultados obtenidos, en el que se reúnan los criterios y metodologías más importantes de los dos modelos, con la finalidad de integrar los puntos en común, diferenciales y otros, establecer un contraste y una relación, para que se tenga claridad de lo que se solicita para la acreditación en salud.

3.4 Herramientas para la investigación

3.4.1. Cuadro Comparativo

Esta herramienta se va a utilizar con el propósito de comparar los estándares y procedimientos del Sistema único de acreditación en Salud y el modelo MIPG “Un cuadro comparativo es una representación gráfica que puede servirte para presentar datos de tal manera que se puedan identificar fácilmente las diferencias al compararlos” (Universidad UTEL).

El cual va a contener entradas que permitan que el lector identifique de forma sencilla a través de la categorización las diferencias entre las normativas. Con cinco entradas principales que contendrán: primero, la categoría que se busca analizar, segundo, la Ley según la legislatura colombiana, tercero, que ministerio o entidad la emitió, cuarto, los puntos en común entre los dos sistemas. Al tener un componente legislativo fuerte, como instrumento también se utilizará un normograma. (Véase tabla número 3).

Tabla 3. Modelo Cuadro comparativo

Categoría	Ley	Emitida por:	Sistema único de acreditación	MIPG

Elaboración: Propia. Fuente: Propia.

3.4.2 Normograma

Este es un instrumento que se utiliza en las instancias gubernamentales con la finalidad de mostrar las generalidades de las Leyes, el cual se va a adaptar a la presente investigación, para que el lector tenga mayor claridad de lo que se emite con cada una de estas, la definición que da el gobierno de Colombia que lo utiliza con frecuencia es la siguiente: “es una herramienta que permite a las entidades públicas y privadas delimitar las normas que regulan sus actuaciones en desarrollo con su objeto misional” (Ministerio de Justicia , 2015)

Delimitar las Leyes con las que se va a trabajar permite que la investigación se desarrolle bajo los parámetros expuestos por el investigador y no por otros, lo cual permite tener una mayor claridad frente a la normativa legal que se está mencionando o utilizando dentro del marco teórico. Es por ello que se estipula que el normograma será un cuadro que contendrá tres entradas, la primera es en la que se establece la Ley, la segunda lo que se expone en la misma y la tercera quien la emite. (Véase tabla número 4).

Tabla 4 Diseño Normograma

Nombre de la Ley o Decreto Año	Disposiciones generales	Emitida por

Elaboración: Propia.

3.5 Fases de la Investigación

3.5.1 Fase 1: Levantamiento Teórico

Por medio de literatura especializada y de información gubernamental e institucional de Colombia se explicará la importancia y la profundidad teórica que tiene el Modelo de Acreditación en Salud y el MIPG. Esto se hará teniendo en cuenta información de artículos científicos, tesis, documentos gubernamentales, entre otros, la información de esta fase se dispondrá de forma organizada en los antecedentes, en el marco conceptual, en el marco teórico y en una tabla que recoja los aspectos más destacados de los dos modelos.

3.5.2 Fase 2: Marco Normativo

Debido a que el Sistema de Acreditación en Salud tiene una fuerte base en materia legislativa se desarrollará un normograma en el que se explicarán las Leyes que se requieren para dar cumplimiento a este sistema, además de esto también se referenciará la legislatura que rige al MIPG, por medio del normograma explicado en el apartado 3.4.2.

3.5.3 Fase 3: Intersección entre el Sistema de Acreditación en Salud y el MIPG

En esta fase se consolidará la parte que se ha establecido como insumo para la presente investigación y es encontrar los puntos en común entre el Sistema de Acreditación en Salud y el MIPG para que las entidades prestadoras de servicios de salud de carácter públicos puedan cumplir con la normativa de los dos modelos sin tener que generar instrumentos diferentes de resultados a los que ya tienen y para que puedan simplificar la tarea de realizar los entregables que se solicitan en los dos manuales.

4. RESULTADOS

4.1 Fase 1: Elementos Principales de los Modelos

A través de los antecedentes y del levantamiento teórico se analizó la evolución histórica y normativa de los modelos de acreditación y el nuevo modelo MIPG. A continuación, se presentará una tabla en la que se dan los rasgos generales de estos manuales.

Tabla 5 Elementos Principales de los Modelos

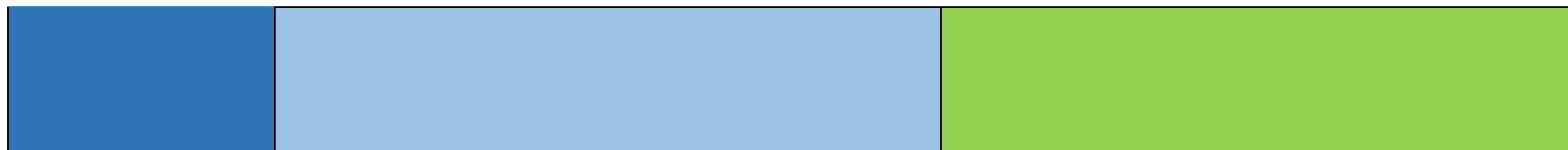
ÍTEM	CUADRO COMPARATIVO DE MODELOS	
	MIPG	ACREDITACIÓN
DEFINICIÓN	MIPG es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los Planes de Desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio. Hoy en día, de la mano de las 11 entidades líderes de política, se ha actualizado MIPG para articular los sistemas de Gestión y Control Interno, unificar y armonizar los procesos, y así tener un panorama integral de la gestión de las entidades.	Componente del SOGC, este busca la garantía de la calidad que se pone a disposición de los prestadores de servicios de salud, que quieran mejorar el cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación, que es la acreditación en salud.

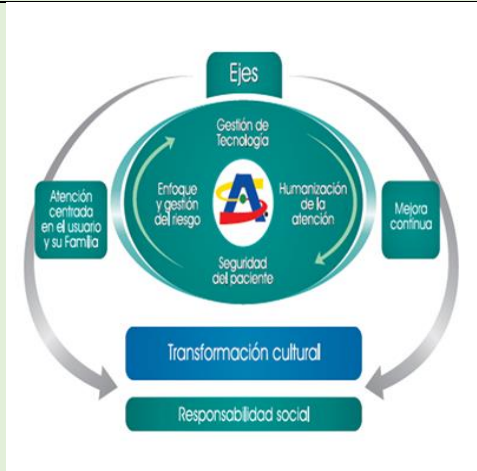
OBJETIVO	1. Fortalecer el liderazgo y el talento humano bajo los principios de integridad y legalidad, como motor de la generación de resultados de la administración pública; 2. Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación para la generación de bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de los ciudadanos; 3. Desarrollar una cultura organizacional sólida fundamentada en la información, el control, la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua; 4. Promover la coordinación interinstitucional para mejorar su gestión y desempeño; 5. Facilitar y promover la efectiva participación ciudadana en la planeación, gestión y evaluación de las entidades públicas.	El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la Acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas.
APLICACIÓN	De obligatorio cumplimiento en Organismos y entidades de los órdenes nacional y territorial de la Rama Ejecutiva del Poder Público. En el caso de las entidades descentralizadas con capital público y privado, el Modelo aplicará en aquellas en que el Estado posea el 90% o más del capital social.	De carácter voluntario para las Instituciones Públicas y Privadas del Territorio Nacional. La postulación del PAMEC es obligatorio y su notificación mediante la circular 012 de 2016
PLAZO DE EJECUCIÓN	No se evidencia especificación de plazos para la implementación del modelo de gestión integrado de planeación y gestión, se recomienda que las entidades nacionales y territoriales estén aplicando dicho modelo para organizar la gestión pública como una oportunidad de mejorar y aumentar la confianza en las instituciones.	Los estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad y, por ende, se ajustan cada cuatro años. Las organizaciones de salud que deseen mantener su certificado de acreditación deberán renovarlo igualmente cada cuatro años.

RUTA	Políticas para la Gestión Estratégica del Talento Humano (GETH): Ruta de la Felicidad: la felicidad nos hace productivos Ruta del Crecimiento: liderando talento Ruta del Servicio: al servicio de los ciudadanos. Ruta de la Calidad: la cultura de hacer las cosas bien Ruta del análisis de datos: conociendo el talento	Ruta crítica: La Ruta Crítica de Acreditación se inicia con la solicitud de la evaluación externa de acreditación a ICONTEC, quien realiza la visita de campo y envía el informe de la evaluación externa a la Junta de Acreditación, para su decisión o no del otorgamiento del certificado de acreditación. En caso de otorgamiento del certificado, la institución será objeto de 2 visitas de evaluación de seguimiento durante el ciclo de 4 años, para verificar los avances, mejoramiento y sostenibilidad del proceso de acreditación. En caso de que la institución acreditada desee renovar el certificado de acreditación, voluntariamente realiza la solicitud de otorgamiento del nuevo ciclo de acreditación en salud y reinicia la Ruta Crítica.
MODO DE OPERACIÓN	Opera mediante 7 Dimensiones: 1. Dimensión de Talento Humano; 2. Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación; 3. Dimensión Gestión con Valores para Resultados; 4. Dimensión Evaluación de Resultados; 5. Dimensión Información y Comunicación; 6. Dimensión Gestión del conocimiento y la innovación; 7. Dimensión Control Interno	Opera mediante Estándares; dentro los tres grupos principales tenemos 1. ESTANDARES ASISTENCIALES. (Derechos de los pacientes, Seguridad del Paciente, Acceso, Registro e Ingreso, Evaluación de las necesidades al Ingreso, Planeación de la Atención, Ejecución del Tratamiento, Evaluación de la Atención, Salida y Seguimiento, Referencia y contrarreferencia) 2. ESTANDARES DE APOYO ADMINISTRATIVO: (Direccionamiento, Gerencia del Talento Humano, Ambiente Físico, Gerencia, Gerencia de la Información, Gestión de la Tecnología.) 3. ESTANDARES DE MEJORA (Se realiza transversalmente a cada estándar.) 7 EJES: (Seguridad del Paciente, Humanización de la Atención, Gestión de la Tecnología, Enfoque y Gestión del Riesgo) Contenido de los Estándares: 1. Grupo de estándares de Atención al Cliente Asistencial;

		2. Grupo de Estándares de Direccionamiento; 3. Grupo estándares de gerencia; 4. Grupo estándares de gerencia del Talento Humano; 5. Grupo de estándares de Gerencia del Ambiente Físico; 6. Grupo estándares de Gestión de Tecnología; 7. Grupo de estándares de Gerencia de la Información; 8. Grupo de estándares de Mejoramiento de la Calidad.
MÉTODO EVALUATIVO	MECI: proporciona la estructura básica evaluar la estrategia, la gestión, y los propios mecanismos de evaluación y seguimiento del proceso administrativo.	Enfoque, Implementación y Resultados.
PLAN DE MEJORAMIENTO	Cumplimientos de tareas.	Acciones de mejora: Metodología ABC (Costo, riesgo, Volumen) Y Plan de Mejoramiento Transversales. Formulación de tareas con base a las oportunidades de mejora
MEJORAMIENTO	Mejora continua mediante la aplicación del ciclo PHVA al interior de cada una de las entidades que lo conforman.	Mejoramiento continuo que apunte a la calidad de la atención en salud Mediante la priorización de oportunidades de mejora y a través de un plan de trabajo por acciones a mejora.

CRITERIOS	Normativa con enfoque diferencial: normas particulares que regulan algunas de las políticas de gestión y desempeño, establecen su ámbito de aplicación y los lineamientos y directrices de obligatorio cumplimiento para su implementación (aplicación de herramientas, metodologías o técnicas, el cumplimiento de plazos o etapas, procedimientos, servidores responsables). Gradualidad de Lineamientos: exigencias que desde la política el líder plantea para que, de acuerdo con las capacidades y entornos propios, las entidades desarrollen y a su vez permitan el logro de los propósitos de la política. Bajo esta consideración, se prevén distintas formas de materializar la política, de acuerdo con cada tipo de entidad a partir de tres niveles o estadios, básico, intermedio y avanzado. Gradualidad en el tiempo: pasos, etapas o fases o metas, a través de las cuales de manera paulatina se espera implementar las políticas de gestión.	Algunos estándares incluyen unos criterios, los cuales hacen referencia a condiciones particulares que deben ser consideradas por la organización para considerar que cumple con lo requerido de acuerdo con la intencionalidad de cada estándar. En otras palabras, cumple la función de “no se le olvide”.
HERRAMIENTAS DE AUTODIAGNÓSTICO	Guía de Uso de Herramienta de Autodiagnóstico; Autodiagnóstico de Gestión del talento humano; Autodiagnóstico Talento Humano nivel nacional y municipios 1 y 2 categoría; Autodiagnóstico Talento Humano municipios de tercera y cuarta categoría; Autodiagnóstico Talento Humano municipios de quinta y sexta categoría; Autodiagnóstico de Integridad; Autodiagnóstico de Direccionamiento y Planeación; Autodiagnóstico de Plan Anticorrupción; Autodiagnóstico de Gestión Presupuestal; Autodiagnóstico de Gobierno Digital; Autodiagnóstico de Defensa Jurídica; Autodiagnóstico de Servicio al Ciudadano; Autodiagnóstico de Trámites; Autodiagnóstico de Participación Ciudadana; Autodiagnóstico de Rendición de Cuentas; Autodiagnóstico de Seguimiento y Evaluación del Desempeño; Autodiagnóstico de Gestión Documental; Autodiagnóstico de Transparencia y Acceso a la Información; Autodiagnóstico de Gestión del Conocimiento y la Innovación	* Metodología ABC-COSTO, RIESGO-VOLUMEN * PAMEC OBLIGATORIO * Calificado por percepción a través de la Hoja Radar auto evaluación manual de estándares de la resolución 5095



MANUALES	Manual de acreditación		Manual Operativo	
CENTRADO	Centrado en usuario y su familia		Centrado en Talento humano	
PRINCIPIOS	PRINCIPIOS	Confidencialidad, Gradualidad, eficiencia, neutralidad, independencia, autonomía	PRINCIPIOS	Integridad, Transparencia y Confianza, Orientación a resultados, Articulación Interinstitucional, Excelencia y calidad, Aprendizaje e innovación, Toma de decisiones basada en evidencia.
EJES DEL MODELO EVALUATIVO	EJES DEL MODELO EVALUATIVO		EJES DEL MIPG	Merito e Integridad
				Anticorrupción
				Participación ciudadana
				Valores y Transparencia

RUTAS CRÍTICAS	Preparación para la acreditación: Decisión de mejoramiento, Evaluación contra estándares, Acciones de mejoramiento Reevaluación Ruta Crítica de acreditación: Decisión de acreditarse, Aplicación, autoevaluación, Evaluación Externa, Decisión de acreditación, Otorgamiento de la acreditación Equipos de autoevaluación	COMPONENTES	Institucionalidad
			Operación
			Medición
AUTOEVALUACIÓN	Criterios y subcriterios, de acuerdo con cada estándar.	AUTODIAGNÓSTICO	14 cuestionarios: Gestión de talento Humano, direccionamiento y planeación, plan anticorrupción, gestión presupuestal, gobierno digital, defensa jurídica, servicio al ciudadano, tramites, participación ciudadana, rendición de cuentas, seguimiento y evaluación del desempeño institucional, gestión documental, transferencia y acceso a la información, control interno.
	Instructivo para Calificar y mejorar		Instrucciones de diligenciamiento

	Dimensiones para evaluar: Enfoque, Implementación, Resultado. (Cada dimensión contiene variables de medición) Calificación Cuantitativo Puntaje (1-5)		Se evalúan las actividades de gestión	<table><tr><th>Puntaje</th><th>Nivel</th><th>Color</th></tr><tr><td>0 - 20</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>21 - 40</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>41 - 60</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>61- 80</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>81- 100</td><td>5</td><td></td></tr></table>	Puntaje	Nivel	Color	0 - 20	1		21 - 40	2		41 - 60	3		61- 80	4		81- 100	5	
Puntaje	Nivel	Color																				
0 - 20	1																					
21 - 40	2																					
41 - 60	3																					
61- 80	4																					
81- 100	5																					
	Calificación por estándar		Calificación de las categorías																			
	Calificación Global		Calificación total de componentes																			
	Calificación Cualitativa (Fortalezas y oportunidades, debilidades)		Gráfica los principales resultados																			
	Prioriza según riesgo, costo y volumen		Rutas de creación de Valor: temas que son prioritarios para la gestión estratégica																			
	Se debe definir y diseñar plan de mejoramiento, no cuenta con herramienta definida para tal fin.		Cuadro para planeación y una ruta de acción: 1. Documentación y Guía de referencia 2. Planeación y ruta de acción.																			

(MinSalud, 2019) (Función Pública , 2019) (Minsalud, 2018) (Función Pública, 2018) (Ministerio de Salud y de Protección Social , 2014)

4.2 Fase 2: Normogramas

En la presente fase se expondrán los normogramas del MIPG y del Sistema de Acreditación en Salud, los cuales sintetizan las Leyes más importantes que rigen la aplicación de los dos modelos.

Tabla 6 Normograma MIPG

MIPG	
Norma	Disposición
Constitución Política 1991	Adopción de los principios de la función administrativa, eliminación del control fiscal previo y obligatoriedad para todas las entidades estatales de contar con el control interno.
Ley 83 1993	Creación del Sistema Institucional de Control Interno, con el propósito de dotar a la administración de un marco para el control de las actividades estatales, directamente por las mismas autoridades.
Ley 489 1998	Creación del Sistema de Desarrollo Administrativo con el propósito de articular la planeación estratégica de las entidades con la de su quehacer administrativo, a través de las políticas y los planes sectoriales de desarrollo administrativo. Así mismo, se fortalece el Control Interno, con la creación del Sistema Nacional de Control Interno a fin de darle una connotación más estratégica
Decreto 2740 2011	A partir de este año, se inicia la implementación del Sistema de Desarrollo Administrativo en las entidades públicas de orden nacional, fortaleciendo la estructuración del trabajo sectorial y el liderazgo de las áreas de planeación de las entidades cabeza de sector. El sistema inició con la identificación de ocho políticas de desarrollo administrativo, las cuales agruparon los principales elementos de la gestión indispensables para el fortalecimiento de la capacidad administrativa y el desempeño institucional.
Decreto 1599	Colombia, acorde con las tendencias internacionales en materia de gestión pública, se sumó a las iniciativas que incorporaban sistemas de gestión de la calidad en el sector público, a partir del establecimiento de la primera Norma Técnica de Calidad para este sector, conocida como la NTCGP 1000.
Decreto 4485 2009	Se actualiza la Norma Técnica de Calidad adoptando la versión 2009 y se articula su operatividad con los elementos del Modelo Estándar de Control Interno -MECI, a fin de facilitar a las entidades su implementación armónica.
Decreto 2623 2009	Creación del Sistema Nacional de Servicio al Ciudadano y su instancia coordinadora de las políticas, estrategias, programas, metodologías, mecanismos y actividades encaminados a fortalecer la Administración al servicio del ciudadano.
Decreto 2482	Por primera vez el Gobierno Nacional integra en un solo sistema todas aquellas herramientas de gestión, presenta a las

2012	entidades el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, el cual recoge el Sistema de Desarrollo Administrativo; formula cinco políticas a partir de los diversos requerimientos y directrices que diferentes entidades venían implementado de manera aislada y fatigó a las entidades con solicitudes de informes y reportes de manera repetitiva y en diversos formatos y momentos. Dentro de estas políticas se incorporó la Gestión de la Calidad y el MECI se configuró como la herramienta de seguimiento y control del Modelo. El MIPG cuenta con un instrumento único de evaluación denominado el Formulario Único de Reporte de Avances a la Gestión -FURAG, que recoge y analiza información sobre el avance de las políticas de desarrollo administrativo; entre tanto el MECI continuó evaluándose a través de su propio instrumento.
Decreto 943 2014	Para ajustar el MECI a estas nuevas dinámicas de planeación y gestión y hacerlo más coherente con el MIPG, se actualiza a una versión más moderna y de fácil comprensión por parte de las entidades.
Ley 1753 2015	Dispone la fusión del Sistema de Desarrollo Administrativo y el de Gestión de Calidad y su articulación con el de Control Interno, para lo cual se adoptará un Modelo

Elaboración: Propia.

Tabla 7 Normograma Sistema Único de Acreditación en Salud

Sistema Único de Acreditación en Salud	
Norma	Disposición
Decreto 903 de 2014	"Por el cual se dictan las disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud"
Resolución 2082 de 2014	" Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud"
Resolución 6055 de 2016	"Por la cual se determina la integración y el funcionamiento del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud"
Resolución 2427 de 2014	"Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud" hasta el 31 de enero de 2017
Resolución 346 de 2017	"Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud" hasta el 31 de enero de 2021
Resolución 5095 de 2018	"Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1"

Elaboración: Propia.

4.3 Fase 3: Intersección entre los modelos

Tabla 8 Intersección entre los modelos

MIPG			ACREDITACIÓN					INTERSECCIÓN
DIMENSIÓN	CLASIFICACIÓN	CATEGORÍA	DIMENSIÓN	GRUPO	CATEGORÍA	EJE	ESTÁNDAR	
Talento Humano	Planeación	Gestión de la Información. Caracterización de las áreas de talento humano (preensión, cabeza de familia, limitaciones físicas, fuero sindical)	Grupo de estándares de gerencia del talento humano	Administrativo	Gerencia del Talento Humano	Transformación cultural	Estándar 103 Procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la Organización, consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.	Se puede inferir que en ambos modelos existe un espacio para responder a las necesidades del talento humano, desde lo organizacional.
Talento Humano	Planeación	Manual de funciones y competencias Contar con un manual de funciones y competencias ajustado a las directrices vigentes.	Grupo de estándares de gerencia del talento humano	Administrativo	Gerencia del Talento Humano	Transformación cultural	Estándar 105 La asignación del talento humano responde a la planeación y a las fases del proceso de atención.	Ambos modelos tienen en cuenta la distribución del talento humano; no obstante, el MIPG tiene priorizado un manual para ello.

Talento Humano	Planeación	Arreglo Institucional Contar con un área estratégica para la gerencia del TH	Grupo de estándares de gerencia del talento humano	Administrativo	Gerencia del Talento Humano	Transformación cultural	Estándar 106 Existe un proceso para garantizar que el talento humano de la institución, profesional y no profesional tenga la competencia para las actividades a desarrollar. Estas competencias también aplican para los servicios contratados con terceros y es responsabilidad de la organización contratante la verificación documentada de dichas competencias.	Se realiza una inferencia sobre el proceso de trabajo con el talento humano, competente en la organización para proceso gerencial óptimo.
Talento Humano	Ingreso	Gestión de la información Registrar y analizar las vacantes y los tiempos de cubrimiento, especialmente de los gerentes públicos	Grupo de estándares de gerencia del talento humano	Administrativo	Gerencia del talento humano	Transformación cultural	Estándar 106 Criterios referentes al proceso de contratación • Educación. • Licenciamiento o certificación, si aplica.	Existe en los modelos, determinantes que condicionan la contratación de personal.

							• Experiencia requerida. • Habilidades. • Relaciones interpersonales.	
Talento Humano	Ingreso	Gestión del desempeño Verificar que se realice adecuadamente la evaluación de periodo de prueba a los servidores nuevos de carrera administrativa, de acuerdo con la normatividad vigente	Grupo de estándares de gerencia del talento humano	Administrativo	Gerencia del talento humano	Transformación cultural	Estándar 107 Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización.	Se presentan en los dos modelos estructuras de prueba y evaluación, solo que en el modelo de acreditación dan tiempo y merito a los procesos de capacitación permanente.
Talento Humano	Desarrollo	Gestión de la Información Contar con información confiable y oportuna sobre indicadores claves como rotación de personal (relación entre ingresos y	Grupo de estándares de gerencia del talento humano	Administrativo	Gerencia del talento humano	Transformación cultural	Estándar 111 La organización promueve desarrolla y evalúa una estrategia de comunicación efectiva (oportuna, precisa, completa y comprendida por parte de quien	Se promueven en ambos modelos una política comunicativa que permita informar tanto proceso médicos sobre los pacientes, así como una entre el cuerpo de trabajo sobre características que lo condicionan o situaciones y

		retiros), movilidad del personal (encargos, comisiones de servicio, de estudio, reubicaciones y estado actual de situaciones administrativas), ausentismo (enfermedad, licencias, permisos), prepensionados, cargas de trabajo por empleo y por dependencia, personal afrodescendiente y LGBTI.					la recibe) entre las unidades funcionales, entre sedes (si aplica) y entre servicios clínicos y no clínicos de todos los niveles. Los mecanismos son incorporados en la política de talento humano.	condiciones que deben tenerse en cuenta para logran un trabajo en equipo integral, todo esto mediado desde gestión humana.
Talento Humano	Desarrollo	Capacitación Elaborar el plan institucional de capacitación: Orientaciones de la alta dirección Oferta del sector Función Pública	Grupo de estándares de gerencia del talento humano	Administrativo	Gerencia del talento humano	Transformación cultural	Estándar 106 Existe un proceso para garantizar que el talento humano de la institución, profesional y no profesional, tenga la competencia para las actividades a desarrollar. Estas competencias también aplican	Puede encontrarse en ambos modelos que existe un proceso de capacitación; no obstante, en el MIPG existe una orientación desde la capacitación enfocada en la gerencia y la alta dirección.

							para los servicios contratados con terceros y es responsabilidad de la organización contratante la verificación documentada de dichas competencias	
						Transformación cultural	Estándar 108 Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización.	
Talento Humano	Desarrollo	Bienestar Elaborar el plan de bienestar e incentivos, teniendo en cuenta los siguientes elementos:	Grupo de estándares de gerencia del talento humano	Administrativo	Gerencia del talento humano	Transformación cultural	Estándar 113 La organización promueve, desarrolla y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores	Ambos modelos consideran fundamental establecer procesos de bienestar desde estrategias y la mejoría de la calidad del personal. Así mismo, estas

		Incentivos para los gerentes públicos Equipos de trabajo (pecuniarios) Empleados de carrera y de libre nombramiento y remoción (No pecuniarios) Incluyendo los temas: Deportivos, recreativos y vacacionales Artísticos y culturales Promoción y prevención de la salud Educación en artes y artesanías Promoción de programas de vivienda Clima laboral					estrategias dentro del MIPG se pueden observar procesos que involucran la recreación y la formación integral, mencionando planes que incluyen elementos deportivos, recreativos, culturales, vacacionales artísticos, etc.
					Transformación cultural	Estándar 115 Se cuenta con procesos estandarizados para planeación, formalización, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de costo-beneficio de las relaciones docencia-servicio e investigación y una prestación de servicios de atención en salud óptima.	

		Cambio organizacional Adaptación laboral Preparación a los prepensionados para el retiro del servicio Cultura organizacional Programas de incentivos Trabajo en equipo						
Talento Humano	Desarrollo	Gestión de desempeño Llevar a cabo las labores de evaluación de desempeño de conformidad con la normatividad vigente y llevar los registros correspondientes, en sus respectivas fases.	Grupo de estándares de gerencia del talento humano	Administrativo	Gerencia del talento humano	Transformación cultural	Estándar 109 La organización garantiza la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento humano de la institución, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, de docentes e investigadores, si	Existen procesos que permiten una evaluación continua de procesos de manera periódica desde la normatividad vigente, los cuales tienen en cuenta el desempeño de todo el personal, incluyendo la elaboración de mecanismos que evalúen sus actividades.

							aplica, y de terceros subcontratados.	
						Transformación cultural	Estándar 110 La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores.	
Talento Humano	Desarrollo	Clima organizacional y cambio cultural Realizar mediciones de clima laboral (cada dos años máximo), y la correspondiente intervención de mejoramiento que permita corregir: Promover y mantener la participación de los servidores en la evaluación de la gestión (estratégica y	Grupo de estándares de gerencia del talento humano	Administrativo	Gerencia del talento humano	Transformación cultural	Estándar 112 En la gestión del talento humano se analiza, promueve y gerencia la transformación cultural institucional.	Entre los modelos, se presentan una regulación que permita incentivar la participación del personal, generando planes de mejoramiento que permitan identificar oportunidades de mejora y de ideas innovadoras, que tengan como base la opinión integral del personal a nivel general. En este apartado se destaca la integración cultural como parte del proceso de mejoramiento.
						Transformación cultural	Estándar 114 La organización cuenta con un proceso sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima	

		operativa) para la identificación de oportunidades de mejora y el aporte de ideas innovadoras					organizacional • Se incentiva y respeta la opinión de los colaboradores • A partir de los resultados evaluados se generarán planes de mejoramiento, los cuales serán seguidos en el tiempo para verificar su cumplimiento.	
Talento Humano	Desarrollo	Valores Promover ejercicios participativos para la identificación de los valores y principios institucionales, su conocimiento e interiorización por parte de los todos los servidores y garantizar su cumplimiento en el ejercicio de sus funciones	Grupo de estándares de gerencia del talento humano	Administrativo	Gerencia del talento humano	Transformación cultural	Estándar 113 La organización promueve, desarrolla y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores • Trato humano cálido, cortés y respetuoso. • Consideración del entorno personal y familiar. • Análisis del panorama de riesgos. •	En lo que respecta a una gestión de ejercicios participativos, en los dos modelos se le da pertinencia a la identificación de valores y principios con el fin de generar estrategias que permitieran mejorar la calidad de vida del personal. Con relación al modelo de acreditación se le da relevancia a varios factores que involucran el bienestar desde la calidez humana.

							Remuneraciones, incentivos y bienestar. • Medición de fatiga y estrés laboral. • Carga laboral, turnos y rotaciones. • Ambiente de trabajo. • Abordaje de la enfermedad profesional. • Preparación para la jubilación y el retiro laboral. • Mejoramiento de la salud ocupacional.	
Dirección Estratégica y Planeación	Conocimiento de la organización	Identificación de grupos de valor y necesidades Identificar los grupos de interés de la entidad, esto es, los ciudadanos u organizaciones sociales que, por su actividad, son afectados o tienen interés de participar en la gestión de la entidad.	Estándares de direccionamiento	Administrativo	Direccionamiento	Humanización en la atención	Estándar 78 La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la	Ambos modelos priorizan el desarrollo de estrategias que gestionan el interés de los usuarios, centrándose en la identificación de grupos de valor con el fin de vincular de manera integral un servicio definido hacia una política de atención humanizada. Así mismo, se busca generar correctivos inmediatos cuando

		Levantar la información necesaria para la identificación y caracterización de los grupos de valor y el conocimiento de sus necesidades, detectando si ya cuenta con dicha información y en qué fuentes se encuentra, o de ser necesario, definir procedimientos y herramientas para su obtención.					gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.	resulta necesario.
						Humanización en la atención	Estándar 79 La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación. Se toman correctivos frente a las	

							desviaciones encontradas.	
Direcciónamiento Estratégico y Planeación	Conocimiento de la organización	Formulación de planes Garantizar que las metas formuladas en el plan estén ajustadas a la capacidad real de la entidad, procurando esfuerzos adicionales que le permitan mejorar esa capacidad a través de alternativas innovadoras como las alianzas estratégicas, redes de conocimiento o gestión de recursos de cooperación internacional. Formular indicadores tomando en cuenta los objetivos, planes, programas y	Estándares de direccionamiento	Administrativo	Direccionamiento	Enfoque y de gestión del riesgo	Estándar 85 En las instituciones con sedes integradas en red, existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Lo anterior no es óbice para que cada uno de los prestadores posea un plan estratégico de trabajo fundamentado en los objetivos y metas del direccionamiento estratégico de la red, mencionado anteriormente.	Los procesos de direccionamiento en ambos modelos parten desde un plan general que permite ajustarse por la capacidad real de la entidad, gestionando un plan estratégico que permita fijarse y establecerse en los objetivos que determinan la visión y misión. Dentro del MIPG se establecen alianzas que establecen redes de conocimiento para generar procesos de cooperación.

		proyectos para identificar los aspectos prioritarios a ser susceptibles de medición y determinar puntos o factores críticos de éxito, es decir, aquellas acciones o actividades de cuyo desarrollo depende la consecución de los objetivos.						
Dirección Estratégica y Planeación	Conocimiento de la organización	Liderazgo estratégico Demostrar, por parte del equipo directivo, compromiso con los resultados esperados y objetivos propuestos, con el cumplimiento del propósito fundamental de la entidad y con la satisfacción de las necesidades y resolución de los problemas de sus grupos de	Estándares de direccionamiento	Administrativo	Direccionamiento	Enfoque y de gestión del riesgo	Estándar 84 Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva. • Todos los integrantes de la junta directiva reciben a su ingreso orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, así como sobre cómo	Los procesos realizados por parte del equipo directivo o junta directiva van encaminados hacia generar procesos y procedimientos de asesoría, ligados hacia los objetivos y propuestos para el cumplimiento de los propósitos estipulados por parte de la entidad. Además, el MIPG así como el modelo de Acreditación buscan generar un marco o esquema que integre la ruta

		valor Construir un marco estratégico, por parte del equipo directivo, que permita trazar la hoja de ruta para la ejecución de las acciones a cargo de toda la entidad, y encaminarla al logro de los objetivos, metas, programas y proyectos institucionales				realizar reuniones exitosas. Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo. • La educación continuada debe estar en el contexto de la filosofía, las políticas y los procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias. • Está definido cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	para la ejecución de procedimientos que fortalezcan los procesos de gestión.
--	--	--	--	--	--	---	---

Gestión de Valores con Resultados		Lineamientos de la Política de Fortalecimiento o Institucional y Simplificación de Procesos Identificar los procesos necesarios para la prestación del servicio y la adecuada gestión, a partir de las necesidades y expectativas de los grupos de valor identificadas en la dimensión de	Grupo de estándares de gerencia	Administrativo	Gerencia	Seguridad del paciente	Estándar 88 Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos.	Se establece en los modelos, la realización de procesos capaces de identificar necesidades y expectativas identificadas y mediadas desde los modelos de gestión y direccionamiento. Cada uno de estos procesos parte de los objetivos fijados en la entidad para consolidar su visión y misión; con el fin de distribuir responsabilidades y obligaciones al personal, contribuyendo al
--	--	---	---------------------------------	----------------	----------	------------------------	---	--

		Direccionamiento Estratégico y de Planeación (es posible agrupar procesos afines en macroprocesos) Definir el objetivo de cada uno de los procesos Definir la secuencia de cada una de las diferentes actividades del proceso, desagregándolo en procedimientos o tareas Definir los responsables del proceso y sus obligaciones Identificar los riesgos del proceso, así como establecer los controles correspondientes Definir los	Grupo de estándares de direccionamiento	Administrativo	Direccionamiento	Seguridad del paciente	La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.	plan estratégico que pueda ser seguido y evaluado. Se definen secuencias que permitan generalizar actividades del progreso.
--	--	--	---	----------------	------------------	------------------------	---	---

		controles de medición y seguimiento correspondientes Definir estrategias que permitan garantizar que la operación de la entidad se haga acorde con la manera en la que se han documentado y formalizado los procesos Revisar y analizar permanente el conjunto de procesos institucionales, a fin de actualizarlos y racionalizarlos (recorte de pasos, tiempos, requisitos, entre otros)						
Gestión de Valores con Resultados		Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público Ejecutar el	Grupo de estándares de gerencia del talento humano	Administrativo	Gerencia del Talento Humano	Gestión de la tecnología	Estándar 98 Existe un proceso para la asignación y gestión de recursos	En los modelos se promueve la ejecución de procesos que puedan mediar y direccionar de

		presupuesto de acuerdo con lo programado en la dimensión de Direccionamiento o Estratégico y Planeación, para una eficiente ejecución del gasto público se debe ejercer un permanente y efectivo control administrativo, seguimiento y evaluación					financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional.	forma adecuada el presupuesto de la entidad; el cuál se rige a partir de un control pertinente y que vaya acorde a cada entidad.
Evaluación de Resultados	Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Diseño del proceso de evaluación. Considerar la evaluación como un proceso encaminado a promover la buena gestión y mejorar el desempeño institucional.	Estándares de Mejoramiento de la Calidad	Administrativo	Mejoramiento	Enfoque y de gestión del riesgo	Estándar 141 Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información.	Existe en los modelos un proceso evaluativo que permitan evidenciar el desempeño institucional, en el caso del MIPG se genera bajo un proceso ligado a un seguimiento integral vinculado a la gestión de la entidad, mientras que dentro del

		Considerar la evaluación como una práctica permanente en la gestión de la entidad. Lograr integralidad y sinergia entre el seguimiento y la evaluación de todos los procesos de gestión de la entidad.				Enfoque y de gestión del riesgo	Estándar 149 Existe un plan de contingencia diseñado, implementado y evaluado que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean manuales, automatizados, o ambos. Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y resuelta.	modelo de acreditación se realiza mediante un plan de contingencia que permita evaluar el funcionamiento de los sistemas de información para su análisis y resolución.
Evaluación de Resultados	Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Calidad de la evaluación Verificar que los indicadores diseñados sean comprensibles para todo tipo de usuarios, describan las situaciones que se pretenden medir, sean estimados periódicamente, puedan ser	Estándares de Mejoramiento de la Calidad	Administrativo	Mejoramiento	Enfoque y de gestión del riesgo	Estándar 140 Existen procesos para identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de información de los usuarios y sus familias, los colaboradores, y todos los procesos de la organización.	En los modelos se evidencian formas de gestionar como tal lo referente a procesos que permitan mejorar la calidad de los servicios, para el MIPG se establece en el diseño de indicadores que puedan ser interpretados con facilidad por parte de los usuarios, con los cuales puedan

		consultados de manera oportuna, cuenten con línea base para su medición, sean insumos para la toma de decisiones y sean revisados y mejorados continuamente. Documentar la información proveniente del seguimiento y evaluación (informes, reportes, tableros de control, entre otros) Validar la información generada en los procesos de evaluación para garantizar que sea confiable, comprensible y útil para la toma de decisiones				Enfoque y de gestión del riesgo	Estándar 148 La gestión de la información relacionada con los registros clínicos, sea en medio físico o electrónico, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos.	medir con mayor asertividad las situaciones que se presentan y los campos de acción consiguientes. Por parte del proceso de acreditación, se refiere más a generar procesos contextuales que permitan responder a las necesidades de los usuarios. Para la gestión de la información se puede observar que para ambos modelos se aplica una documentación que permita una documentación y evaluación pertinentes a los casos, con el fin de generar acercamientos con mayor prontitud entre el personal de la entidad.
--	--	---	--	--	--	---------------------------------	---	--

Información y Comunicación	Transparencia y acceso a la información	Transparencia Pasiva	Estándares de Gerencia de la Información	Administrativo	Gerencia de la Información	Atención centrada en el usuario y su familia	Estándar 142	Las entidades que operan con estos modelos, gestionan diversas formas de generar información a la que pueda acceder al cliente de forma autónoma y registrada en su sistema (Transparencia Pasiva). Así mismo, se han generado diversos canales comunicativos dentro de la entidad para que el ciudadano pueda acceder a la información requerida. Con respecto a los procesos recibidos, estos modelos priorizan el conocimiento por parte de la entidad el número de peticiones o procesos informativos, los cuales constan de formatos específicos para un procedimiento adecuado y con el menos lapso de tiempo posible.
		La entidad lleva registro de todos los PQRS presentados, sin importar el canal por el que hayan sido allegados por parte de la ciudadanía. Ejemplo: presencial, telefónico, sitio web, correo electrónico etc. Cuenta en su página Web con formatos para la recepción de peticiones, quejas, reclamos y denuncias La entidad conoce el número de solicitudes de información y de derechos de petición que recibe mensualmente				Atención centrada en el usuario y su familia	Estándar 146	

Información y Comunicación	Transparencia y acceso a la información	Gestión documental para el acceso a la información pública La entidad hace seguimiento a su gestión en el tema de transparencia y acceso a la información pública a través de indicadores que son medidos periódicamente. Dentro de las mediciones que lleva a cabo la entidad se tiene en cuenta si su gestión ayudó a resolver los problemas y necesidades de sus usuarios.	Estándares de Gerencia de la Información	Administrativo	Gerencia de la Información	Atención centrada en el usuario y su familia	Estándar 146 Criterios: •La transmisión del dato. •La definición de responsables de cada paso en la gestión del dato. •Los permisos asignados a cada responsable. •La validación y la conciliación entre los datos recolectados y gestionados en forma física y/o electrónica. •La generación de información útil en los niveles operativos. •La evaluación de la calidad y coherencia de datos generados.	En los modelos se realiza un seguimiento de procesos referentes a la transparencia y acceso a la información pública por parte de los ciudadanos, procesos y documentos que son protegidos dentro de lo que conciernen a las políticas de privacidad de la entidad. Además, se realizan mediciones que permiten mediar los problemas y necesidades de los ciudadanos, como también consolidar procesos realizados por las plataformas virtuales de manera funcional y pronta.
						Atención centrada en el usuario y su familia	Estándar 147 Existe un mecanismo formal para consolidar e integrar la información	

							asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.	
						Atención centrada en el usuario y su familia	Estándar 148 La gestión de la información relacionada con los registros clínicos sea en medio físico o electrónico, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos.	
Información y Comunicación	Transparencia y acceso a la información	Instrumentos gestión de la información La entidad ha construido, implementado y aprobado por medio de acto administrativo el Índice de Información Reservada y Clasificada de la	Estándares de Gerencia de la Información	Administrativo	Gerencia de la Información	Atención centrada en el usuario y su familia Gestión de la tecnología	Estándar 143 La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tendrá en cuenta: • Los costos asociados. • El entrenamiento al personal. • Los aspectos éticos. • La relación	Se han adoptado dentro de los modelos, la ejecución de procesos que involucran a la entidad desde gestión de información, la cual se mantiene reservada y clasificada por la entidad. Para ello, se construyeron

		entidad.					existente entre tecnología y personal (número de equipos, cobertura, etc.).	mecanismos estandarizados para evaluar y garantizar su seguridad.
		La entidad ha publicado el Registro de Activos de Información de la entidad en la sección de Transparencia y acceso a la información pública de su sitio Web oficial.				Atención centrada en el usuario y su familia	Estándar 144 Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.	Las disfuncionalidades de la plataforma deberán ser resueltas con prontitud con el fin de no estancar procesos realizados por parte del ciudadano.
		La entidad ha publicado el Programa de Gestión Documental de la entidad en la sección de Transparencia y acceso a la información pública de su sitio Web oficial.				Gestión de la tecnología	Estándar 149 Existe un plan de contingencia diseñado, implementado y evaluado que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean manuales, automatizados, o ambos. Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y	

							resuelta.	
Gestión del conocimiento y la innovación	Planeación	Identificación del conocimiento más relevante de la entidad Identificar, capturar, clasificar y organizar el conocimiento explícito de la entidad en medios físicos y/o digitales. Contar con un inventario del conocimiento explícito de la entidad actualizado, de fácil acceso y articulado con la política de gestión documental. Identificar, clasificar,	Estándares de Gestión de Tecnología	Administrativo	Gestión de Tecnología	Gestión de la tecnología	Estándar 130 El análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología. El análisis para la incorporación de nueva tecnología, incluyendo: evidencias de Seguridad, disponibilidad de información. La articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología. El conocimiento en la gestión de tecnología por los responsables de su uso.	La comparativa tiene como punto de encuentro el identificar aquellos aspectos de conocimiento desde su uso en este caso aplicada a la tecnología puesto que está ligada a la capacitación y la evaluación de las entidades. Es así como la tecnología, hace parte de la infraestructura que posee información que es implementada por diferentes actores para efectuar acciones de mejoramiento.

		priorizar y gestionar el conocimiento relevante para el logro de la misionalidad de la entidad. Identificar las necesidades de conocimiento asociadas a la formación y capacitación requeridas anualmente por el personal de la entidad, posteriormente, evalúa e implementa acciones de mejora. Elaborar, evaluar e implementar un programa de gestión del conocimiento articulado con la planeación estratégica de la entidad.				Estándar 132 La gestión de eventos adversos asociados al uso de tecnología, incluyendo el entrenamiento en seguridad de pacientes y el seguimiento a las acciones de mejora implementadas y a las decisiones de terceros que se toman en relación con la tecnología que se usa. La realización de entrenamiento para el uso de la tecnología, que garantiza la comprensión del profesional que la usa y el mantenimiento de las condiciones de seguridad, de acuerdo con las especificaciones del proveedor, el reconocimiento del mal funcionamiento y los mecanismos para corregirlos o	
--	--	---	--	--	--	--	--



							Estándar 139 El enfoque organizacional del mejoramiento continuo. La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de	

							mejora y los demás colaboradores de la organización.	
Gestión del conocimiento y la innovación	Generación y producción	Ideación Emplear, divulgar, documentar y evaluar métodos de creación e ideación para generar soluciones efectivas a problemas cotidianos de la entidad. Contar con espacios de ideación e innovación, así también, documentar y difundir los resultados los resultados de los procesos de ideación e innovación adelantados. Evaluar los resultados de los procesos de ideación e innovación	Estándares de Gestión de Tecnología	Administrativo	Gestión de Tecnología	Gestión de la tecnología Enfoque y de gestión del riesgo	Estándar 130 El análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología. La evaluación de eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores de evaluación de la tecnología.	Para este caso las similitudes se encuentran en cuanto la evaluación de las condiciones actuales para efectuar soluciones efectivas frente a los problemas fallas y eventualidades de la entidad.
						Enfoque y de gestión del riesgo Gestión de la tecnología	Estándar 131 Evaluación de la confiabilidad, incluyendo el análisis de las fallas y eventos adversos reportados por otros compradores. Evaluación de costo-beneficio, utilidad y costo-efectividad de la	

		adelantados en la entidad y analiza los resultados.					tecnología.	
						Gestión de la tecnología	Estándar 132 La difusión de información a los colaboradores sobre seguridad del uso de la tecnología y de la prevención de los principales riesgos asociados al uso. La continuidad de la atención en casos de contingencia por fallas o daños.	
						Gestión de la tecnología	Estándar 135 Análisis de los costos de reparación o mantenimiento, obsolescencia y disponibilidad de repuestos para la tecnología que se pretende renovar. Facilidades y	

							ventajas para los colaboradores que utilizan la tecnología y los usuarios a quienes se dirige.	
Gestión del conocimiento y la innovación	Herramientas de uso y apropiación	Clasificación y mapa del conocimiento Priorizar las necesidades de tecnologías para la gestión del conocimiento y la innovación en la entidad, contar con acciones a corto,	Estándares de Gestión de Tecnología	Administrativo	Gestión de la tecnología	Gestión de la tecnología	Estándar 130 Necesidades de desarrollo de acuerdo con el plan estratégico, la vocación institucional, el personal disponible y la proyección de la institución.	Se implementa de manera transversal la importancia de desarrollar procesos en los cuales intervengan la tecnología como parte del mejoramiento continuo y la evaluación periódica para el análisis de los datos

		mediano y largo plazo para su adecuada gestión y evaluarlas periódicamente. Contar con herramientas de analítica institucional para el tratamiento de datos conocidas y son usadas por el talento humano de la entidad.				Gestión de la tecnología	Estándar 139 El enfoque organizacional del mejoramiento continuo. La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización.	utilizados.
--	--	---	--	--	--	---------------------------------	--	--------------------

Gestión del conocimiento y la innovación	Cultura de compartir y difundir	Consolidación de la cultura de compartir y difundir Contar con espacios formales para compartir y retroalimentar su conocimiento en la programación de la entidad, evaluar su efectividad y llevar a cabo acciones de mejora. Participar activamente en redes de conocimiento, comunidades de práctica o equipos transversales para intercambiar experiencias, fomentar el aprendizaje y la innovación pública, además de plantear soluciones a problemas de la administración pública. Contar con alianzas para fomentar soluciones innovadoras, nuevos o mejorados métodos y tecnologías para la entidad.	Estándares de Gestión de Tecnología	Administra tivo	Gestión de Tecnología	Gestión de la tecnología	Estándar 132 La difusión de información a los colaboradores sobre seguridad del uso de la tecnología y de la prevención de los principales riesgos asociados al uso. La realización de entrenamiento para el uso de la tecnología, que garantiza la comprensión del profesional que la usa y el mantenimiento de las condiciones de seguridad, de acuerdo con las especificaciones del proveedor, el reconocimiento del mal funcionamiento y los mecanismos para corregirlos o reportarlos.	Se resalta de igual forma la retroalimentación y difusión de la información desde herramientas tecnológicas para generar una mayor comprensión de las especificaciones y evitar el mal funcionamiento a nivel administrativo.
---	---------------------------------	--	-------------------------------------	--------------------	-----------------------	--------------------------	---	--

Control Interno	Ambiente de Control	Diseño adecuado y efectivo del componente Ambiente de Control Cumplir las funciones de supervisión del desempeño del Sistema de Control Interno y determinar las mejoras a que haya lugar, por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Dar carácter estratégico a la gestión del talento humano de manera que todas sus actividades estén alineadas con los objetivos de la entidad	Estándares de Gerencia	Administrativo	Gerencia	Enfoque y de gestión del riesgo	Estándar 94 La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos.	Se desarrolla en ambos modelos un carácter estratégico desde lo organizacional para una gestión adecuada desde el desarrollo de la entidad, proceso lineado con los objetivos de la entidad. Se garantizan procesos funcionales para fomentar el desarrollo autónomo de la gestión, cumpliendo con el sistema de control interno, integrado con el sistema de control interno .
						Enfoque y de gestión del riesgo	Estándar 95 La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento y medición de los procesos.	
						Enfoque y de	Estándar 96	

						gestión del riesgo	La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia.	
--	--	--	--	--	--	--------------------	---	--

Control Interno	Ambiente de Control	Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica) Determinar las políticas y estrategias que aseguran que la estructura, procesos, autoridad y responsabilidad estén claramente definidas para el logro de los objetivos de la entidad. Orientar el Direcccionamiento Estratégico y la Planeación Institucional	Estándares de Gerencia	Administrativo	Gerencia		Estándar 91 La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual • Responde a una política organizacional. • Cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos. • Incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos. • Realiza acciones de evaluación y mejora.	En los procesos que competen a la gerencia, los modelos ofrecen un sistema de gestión; como es el caso de la acreditación, o como un sistema de políticas y estrategias; como el MIPG, los cuales buscan establecer la estructura y direccionamiento estratégico de la entidad. Además, se genera un proceso que permite orientar y direccionar los recursos que apoyen y mejoren la calidad institucional.
						Enfoque y de gestión del riesgo	Estándar 93 Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas	

							las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad.	
Control Interno	Ambiente de Control	Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa) Evaluar el cumplimiento de los estándares de conducta y la práctica de la integridad (valores) y principios del servicio público de sus equipos de trabajo. Cumplir las políticas y estrategias establecidas para el desarrollo de los servidores a su cargo, evaluar su desempeño y	Estándares de Gerencia	Administrativo	Gerencia	Enfoque y de gestión del riesgo	Estándar 91 La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual: •Responde a una política organizacional. •Cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos. •Incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos. •Realiza acciones de evaluación y mejora.	Se implementan sistemas que permitan orientar procesos de monitoreo y evaluación de grupos de trabajo como de la alta gerencia. Además, consta de herramientas y metodologías para evaluar e intervenir riesgos. Ambos destacan el desarrollo de acciones y políticas que establecer medidas evaluativas y de mejora.

		establecer las medidas de mejora						
Control Interno		Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica) Determinar las políticas y estrategias que aseguran que la estructura, procesos, autoridad y responsabilidad estén claramente definidas para el logro de los objetivos de la entidad.	Estándares de Gerencia	Administrativo	Gerencia	Enfoque y de gestión del riesgo	Estándar 98 Existe un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional.	Se determinan por parte de los dos modelos, una línea estratégica que se vincula desde la asignación de recursos con políticas y estrategias definidas para el logro de objetivos, mientras se implementa un proceso de control articulado con la gestión del riesgo.
						Enfoque y de gestión del riesgo	Estándar 99 Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo.	

Fuente: (Función Pública , 2019) (Minsalud, 2018) **Elaboración:** Propia.

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El primer objetivo que se abordó en la investigación enfatiza principalmente en lo teórico, en este se establece que se va a analizar la evolución histórica y normativa de los modelos de acreditación y el nuevo modelo MIPG. Los antecedentes del Sistema Único de Acreditación en Salud datan del año 1990 en el que se reguló el servicio de salud pública, en 1991 con el cambio de la nueva constitución se estipuló que la seguridad social era un servicio público de carácter obligatorio, por ende el gobierno debía organizarlo y dirigirlo, debido a esto en 1993 se creó el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud y dentro de él se estableció que la acreditación era un mecanismo voluntario para mejorar la calidad de los servicios.

En el año 2001 mediante la Ley 715 se ratificó el establecimiento de la acreditación, por ello se dejó como tarea definir el Sistema Único de Habilitación, el Sistema de Garantía de la Calidad y el Sistema Único de Acreditación de las instituciones prestadoras de salud. En la década de los 90s también se elaboró un manual de acreditación para las IPS en el que se tomó como base *el Manual de Acreditación de Hospitales de América Latina y el Caribe*, se realizó una prueba piloto con el MINSALUD y el Seguro Social, ya en el 2002 se estableció el Decreto 2309 en el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social, este Decreto se derogó con el 1101.

En el año 2006 con el Decreto 1011 se creó *el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*, el cual se aplicó a las entidades de Salud. Las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud se orientaron a la mejora de los resultados, las acciones se debían centrar en el usuario para mejorar la calidad de la salud, cumpliendo con los criterios de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

En el año 2007 el Congreso de la República aprueba la Ley 1122 con la finalidad de hacer modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con esta Ley se aprueban reformas en aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre áreas, actores, vigilancia y control. En esta Ley se definen los estímulos, se exige la firma de convenios de cumplimiento y la Superintendencia debe suspender en forma cautelar la administración de

recursos públicos. Se buscaba con esta Ley Fijar las políticas de inspección, vigilancia y control, exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de seguridad en salud, además de vigilar el cumplimiento de las normas que regulaban el Sistema General de Seguridad Social promoviendo el mejoramiento integral del mismo. Así como proteger los derechos de los usuarios y velar la prestación de los servicios, su eficiencia y promover la participación ciudadana.

En el año 2013 mediante la resolución 1441 del MINSALUD se ajustan algunos procedimientos para la acreditación de los servicios en salud, orientados a la construcción del PAMEC también se establecieron las condiciones para adoptar el manual de acreditación en salud, esta resolución se derogó por el Decreto n° 903 de 2014 cuyo fin es la modernización y la actualización de uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, por ende se crea un manual que sigue vigente en la actualidad cuya última actualización se dio en el año 2018.

Por su parte, los antecedentes del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG datan del proceso de desarrollo que ha tenido el país sobre el control interno, este se ha venido trabajando desde la expedición de la constitución en 1991, en la que se establece que la administración pública debe generar y aplicar los criterios para la función administrativa, obligando a esta a diseñar e implementar métodos y procedimientos de control interno y sistemas de evaluación y gestión.

Luego de esto se produjo el desarrollo de las disposiciones del año 1993 por medio de las Leyes 87, 42 y 80 dotando a los organismos estatales sobre la implementación y desarrollo de los sistemas de control interno, por medio de estos se evaluaría la calidad, eficacia y eficiencia, en el año 1998 se expide la Ley 489 con el objetivo de regular el ejercicio de las funciones administrativas y determinar la estructura y principios de la administración pública. Allí también se establece la creación del Sistema de Gestión de Control Interno.

Acorde a esto en el 2003 se expide la Ley 872 derogada por la Ley 1753 del 2015 mediante la cual se crea el Sistema de Gestión de Calidad para las entidades del estado como herramienta de gestión sistemática y transparente para dirigir y evaluar el desempeño institucional de las entidades estatales. Este se deroga debido a que se integran en un solo

sistema los sistemas de Gestión de Calidad de la Ley 872 del 2003 y de desarrollo administrativo de la 489 de 1998, se adoptó el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) que fue derogado en el 2012 en el cual se había estipulado la normativa del MIPG, finalmente, luego de derogar estas políticas se establecen los parámetros del buen gobierno mediante la Ley 1753 del 2015, lo cual da origen al Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG mediante el Decreto 1499 del 2017.

El segundo objetivo busca establecer desde las metodologías de autoevaluación y autodiagnóstico definidos por los dos modelos sus puntos en común para la articulación para lo cual se elaboraron dos cuadros, en el primero se establece una comparación general de los modelos desde: la definición de cada uno, sus objetivos, el tipo de aplicación, el plazo para ejecutar los modelos, la ruta, el modo de operación, el método evaluativo, el plan de mejoramiento, los criterios, las herramientas de autodiagnóstico, los manuales, los principios y los ejes.

En el segundo cuadro se elabora un instrumento que consta de 9 entradas con tres divisiones principales, la primera con tres recuadros para el MIPG, la segunda con cinco para la acreditación y la última columna correspondiente a la intersección de los dos modelos, las entradas en su orden son: primero: la dimensión del MIPG, la Clasificación del MIPG, la Categoría, en la acreditación: la primera corresponde a la dimensión, la segunda al grupo, la tercera a la categoría, la cuarta al eje y la quinta al estándar finalmente se hace una intersección de la clasificación.

Este cuadro permitió que se estableciera una correlación entre los puntos más importantes de los modelos de forma didáctica en una síntesis de 27 páginas, lo que reduce notoriamente las horas que se debe trabajar para encontrar los puntos en común de los dos modelos, es por ello que este cuadro es de gran utilidad para los funcionarios que estén trabajando en el mejoramiento continuo con enfoque hacia la acreditación y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG de las IPS PUBLICAS, también para los evaluadores .

El tercer objetivo corresponde al diseño de una propuesta que articula los dos modelos como insumo para el mejoramiento continuo de los servicios y productos de las Instituciones

Públicas de Salud cuyos resultados sirvan para nutrir el Plan de mejoramiento institucional, lo cual se logró con la implementación del cuadro correlacionando los elementos.

6. CONCLUSIONES

1. Se identificó que ambos modelos cuentan con su propia metodología que va desde: la definición de cada uno, sus objetivos, el tipo de aplicación, el plazo para ejecutar los modelos, la ruta, el modo de operación, el método evaluativo, el plan de mejoramiento, los criterios, las herramientas de autodiagnóstico, los manuales, los principios y los ejes. Lo que permite determinar cuáles son los requisitos de cada modelo y determinar la ruta de mejoramiento a través de la formulación de los planes de mejoramiento establecidos y así cerrar las brechas encontradas en cada modelo.
2. El Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG funciona a través de dimensiones y el Sistema Único de Acreditación en Salud SUA por medio de estándares, se diseñó una correlación entre los principales ejes de los modelos con la finalidad de facilitar los procesos de acreditación y en el MIPG para las entidades prestadoras de servicios de salud en el país.
3. El equipo o junta directiva de las entidades debe estar encaminado hacia la generación de procesos y procedimientos, ligados hacia los objetivos y propuestos para el cumplimiento de los propósitos estipulados por parte de la entidad con el enfoque del Modelo Integrado de Planeación y gestión MIPG, así como el modelo de Sistema Único de Acreditación SUA y se integre la ruta para la ejecución de procedimientos que fortalezcan los procesos de gestión.
4. El MIPG se concentra en las prácticas y procesos que adelantan las entidades públicas para transformar insumos en resultados que produzcan los impactos deseados en la gestión y el desempeño institucional, generando valor público, por otra parte el Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, afianza la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en

- los resultados de la Acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas.
5. Se identificó en las herramientas utilizadas puntos comunes para la articulación de ambos modelos, lo cual contribuirá a generar buenas prácticas de control interno, y promueve en los prestadores de servicios de salud y en especial los públicos disminuir los tiempos en los que se requieren para la preparación de los dos (2) modelos, facilitando los procesos de acreditación y autoevaluación en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS del sector público denominadas ESE- Empresas Social del Estado de carácter Nacional, departamental, distrital, municipal e indígena, como parte de la medición y la gestión del Gerente.

7. RECOMENDACIONES

1. Los dos (2) modelos Sistema Único de Acreditación SUA y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG deben ser adoptados por la alta dirección dentro del sistema de gestión; para que puedan acreditar sus instituciones o como un sistema de políticas y estrategias para mejorar sus procedimientos, ya que estos buscan establecer la estructura y direccionamiento estratégico de las entidades.
2. La autoevaluación, autodiagnóstico y los planes de mejoramiento de cada modelo deben realizarse de manera independiente, es decir el del Sistema Único de Acreditación SUA y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.
3. Al existir una correlación de los dos modelos que están basados en el mejoramiento continuo, se deben integrar las intersecciones desde el autodiagnóstico y la autoevaluación que le aplica a cada modelo, lo cual con el resultado de ello permitiría su articulación al contar con los elementos comunes y no duplicar esfuerzos y estos deben incorporarlos en un plan de mejora institucional permitiendo fortalecer la gestión institucional y la calidad de la misma.

4. Se debe crear equipos de trabajo, por cada modelo Sistema Único de Acreditación SUA y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, capacitándolo en las herramientas de cada modelo ,metodologías revisando el cuadro comparativo realizado siendo este una ruta para identificar aspectos relevantes de cada modelo, y sus intersecciones identificadas en este trabajo.

8. DISCUSIÓN

Al formular el proyecto de investigación en el año 2018, no se encontró una investigación relacionada con la articulación del Sistema Único de Acreditación y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, desde la metodología de autoevaluación, definidos por los dos modelos, sin embargo se identificó una Guía de Ajuste del Sistema Integrado De Gestión Distrital TOMO II Operación de las Dimensiones Operativas del MIPG MARZO de 2019, en el cual , en el cual cuenta con numeral 9.1 Articulación Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) con el Sistema Único de Acreditación (SUA) página 251 y 252 Para el logro de la articulación de las 17 políticas de gestión y desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, en el marco de Sistema Único de Acreditación SUA descrito en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario y conforme a lo establecido en la Resolución 5095 de 2018; Se realiza la conformación de Equipos Técnicos de Apoyo, denominado (ETA), conformado por un representante de la DDDI, por los Jefes de las oficinas de Planeación estratégica, jefes de las oficinas de calidad, y expertos técnicos del SUA de las diferentes Subredes Integradas de Servicios de Salud, así como representantes de la Secretaria Distrital de Salud S.D.S., el resultado de la conformación de este equipo de apoyo es la construcción, validación y aprobación de una herramienta (documento Excel), la cual permite evidenciar la articulación de las 17 políticas de gestión y desempeño, y las siete (7) Dimensiones de Modelo, con los ejes y estándares de SUA en salud. Esta Matriz permitirá a las Subredes Integradas de Servicios de Salud comprender de manera ágil y sencilla la articulación y/o integración entre el Modelo Integrado de planeación y Gestión con El Sistema Único de Acreditación en Salud. Con el fin de lograr una Gestión Institucional eficiente, transparente, que genere valor, pertinencia e

impacto en la adopción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión El cual es una guía aplicable al distrito en especial Subredes Integradas de Servicios de Salud y parte desde las políticas y su posterior articulación mediante ejes de acreditación y las dimensiones. (Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C, 2019)

Mientras que la propuesta de esta tesis es desde la metodología de cada modelo y su aplicabilidad a nivel nacional para IPS y ESE públicas, en la cual parte de un análisis normativo de los dos modelos, un cuadro comparativo de los dos modelos, lo que permitiría identificar de manera clara como están diseñados los dos modelos, con sus respectiva definición de cada uno , así como el objetivo ,aplicación, plazo de ejecución , ruta ,método evaluativo, plan de mejoramiento, criterios herramientas autodiagnóstico , y el comparativo de cada uno de los manuales tanto del Modelo Integrado de Planeación y gestión MIPG y el Sistema Único de Acreditación SUA , partiendo de los principios de los Manuales, las metodologías de cada modelo, autoevaluación y autodiagnóstico, en la tesis se desarrolló matriz de intersección por estándar ,grupo ,categoría ,eje y en el MIPG por su dimensión, clasificación y categoría y análisis de la intersección de los dos modelos, en los aspectos críticos de mejora , de igual importancia se planteó unas recomendaciones, para su aplicación y desarrollo institucional., Entre ellas que se debe mantener la independencia de los dos modelos, desde los equipos de auto evaluación y autodiagnóstico, planes de mejora y sus metodologías, se debe establecer un plan único de mejora con las intersecciones de los dos modelos los cuales de alimentan recíprocamente.

Por lo que en esta presente investigación, y por la experiencia en el sector salud por más de 20 años en IPS públicas y privadas a nivel nacional , he visto las barreras o dificultades para implementar y lograr la acreditación ,es así que en el país solamente existen un total de 50 acreditadas entre las públicas 13 ,privadas 36 y mixta 1 de 10677 , por lo que planteo tener en una sola herramienta que contengan un análisis y una correlación del Modelo de Acreditación en Salud y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG para que las entidades prestadoras de servicios de salud de carácter público puedan cumplir con la normativa de los dos modelos, sin tener que generar instrumentos diferentes de resultados a los que ya tienen y para que puedan simplificar la tarea a realizar, los entregables que se solicitan en los dos manuales, la correlación entre los puntos más importantes de los modelos de forma didáctica en una síntesis

de 27 páginas, lo que reduce notoriamente las horas que se debe trabajar para encontrar los puntos en común de los dos modelos, es por ello que este cuadro es de gran utilidad para los funcionarios que estén trabajando en el mejoramiento continuo con enfoque hacia la acreditación y la mejora que es el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG de las IPS públicas, también para los evaluadores.

Por otra parte, esta herramienta servirá de referencia para IPS privadas, al poder identificar buenas prácticas de las entidades públicas como es el caso del MIPG el mejoramiento de las instituciones.

En el contexto de las IPS públicas del país algunas están acreditadas y otras en proceso pero independiente deben desarrollar su PAMEC es basado en la acreditación y el MIPG lo deben implementar, las entidades públicas.

Lo pretende esta investigación que utilicen esta herramienta practica y unificada y que los gerentes que se encuentran encargo, en nombramiento la conozcan e implementen y desde el mismo direccionamiento, las vean articuladas y vean su eficiencia al disminuir esfuerzos y cumplir los objetivos al no duplicar esfuerzos , el impacto de este trabajo impactaría en especial a 932 IPS públicas del país que deben trabajar en acreditación e implementar el MIPG y e igualmente a las IPS privadas un total de 2702 para la concepción y desarrollo de su PAMEC enfocado hacia la acreditación e igualmente utilizar esta herramienta en la referenciación con las buenas prácticas del MIPG ,que tiene elementos de sirven de referencia para el mejoramiento continuo y camino a la excelencia.

9. Referencias Bibliográficas

(s.f.).

Congreso de Colombia . (1990). *Ley 10* . Bogotá, D.C. : República de Colombia .

Congreso de Colombia . (1993). *Ley 100*. Bogotá, D.C.: Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993.

Congreso de Colombia . (1998). *Ley 489 de 1998 Nivel Nacional*. Bogotá, D.C.: Diario Oficial No. 43.464 del 30 de diciembre de 1998.

Congreso de Colombia . (2001). *Ley 715* . Bogotá, D.C.: República de Colombia .

Congreso de Colombia . (2015). *Ley Estatutaria 1751*. Bogotá, D.C.: República de Colombia .

Congreso de la República . (2007). *Ley 1122*. Bogotá, D.C.: República de Colombia .

Congreso de la República . (2015). *Ley 1753 de 2015 Nivel Nacional*. Bogotá, D.C.: Diario Oficial No. 49358 del 09 de junio de 2015.

Congreso de la República de Colombia . (Diciembre de 2003). *Espacio Virtual de Asesoría de la Función Pública*. Obtenido de Publicado en el Diario Oficial No. 45.418 de Enero 02 de 2004: <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=11232>

Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1122*. Bogotá, D.C.: República de Colombia.

Congreso de la República de Colombia. (2015). *LEY 1753 DE 2015*. Bogotá, D.C.: Diario Oficial No. 49358 del 09 de junio de 2015.

Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional . (2018). *Manuel Operativo Sistema de Gestión* . Presidencia de Colombia .

Departamento Administrativo de la Función Pública . (2017). *Decreto 1499*. Bogotá, D.C.: República de Colombia .

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2018). *Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG*. Bogotá, D.C.: Oficina Asesora de Comunicaciones.

Diario Oficial 41120 de Noviembre 29 de 1993. (1993). *Ley 87*. Bogotá, D.C.: Alcaldía Mayor de Bogotá.

El Presidente de la República de Colombia. (2017). *Decreto 1499*. Bogota. D.C:
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA.

Función Pública . (2019). *Como Opera MIPG*. Obtenido de
<https://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg/como-opera-mipg>

Función Pública. (2017). *MIPG*. Bogotá, D.C.: Gobierno de Colombia. Obtenido de
<https://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg/inicio>

Función Pública. (2018). *Marco General Sistema de Gestión*. República de Colombia.

ICONTEC. (2012). *ACREDITACIÓN EN SALUD Resolución 0123 de 2012*. Obtenido de <http://medios.icontec.org/Memorias-Charla-Virtual-Marzo-31-2016.pdf>

ICONTEC. (2020). *Instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas*. Obtenido de <http://www.acreditacionensalud.org.co/Documents/IPSAcreditadas.pdf>

La Presidencia de la República . (2012). *Decreto 2482 de 2012*. Obtenido de Espacio Virtual de Asesoría de la Función Pública:
<http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=50803>

Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. (11 de Marzo de 2003). *El Control Interno en Colombia*. Obtenido de http://www.mincit.gov.co/publicaciones/14796/el_control_interno_en_colombia

Ministerio de Justicia . (2015). *Normograma y Gestión Documental* . Bogotá D.C. : Gobierno de Colombia .

Ministerio de la Protección Social . (2006). *Decreto 1011*. Bogotá, D.C. : República de Colombia .

Ministerio de la Protección Social . (2006). *Decreto número 1011*. Bogotá, D.C. : Presidente de la República de Colombia .

Ministerio de la Protección Social . (2006). *Resolución 1445* . Bogotá, D.C.: Presidencia de la República .

Ministerio de la Protección Social. (2004). *Sistema de Seguridad Social en Salud. Régimen Contributivo* . Ministerio de la Protección Social.

Ministerio de la Protección Social. (2018). *Resolucion 408*. Bogota. D.C: Republica de Colombia.

Ministerio de Salud . (1993). *RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993*. Bogotá, D.C: República de Coombia .

Ministerio de Salud y de Protección Social . (2013). *Resolución número 1441*. Bogotá, D.C.: República de Colombia.

Ministerio de Salud y de Protección Social . (2014). *ABC sobre el sistema único de acreditación en salud*. Bogotá, D.C.: República de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social . (2005). *Guía Práctica de Acreditación en Salud* . Bogotá, D.C.: República de Colombia .

Ministerio de Salud y Protección Social . (2014). *Resolución 2003* . Bogotá, D.C.: Presidencia de Colombia .

Ministerio de Salud y Protección Social . (2019). *Decreto 780*. Bogotá, D.C. : Presidente de la República .

Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio-hospitalario.pdf>

Minsalud. (2018). *Manual de Acreditación en Salud Ambulatoria y Hospitalaria en Colombia Versión 3.1*. República de Colombia.

MinSalud. (2019). *Sistema Único de Acreditación* . Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-unico-acreditacion-sistemaobligatorio-garantia-calidad.aspx>

Presidencia de la República . (2002). *Decreto 2309*. Bogotá, D.C: Diario Oficial 44.967 del 17 de Octubre de 2002.

Presidencia de la República . (2017). *Decreto 1499*. Bogota. D.C: DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA.

Presidencia de la República de Colombia . (21 de Mayo de 2014). *Espacio Virtual de Asesoría de la Función Pública* . Obtenido de Publicado en el Diario Oficial 49158 de mayo 21 de 2014: <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59048>

República de Colombia . (1991). *Constitución Política de Colombia* . Bogotá, D.C.: República de Colombia .

Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación. Sexta edición*. . México : McGrawHill.

Secretaría de Salud . (2018). *Régimen Subsidiado*. Obtenido de <http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/RegimenSubsidiado.aspx>

Secretaria General. (marzo de 2020). <https://secretariageneral.gov.co/sites/default/files/tomoiiguiadeajustesver.pdf>. Recuperado el 20 de 4 de 2020, de https://www.google.com/search?rlz=1C1GGRV_enCO751CO752&sxsrf=ALeKk00jpOwyjU6tvF3xbj-p-Vptub4RoA%3A1587417936054&ei=UBOeXoDYAoyHggfcv7yQDA&q=articulacion+mipg+y+acreditacion+anexo+tecnico&oq=a&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQARgAMgQIIxAn

