

ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD AL
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL EJÉRCITO NACIONAL

CLAUDIA PATRICIA GIL MEDINA

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE INGENIERÍA MECÁNICA
MAESTRÍA EN CALIDAD Y GESTIÓN INTEGRAL
BOGOTÁ
2018

ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD AL
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL EJÉRCITO NACIONAL

CLAUDIA PATRICIA GIL MEDINA

Proyecto de Grado presentado para optar el título de:
Magíster en Calidad y Gestión Integral

Codirector

MD. JOSÉ YAMID BOLAÑOS CARDOZO

Doctor en Criminalística Universidad privada Norbert Wiener

Magister en Calidad y Gestión Integral USTA

Especialista en Gerencia de Instituciones de Salud Uniboyaca

Especialista en Salud Ocupacional y Protección de Riesgos Laborales UPTC

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE INGENIERÍA MECÁNICA
MAESTRÍA EN CALIDAD Y GESTIÓN INTEGRAL
BOGOTÁ
2018

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	3
1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	5
1.1 ANTECEDENTES	5
1.1.1 Antecedentes en el Contexto Mundial.	5
1.1.2 Antecedentes en el Contexto Latinoamericano.	6
1.1.3 Antecedentes en Colombia.	8
1.1.3.1 Dirección de Sanidad Ejército Nacional.	12
1.1.3.2 El Sistema de Integrado de Gestión.	13
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	14
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
2. JUSTIFICACIÓN	17
3. OBJETIVOS	20
3.1 OBJETIVO GENERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4. MARCO REFERENCIAL	21
4.1 MARCO TEÓRICO	22
4.2 MARCO CONCEPTUAL	30
4.3 MARCO LEGAL Y NORMATIVO	37
4.4 MARCO POLÍTICO	30
5. METODOLOGÍA	34
5.1 FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN	34
5.2 DISEÑO METODOLÓGICO	34
5.2.1 Tipo de investigación	34
5.2.2 Método utilizado	35
5.2.3 Criterios de validez y confiabilidad	35
5.2.4 Definición de hipótesis, variables e indicadores	36
5.2.5 Diseño Muestral	36
5.2.6 Instrumentos y técnicas de investigación	39

5.2.7 Estudio piloto	40
5.2.8 Esquema temático y publicación	40
5.2.9 Momentos de la Investigación	41
6. PRESUPUESTO	43
7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	44
8. RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS	46
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXO A: Correspondencia entre las normas	56
ANEXO B: Instrumento de investigación (encuesta)	60
ANEXO C: Validación de los expertos del Instrumento	67
ANEXO D: Análisis estadística del Instrumento	81

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Muestra establecimientos de sanidad (ESM)	38
Tabla 2. Presupuesto proyectado para el desarrollo de investigación	43
Tabla 3. Preupuesto Ejecutado	43

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Mapa Conceptual	30
Figura 2. Normatividad subsistema de salud	32
Figura 3. Ficha Tecnica del Estudio	37
Figura 4. Intrumentos y tecnicas empleadas	40
Figura 5. Actividades programadas para el desarrollo del proyecto de investigación	44
Figura 6. Actividades ejecutadas del proyecto de investigación	45
Figura 7. Impactos esperados	46

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A: Correspondencia entre las normas	56
Anexo B: Instrumento de investigación (encuesta)	60
Anexo C: Validación de los expertos del Instrumento	67
Anexo D: Análisis del Instrumento	81

GLOSARIO

CSSFM: Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares

EJC: Ejército Nacional

ESM: Establecimiento de Sanidad Militar

NTCGP1000: Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública

SGC: Sistema de Gestión de Calidad

SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud

SSST: Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo

SIG: Sistema Integrado de Gestión (SGC, SOGCS, SSST, MECI)

SSFM: Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares

Salud Pública: es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida, mejorar, proteger y promocionar la salud y el bienestar mediante los esfuerzos organizados de la sociedad¹.

¹ JOAN GUIX OLIVER. Calidad en salud pública. Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Rovira i Virgili, Reus, Tarragona, España.2005. Pág. 326.

RESUMEN

La importancia del sistema de Gestión de calidad en las Empresas Prestadoras de Servicios de salud se basa en la planeación estratégica, la mejora continua y en los requisitos normativos de los diferentes entes de control. Se determina que el grado de implementación de este sistema en la actualidad es bajo, encontrando pocas organizaciones de este sector certificadas, colocándolas en desventaja frente al mercado cambiante y exigente.

Por otro lado, se encuentran Organizaciones que reflejan casos exitosos después de su implementación, aportando positivos cambios dentro de su organización en lo cultural, administrativo y asistencial, al igual que diferentes herramientas administrativas de control que complementan y fortalecen la continuidad de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

La no existencia en el sector de la salud de instrumentos que permitan la identificación de viabilidad para integrar este sistema a sistemas de gestión antes de su implementación, conlleva a que las instituciones prestadoras del servicio adopten metodologías universales, diseñadas para las empresas privadas, de las cuales muchas de estas se encuentran certificadas, por lo cual se busca incluir el subsistema de salud del Ejército al sistema integrado de gestión actual, con el fin de armonizar esfuerzos en los sistemas existentes y así cumplir con las condiciones mínimas en cuanto a los requisitos para la prestación de los servicios de salud en beneficio de los usuarios, su familia, comunidad y partes interesadas a nivel nacional.

El objetivo principal de esta investigación es definir estrategias viables para la integración del subsistema de salud al sistema integrado de gestión del Ejército Nacional a través del diseño y validación de un instrumento de diagnóstico inicial, basados en las normas: NTCGP 1000:2009 y el Sistema Obligatorio de Garantías de Calidad.

Este instrumento es aplicable para todos los establecimientos de salud, pero principalmente para los establecimientos de sanidad del Ejército Nacional y así conseguir la integración de estos dos sistemas.

En este documento se presentan los resultados de esta investigación. Para ello, se estructuro de la siguiente manera: descripción del problema, justificación, objetivos, marco de referencia, proceso metodológico, resultados y análisis, conclusiones y recomendaciones.

PALABRAS CLAVE: Sistema de salud, sistema integrado de gestión, implementación, mejora continua, normas.

INTRODUCCIÓN

El sector salud enfrenta un gran obstáculo en cuanto a la ausencia de una estructura documental que los conlleve a tener una memoria organizacional como procesos, procedimientos, instructivos y formatos estandarizados que permitan definir parámetros de rendimiento, por lo cual es importante integrar el subsistema de salud al sistema integrado de gestión con el fin de mejorar su desempeño y capacidad para proporcionar servicios que respondan a las necesidades de los usuarios y a las partes interesadas.

El Subsistema de Salud del Ejército Nacional, corresponde a un régimen de excepción que se enmarca dentro de las políticas emitidas por el Consejo Superior de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional (ley 352 del 1997); los usuarios son el personal militar activo, el personal retirado y pensionado, personal civil y sus beneficiarios.

Este subsistema de salud está a cargo de la Dirección de Sanidad del Ejército quien emite las políticas y lineamientos a los Establecimientos de Sanidad Militar del orden nacional; para el mantenimiento del sistema de garantía de la calidad en la red interna se busca la equidad, calidad y humanización de los servicios de salud del Ejército Nacional².

El fin de esta investigación es definir estrategias viables que permitan integrar el subsistema de salud del Ejército Nacional al sistema integrado de gestión a través del diseño y validación de un instrumento de diagnóstico inicial al sistema que actualmente se tiene implementado y certificado, armonizando el lenguaje, los requisitos del mismo, para así lograr un engranaje de manera que fácilmente pueda ser compatible con la implementación de otros sistemas³, no solo en el Ejército Nacional, sino también en las otras Fuerzas Militares, Policía Nacional y establecimientos de salud pública enmarcados en las normas NTCCP1000:2009 y el Sistema Obligatorio de Garantías de Calidad.

El instrumento diseñado (encuesta), será validado por expertos profesionales en Medicina, Especialistas en Gerencia y Administración en Calidad, Salud

² DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO, Directiva N°0034. Lineamientos para la actualización y mantenimiento del sistema de garantía de la calidad en salud en los hospitales militares regionales y establecimientos de sanidad militar del Ejército. Bogotá, 2016.

³ LILIANA MARGARITA CABARCAS OÑORO, Ruth Consuelo González Orduz. Propuesta de modelo de integración del sistema obligatorio de garantía de la calidad (SOGC), utilizando la NTC ISO 9001:2008 como eje articulador, para instituciones prestadoras de servicios de salud de baja complejidad, Bogotá 2014, pág. 14.

Ocupacional y Magister en Calidad, se aplicara a la Dirección de Sanidad Militar y algunos de los Establecimientos de Sanidad a nivel Nacional, en el cual mediante los resultados demostrara la viabilidad y aceptación de articular estos dos sistemas que actualmente no se encuentran integrados.

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES

1.1.1 Antecedentes en el Contexto Mundial. En Países como Estados Unidos, el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud inició en 1917, cuando el American College of Surgeons (Colegio Estadounidense de Cirujanos) consolidó el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses identificaran y excluyeran los servicios de salud deficientes, esta decisión estableció las bases para desarrollar un proceso de acreditación de servicios de salud, al igual hay países con sistemas en donde la atención primaria y la accesibilidad en los servicios de salud son universales, como por ejemplo Inglaterra o Canadá, quienes independientemente del nivel socioeconómico atienden a todos los usuarios, en donde los de más bajos recursos tienen mejor acceso a los servicios, generando un sistema que funcione como lo menciona María Victoria Ocampo, Víctor Fernando Betancourt, Jennifer Paola Montoya y Diana Carolina Bautista⁴ sobre un modificador de efecto pobreza y que promueve la equidad.

Generalmente, los sistemas en el mundo no consiguen disminuir las desigualdades a pesar de las buenas intenciones de los gobiernos y los legisladores siendo estos los primeros *responsables del desempeño del sistema* de salud⁵.

Para los años 80, se evidencian *fallas en el proceso de inspección*, generando deficiencia en la calidad de la prestación del servicio, aparecieron nuevas tecnologías y aumentaron los costos, lo cual llevó a los profesionales de la salud en los *países desarrollados a reevaluar la garantía de calidad, basados en la acreditación de estándares*⁶.

En el año de 1966, *Avedis Donabedian*, menciona en su artículo fundamental, conceptos de estructura, procesos y resultados, constituyendo actualmente un

⁴ MARÍA VICTORIA OCAMPO-Rodríguez Víctor, Fernando Betancourt-Urrutia, Jennifer Paola Montoya-Rojas, Diana Carolina Bautista-Botton. Rev. Gerenc. Polit. Salud. Healthcare systems and models, their impact on integrated networks of health services. Bogotá, 2013. Pág. 118.

⁵ *Ibíd.*, p. 118

⁶ Historia de la Acreditación en el Mundo [en línea]. Bogotá: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC de Bogotá, 2016 [Fecha de consulta: 08 febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Paginas/His.aspx>

paradigma dominante para evaluar la calidad de la atención en salud⁷, esta es una de las razones para articular el enfoque por procesos y así mejorar la eficacia y la eficiencia de la organización en pro de lograr los objetivos propuestos⁸.

En 1995, se estableció la secretaria de la International Society For Quality In Health Care Inc. (ISQua) en Australia, esta sociedad es una organización sin ánimo de lucro, administrada por un consejo ejecutivo, que se elige cada dos años⁹.

Los miembros regulares del consejo, los componen personas de Norteamérica, Europa y de la región de Asia y el Pacífico, al igual hoy en día, países como Nueva Zelandia, Japón, Francia, Sudáfrica, Finlandia, Malasia y Argentina, entre otros, han estructurado e implementado sistemas de evaluación y acreditación en salud¹⁰, con el ánimo de mejorar la prestación del servicio.

1.1.2 Antecedentes en el Contexto Latinoamericano. A fines de la década de 1980, muchos países de América Latina comenzaron reformas en el sector social para aliviar la pobreza, reducir las desigualdades socioeconómicas, mejorar los resultados de salud, y proporcionar protección ante el riesgo financiero¹¹.

En la década de los 90, se establecieron reformas encaminadas a fortalecer los sistemas de salud con el fin de reducir las desigualdades para acceder a este, por lo cual se concentraron en ampliar la cobertura universal, enfocados en los usuarios de más bajos recursos o no asegurados por medio de paquetes definidos para ser asequibles a este grupo socioeconómico, en países como Brasil y Cuba, crearon sistemas universales de salud financiados por medio de los impuestos para cubrir a los pobres y a los trabajadores informales¹².

Estos cambios, fueron combinados con intervenciones de demanda dirigidas a mitigar la pobreza (focalizando muchos determinantes sociales de salud) y

⁷ JACKELINE OSORIO ARBOLEDA - Anabelle Arbelaez Velez. Integración de sistemas de gestión de calidad en Salud. Universidad de Antioquia, pág.13.

⁸ ISO 9000 Introduction and Support Package: Guidance on the Concept and Use of the Process Approach for management systems, Bogotá, Pág 1.

⁹ Ibid., p. 14

¹⁰ Ibid., p. 14

¹¹ RIFAT A, MONTEIRO ALO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, García P, Gómez-Dantés O, Knaul FM, Muntaner C, Braga PJ, Rígoi F, Wagstaff A. La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. [en línea] 2014. 16 de octubre, MEDICC Review. [consultado 20 de febrero], Disponible: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9).

¹² Ibid., p. 1

mejorando el acceso de las poblaciones más desfavorecidas, por lo tanto, sobre las características de los sistemas de salud la DR. Nery Suárez¹³ agrega que *para el fortalecimiento de la cobertura universal de salud y las lecciones de la experiencia latinoamericana son relevantes para los países que avanzan hacia este cambio, apoyados en los principios de equidad, solidaridad y acción colectiva para superar las desigualdades sociales.*

En América Latina, se tenían contempladas cuatro áreas fundamentales de cambio en la organización y en la gobernanza de los sistemas de salud, las cuales son importantes de resaltar ya que muestran la evolución y mejora en el sistema por lo cual la primera involucró la reorganización de los sistemas de salud para abordar la fragmentación estructural, la segunda involucró la descentralización de la toma de decisiones en los niveles de gobiernos provinciales de Estado y gobiernos municipales, la tercera hizo énfasis en el mejoramiento de las funciones regulatorias, y la cuarta involucró la separación de las funciones de financiamiento (ejemplo, del comprador) y del proveedor para mejorar la eficiencia del sistema de salud¹⁴.

Estos cambios se dieron especialmente en Brasil, Cuba y Costa Rica, quienes tienen unificados y organizados los sistemas de salud como varios subsistemas paralelos, pero este cambio, fortaleció más a los subsistemas verticalizados quedando una sola entidad ejecutante de todas las funciones, dejando por fuera los subsistemas horizontales el cual cubre toda la población, generando así fragmentación del financiamiento y de la prestación de servicios, conllevando a la segregación de los grupos de población según el empleo y el nivel socioeconómico, dejando a un lado a los segmentos más pobres sin cobertura efectiva¹⁵.

Se evidencia que en América Latina hay en un común un mismo comportamiento referente a los sistemas de salud, por lo cual se crean sistemas equivalentes o divididos, caracterizados por una amplia brecha entre *la provisión y la financiación*

¹³ DR. NERY SUÁREZ LUGO, Cobertura universal de salud en Latinoamérica, MEDICC Review, 2015, Vol 17, Suplemento. S.21, 26.

¹⁴ ARTAZA BARRIOS, Osvaldo; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; Reynaldo; Suárez Jiménez, Julio Manuel. Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales. Santiago, Chile, 2011.

¹⁵ SALUD EN LAS AMÉRICAS, Capítulo 4 Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud 2007. Volumen I–Regional.

de los servicios de salud, induciendo a las empresas privadas para que intervengan en la prestación del servicio y el aseguramiento de los mismos¹⁶.

En general las causas de acceso a la salud son la pobreza, la informalidad en el empleo y sobre todo la estructura y organización de los sistemas de salud, los cuales son factores relacionados directamente con el desempeño de este, definiendo que la exclusión o no acceso a la salud no es más que la negación de un derecho que tiene cualquier ciudadano y se ve reflejado en la demanda de salud de aquellos que no cuentan con los recursos necesarios para ser atendidos¹⁷.

En los últimos años en América Latina se han visto cambios en el sistema de salud en donde el Estado se ha organizado e implementando políticas sociales en los sistemas únicos de salud como en Brasil, el Ministerio de Protección Social en Colombia, el sistema de seguridad social en República Dominicana, Aruba, Chile, entre otros que optaron por crear planes de financiamiento para la prestación de los servicios, encaminados a eliminar las barreras para acceder a este, buscando que todos los ciudadanos tengan el acceso universal y el derecho a la salud, y promoviendo la igualdad, así como el mejoramiento en la distribución de los indicadores de salud y calidad de vida¹⁸.

1.1.3 Antecedentes en Colombia. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia, implemento desde el año 2006 un sistema de información para la calidad en el cual se generan informes de resultados de indicadores de procesos, pero no existe un sistema de seguimiento y evaluación de calidad en la prestación del servicio que demuestre su efectividad y la satisfacción de los usuarios al recibirlo, una razón más para integrar el sistema de salud a los sistemas de gestión que permitirán fortalecer y mejorar la calidad del servicio¹⁹.

“En Colombia, las consideraciones sociales que impulsaron la reforma de 1993 enfatizaban que el modelo segmentado de seguridad social no cubría más del 25% de la población como lo mencionaba” Velandia y que eran considerables las inequidades entre ricos y pobres, así como entre las áreas urbanas y rurales o

¹⁶ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), Análisis Sectorial de Salud: Una Herramienta para la Formulación de Políticas. Edición Especial, nro. 9. Washington, D.C.2006. p.73.

¹⁷ *Ibíd.*, p. 4

¹⁸ SALUD EN LAS AMÉRICAS, Capítulo 4 Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud: 2007; VOL. I-REGIONAL.

¹⁹ MARTA CECILIA JARAMILLO-Mejía, DOV Chernichovsky. Estudios gerenciales, Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: una propuesta de revisión basada en el modelo israelí.2014. p. 31.

diferentes regiones geográficas del país de acuerdo a lo mencionado por Pabón, 1986, muchos expertos llegaron a considerar que no se tenía la capacidad fiscal para gestionar los retos con esta reforma, ya que la Ley 100 fue muy arriesgada al comprometerse con una cobertura universal que no podía llevar a cabo, los recursos necesarios para desarrollar esta propuesta eran desproporcionados de acuerdo a la situación fiscal por la que pasaba Colombia en ese momento²⁰.

La Ley 100, planteó un diseño macro económico orientado a aumentar la inversión en salud y mejorar su eficiencia, al igual impulsó un esquema micro económico funcional bajo un enfoque de integración horizontal público–privado en la organización de prestación de servicios, en busca de la separación de la financiación y la previsión como mecanismo para imprimir mayor eficiencia técnica al sistema, en Colombia hay muchos sistemas o modelos de atención al igual que regímenes especiales como el de los maestros, los militares y policías, los trabajadores de Ecopetrol entre otros de los cuales su financiamiento es de los recursos del presupuesto nacional o de los recursos de las empresas o entidades en las que laboran²¹.

“Como William Hsiao” ²²(2010) plantea, la reforma colombiana “giró dos botones de mando de manera simultánea, cambió la financiación, y la organización, para lo cual utilizó la competencia gerundiada como modelo para tratar la eficiencia y calidad de los servicios” el sistema colombiano estructuró su funcionalidad micro económica adoptando, para un sistema de seguro público, el esquema de administración gerenciada, de acuerdo con los planteamientos y experiencias que se estaba implantando en el mercado de aseguramiento privado de los Estados Unidos desde finales de la década de los 80.

Estos arreglos buscaban la eficiencia a través de la organización de redes “gestionadas” de servicios en las cuales mediante esquemas de contratos buscaban regular precios y calidad a través de sistemas cerrados de prestación, propiciando economías de escala en los precios, la eficiencia y reducción de las

²⁰ CASTAÑEDA CARLOS; Fonseca, Milena; Núñez, Jairo; Ramírez, Jaime; Zapata, Juan Gonzalo. La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano-Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro- Fedesarrollo-Bogotá, 2012.

²¹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL MPS: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud-PARS.Gerencia social: un enfoque integral para la gestión de políticas y programas sociales. Bogotá, 2008.

²² RUIZ GÓMEZ FERNANDO. Mercados y sistema de salud en Colombia. Bogotá, 2013.

presiones inflacionarias sobre los precios de las prestaciones médicas (Entoven, 1993).²³

En cuanto al papel del Estado, la reforma colombiana reposicionó el rol del gobierno en la función de modulador de los diferentes agentes institucionales que generó el nuevo sistema de salud, concentrándose en instituciones tales como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), instancia que convoca los agentes y toma de decisiones sobre el ajuste del sistema²⁴.

En Colombia las experiencias iniciales de calidad comenzaron en los 80, inicialmente en las oficinas de evaluación del ISS, en los 90 se dieron interesantes experiencias en grupos primarios de calidad en el suroccidente colombiano, y en 1995 se publicó el primer manual de acreditación de Colombia.

En ese momento los temas de calidad están circunscritos a algunas organizaciones o algunos individuos que estaban particularmente interesados, pero no eran una corriente nacional; sin embargo Colombia fue uno de los países de América Latina pioneros en el asunto de la calidad con una tradición importante, como por ejemplo el documento que se llamó “garantía de calidad en los servicios de salud” del ISS; ya que en 1983, hace 34 años, el país producía un primer documento formal donde se conceptualizaba la calidad, donde se definían estrategias y se precisaban metodologías de evaluación²⁵.

En el año de 1994, se expide el Decreto 2174 creando un sistema de calidad, el cual es muy estructuralista; con listas de chequeo extensas, generando experiencias que conllevaron a determinar el Decreto 2309 de 2002 creando el sistema obligatorio de garantía de calidad, con las especificaciones con las que cuenta actualmente, partiendo de un sistema orientado por principios modernos de mejoramiento continuo, centrado en los usuarios, con un enfoque por resultados, un esquema funcional o sistémico, y la identificación de los riesgos ²⁶.

²³FERNANDO RUIZ GÓMEZ. Mercados y sistema de salud en Colombia. Desarrollo regulatorio y senda de ajuste. Enero de 2013, Página 2.

²⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL MPS: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud-PARS. Gerencia social: un enfoque integral para la gestión de políticas y programas sociales. Bogotá, 2008.

²⁵ DIRECCIÓN DE SANIDAD MILITAR. Guía de seguridad del Paciente. [en línea] 2007. [Consultado el 10 de octubre], Disponible: www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/index.php?idcategoria=2128384&download.

²⁶ Ibid., p. 12

El nuevo enfoque de la Administración Pública contiene los conceptos de negociación, gestión de riesgo, gestión de calidad, conectividad y comunicaciones, integrados a la función y acciones administrativas. Los esfuerzos de las entidades públicas del orden Nacional y Territorial para lograr la implementación de las normas NTCGP 1000, MECI y SISTEDA, han sido evidentes y se pueden considerar en general como modelos que han permitido realizar un control razonable a la gestión de las entidades²⁷.

Sin embargo, estos sistemas de control evolucionan con el tiempo logrando establecer la necesidad de actualizarlos, llevándolos a la integración de los mismos y dándoles un enfoque de sistemas integrados de gestión. No desde su concepción filosófica y conceptual, sino en su forma²⁸.

Con la aprobación de la nueva Constitución Política en 1991, se estableció que “la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado”, que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia²⁹.

Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizándolo básicamente en tres subsistemas: 1) salud pública; 2) los seguros sociales (que estaba administrado por el Instituto de Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema Privado de Servicios, este modelo, a través de la ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de este estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el artículo 186 de la ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el artículo 4210 de la ley 715 de 2001³⁰.

²⁷ USAID Y CASALS & ASSOCIATES INC. Modelo de Control Interno para las Entidades del Estado, Marco Conceptual. Bogotá, 2005.

²⁸ MIGUEL ÁNGEL CARMONA CALVO. “La integración de sistemas de gestión normalizados sobre la base de los procesos” Estudio a partir de un panel de expertos en el ámbito del Centro Andaluz para la Excelencia en la Gestión. 2008.

²⁹ Asamblea Nacional Constituyente [en línea]. República de Colombia: Artículo 48 de la Constitución Política, 1991. [Fecha de Consulta: 19 agosto 2016]. Disponible en: línea en: <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/col91.html>

³⁰ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACIÓN, ICONTEC/ Dirección de Acreditación en Salud. Antecedentes en Colombia. Bogotá. D.C.: El Instituto, 2016.

A partir de octubre de 2002, con la expedición del decreto 2309, la resolución 1474 y posteriormente, con la adjudicación de la concesión para operar el Sistema Único de Acreditación (SUA) a ICONTEC, en noviembre de 2003, el sector salud colombiano ha visto el despegue de un tema de mucha importancia y practica para las instituciones de salud, los profesionales y sobre todo los usuarios³¹.

En 2007 se emite el Decreto 4295, en el cual se estableció que la Norma Técnica de Calidad, para el Sistema de Seguridad Social es la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud- SOGC y definida por el Decreto 1011 de 2006, cuyas acciones orientan, a la mejora de los resultados, de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia, de la estructura o de la documentación de los procesos, los cuales, se constituyen en prerrequisitos para alcanzar los mencionados resultados³².

“La Resolución 2181 de 2008, establece en el artículo 1° que las entidades prestadoras de servicios de salud que implementen y desarrollen el sistema obligatorio de garantía de calidad - SOGCS, mediante la adopción de la guía applicativa, que hace parte integral del anexo técnico de dicha resolución, se entenderá que cumplen con la norma técnica NTCGP 1000: 2004” (Resolución 2181, artículo 1)³³.

1.1.3.1 Dirección General de Sanidad Militar: Le corresponde evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios directos y contratados prestados por el Subsistema, sino de las Direcciones de Sanidad del Ejército Nacional, la Armada Nacional y la Fuerza Aérea, encargadas de prestar los servicios de salud en todos los niveles de atención a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

En el año 2012, la Dirección General de Sanidad Militar, realizo el primer seminario de la Salud, un espacio académico donde se debatieron con argumentos y estudios puntuales como la actualidad y posibles variables del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares como la reestructuración del Sistema orientado a la optimización y a la viabilidad económica, teniendo en cuenta la misión de la Dirección General

³¹ JACKELINE OSORIO ARBOLEDA - Anabelle Arbelaes Velez. Integración de sistemas de gestión de calidad en Salud. Universidad de Antioquia, 2005. pág.12.

³² INGRID CRUZADO HERRERA, Germán Darío Moreno Rodríguez. Modelo de un sistema de gestión de calidad en salud integrador de las normas: NTCGP 1000, sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud e IWA 1, escuela de administración de negocios – EAN. Bogotá. 2012. Pag.21.

³³ Ibid., p. 22

de Sanidad Militar, la cual es prestar el servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afilado y sus beneficiarios y el servicio de sanidad inherentes a las operaciones militares y policiales.

Estableció como visión para el año 2014 que el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares tendría organizado un modelo integrado de salud operacional y asistencial que garantizara la prestación de servicios de salud, con equidad y altos estándares de calidad y seguridad, a todos los usuarios del sistema³⁴.

1.1.3.2 Dirección de Sanidad Ejército Nacional. La Sanidad Militar tiene su inicio en la Época de la Independencia y más exactamente durante la Campaña Libertadora en el año de 1819, cuando el Ejército Libertador, requirió de los servicios médicos de un grupo de recién egresados de la facultad de Medicina del Colegio Mayor del Rosario, en cuya sangre bullía ardoroso el amor a la Patria y el fervoroso celo por la Independencia Americana³⁵.

En el año 1908 mediante el decreto No 1403 del 17 de Diciembre, el Presidente de la época, RAFAEL REYES, reglamenta por primera vez el “Servicio Médico y Sanitario” para el Ejército, la policía y la Gendarmería Nacional, a partir de allí todos los militares enfermos residentes en la ciudad, de Santafé de Bogotá que por conceptos médicos debían ser hospitalizados, pasarían a la Casa de la Salud Marly donde se le garantizaría asistencia Médica y alimentación de acuerdo a órdenes médicas, a las disposiciones que para la fecha regían y se dictaban en el Ministerio de Guerra³⁶.

Con el decreto No 1403 del 17 de Diciembre de 1908, el Presidente RAFAEL REYES dispone del establecimiento de enfermería y botiquines, en los cuarteles de la Fuerza Pública, para el personal del Ejército y Policía Nacional que presentaban enfermedades leves que no necesitaban hospitalización “Idi”³⁷.

³⁴ DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR. [sitio web]. Bogotá: DGSM. Primer seminario de la salud. Pág. 15 [Consulta: 04 enero 2018]. Disponible en: http://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/comunicaciones/revista_institucional/revista_institucional_dgsm_1_27747.

³⁵ DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO. [sitio web]. Bogotá: DISAN. Reseña Histórica. [Consulta: 15 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.disanejercito.mil.co/index.php?idcategoria=28090>.

³⁶ Ibid., p. 5

³⁷ Ibid., p. 6

Más adelante contando con la gran fortuna visionaria de algunos oficiales, como el Señor Coronel Miguel Gómez Arcila quien convence a los altos dignatarios de contar con disponibilidad de recurso presupuestal para garantizar la Sanidad Militar e iniciar las obras del actual hospital militar Central el 10 de octubre de 1952³⁸.

En el año 1958 se descentralizó la Sanidad Militar por disposición ejecutiva No. 243 de 11 de julio, y se crearon las Direcciones de sanidad de las Fuerzas Ejército, Armada y Fuerza Aérea, dependiendo de los Comandos de Fuerza administrativa, disciplinaria y fiscalmente³⁹.

1.1.3.2Ministerio de Defensa Nacional. En el inicio del siglo XXI y especialmente los últimos 10 años el Sistema de Salud Militar y de Policía Nacional ha tenido cambios significativos en su estructura poblacional, recursos y operación.

En el año 2013 el Ministerio de Defensa Nacional realiza un diagnóstico situacional del Sistema de Salud Militar y de Policía Nacional, sobre el entendimiento de la situación actual del Sistema de Salud, de acuerdo a los resultados que arrojó el diagnóstico estratégico se dio inicio desde en el año 2016 al proyecto de transformación estratégica para el sistema de salud militar y de policía Nacional, en el cual establece la integración, implementación y mantenimiento de los sistemas de gestión, en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional⁴⁰.

1.1.3.3Sistema Integrado de Gestión. El Sistema Integrado de Gestión del Ejército Nacional, se articula de manera armónica y complementaria al Sistema de Gestión de Calidad bajo la Norma Técnica de Calidad - NTCGP1000:2009 e ISO 9001:2008, el Modelo Estándar de Control Interno - MECI 1000:2005, Sistema de Desarrollo Administrativo SISTEDA y el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, conforme a los lineamientos establecidos en la normatividad aplicable para el Sistema de Control Interno y el Sistema de Gestión de la Calidad respectivamente⁴¹.

³⁸ Ibid., p. 8

³⁹ Ibid., p. 8

⁴⁰ MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. Propuesta proyecto de acuerdo SIG-SSMP. Bogotá, D.C., 2016.

⁴¹ EJÉRCITO NACIONAL. Directiva Permanente N° 01069. Implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema integrado de gestión del Ejército Nacional. Bogotá, D.C., 2016. Pág. 12.

Dentro de este sistema se irán articulando e integrando otros sistemas de acuerdo con la normatividad vigente y acorde con las necesidades o complejidad de la Fuerza.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el año de 1993 el Gobierno Nacional, formula e inicia la implementación de la Ley 100 o Ley de Seguridad Social y como parte de este proceso se crea la nueva institucionalidad en el sector que incluye para los Hospitales públicos una transformación a Empresas Sociales del Estado (ESE), entes territoriales de carácter descentralizado, con autonomía administrativa y presupuestal⁴².

Quince años después, los procesos de descentralización ordenados por la Ley 100 de 1993, la Ley 617 del 2000, la Ley 1122 de enero del 2007 y el Decreto 1011 de 2006 que definen el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, imponen las nuevas reglas de juego, y la institucionalidad en el área de la salud evoluciona de manera positiva hacia el mejoramiento y el cambio cultural, las instituciones inician lo que se puede llamar una segunda fase que va más allá de un cambio cultural y de mentalidad y que implica la implementación de procesos de mejoramiento de la calidad normalizados, reglamentados por el Estado, y convertidos en una exigencia para todas las Empresas Sociales del Estado⁴³.

Hoy el sistema cuenta con una reforma estructural enmarcada en la Ley 1438 del 19 de enero de 2011, que amplía los principios del sistema e incluye en su contenido reformas como la del artículo 69 del capítulo tercero, relacionadas con la reglamentación en cuanto a la mejora de la calidad⁴⁴.

Se habla de calidad, eficiencia, eficacia y productividad y se establece que la finalización de todos estos procesos de mejora institucional, se deben encaminar hacia la Acreditación a partir de la implementación del Sistema Obligatorio de la

⁴² Marta Cecilia Jaramillo-Mejía y Dov Chernichovsky. Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: una propuesta de revisión basada en el modelo israelí. Elsevier Doyma.2014.

⁴³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección General de Calidad de Servicios Grupo de Calidad. Guía práctica del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS. Bogotá, D.C., Marzo 2011.

⁴⁴ ÁLVARO FRANCO-GIRALDO. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 11 (22): 28-42, enero-junio de 2012.

Garantía de la Calidad en el sector público, el Modelo Estándar de Control Interno y la Norma Técnica de la Calidad en el sector público NTCGP 1000:2009⁴⁵.

La calidad se incorpora en las instituciones del sector de manera integrada en sistemas de gestión que propenden por la implementación de la cultura del mejoramiento continuo, su implementación es un proceso periódico de autoevaluación interna y externa de los mismos, sus resultados garantizan y mejoran la calidad del cliente, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas⁴⁶.

El Ejército Nacional tiene implementado y certificado el sistema integrado de gestión (sistema de gestión de calidad, modelo estándar de control interno, sistema de desarrollo administrativo y sistema de seguridad y salud en el trabajo) bajo las normas NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008, pero el subsistema de salud no se encuentra integrado a este, generando reprocesos y cargas adicionales de trabajo a los funcionarios, ya que no se identifican dentro del sistema integrado existente; estos sistemas están muy bien definidos, pero cuando se toca el tema de integrarlos, se cuestiona su compatibilidad la cual no es clara sobre la forma de optimizar los procesos aprovechando el camino ya recorrido⁴⁷.

El sistema integrado de gestión actual no incluye las particularidades de cada uno de los establecimientos de sanidad, por tal razón no se ven integrados. Los sistemas de calidad no pueden ser independientes en el mejoramiento de los procesos, deben ser herramientas de gestión integrales que se complementen y articulen⁴⁸.

Desde su concepción el sistema integrado de gestión y el de salud buscan el mejoramiento continuo a través de estrategias comunes, y los puntos en que se marcan diferencias obedecen a la especificidad del sistema para el sector salud, las actividades de estos servicios como las inspecciones y/o auditorias y sus

⁴⁵ LILIANA MARGARITA CABARCAS OÑORO, Ruth Consuelo González Orduz. Propuesta de modelo de integración del sistema obligatorio de garantía de la calidad (SOGC), utilizando la NTC ISO 9001:2008 como eje articulador, para instituciones prestadoras de servicios de salud de baja complejidad, Bogotá 2014, pág. 29.

⁴⁶ CARLOS ALFONSO KERGLÉN BOTERO, Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud –PARS– Calidad en salud en Colombia. Bogotá, 2008.

⁴⁷ LILIANA MARGARITA CABARCAS OÑORO, Ruth CONSUELO GONZÁLEZ ORDUZ. Propuesta de modelo de integración del sistema obligatorio de garantía de la calidad (SOGC), utilizando la NTC ISO 9001:2008 como eje articulador, para instituciones prestadoras de servicios de salud de baja complejidad, Bogotá 2014, pág. 17.

⁴⁸ ICONTEC, Norma Técnica De Calidad en la Gestión Pública NTCGP1000: 2009.

funciones, son estandarizables⁴⁹ y por ende la NTCGP1000 es una alternativa que brinda una garantía de calidad, ya que esta norma se basa en un enfoque por procesos y en la documentación de sus actividades dirigidas hacia la prestación del servicio de salud, la cual es complementaria con el sistema obligatorio de garantía de calidad⁵⁰.

Para ello, se requiere diseñar y validar un instrumento de investigación como una herramienta en la que se pueda diagnosticar la viabilidad de la integración del subsistema de salud al sistema integrado de gestión y se trabaje mancomunadamente, para así lograr una cultura de calidad única.

En el medio académico, institucional o gubernamental son pocas las referencias de un compendio y/o medio como herramienta para la articulación del subsistema de salud con el sistema integrado de gestión e inclusive se cuestiona su afinidad, aumentado el desánimo entre las entidades que buscan implementarlo⁵¹.

Este proyecto propone un instrumento de apoyo para la Dirección de Sanidad y los establecimientos de sanidad en el camino a recorrer desde un diagnóstico inicial hasta la implementación, mantenimiento y mejora del subsistema de salud, articulado al sistema integrado de gestión del Ejército Nacional, basados en la NTCGP1000 como herramienta para integrar el sistema obligatorio de garantías de calidad, en pro de apoyar la estructura basada en procesos, la satisfacción al usuario y continuar en la ruta de la calidad.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo diseñar y validar un instrumento de diagnóstico inicial que permitan definir estrategias viables para integrar el subsistema de salud al sistema integrado de gestión del Ejército Nacional, bajo las normas: NTCGP 1000:2009 y el Sistema Obligatorio de Garantías de Calidad?

⁵⁰ JOAN GUIX OLIVER. Calidad en salud pública. Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Rovira i Virgili, Reus, Tarragona, España.2005. Pág. 327.

⁵¹ MARÍA DEL ROSARIO VELÁSQUEZ RUEDA. Convenio Universidad Santo Tomás e ICONTEC. Bogotá, 2012.

2. JUSTIFICACIÓN

El subsistema de salud del Ejército Nacional como régimen de excepción se enmarca en las políticas emitidas por el consejo superior de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, mediante el acuerdo 040 de 2004 en el cual menciona que el Sistema de Garantía de la Calidad en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional se integra como parte estructural del Sistema de Gestión de la Calidad, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita planear, ejecutar, evaluar, mejorar y controlar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción de los usuarios, para la administración y prestación de Servicios de Salud⁵².

Este trabajo de investigación busca diseñar y validar un instrumento que permita definir estrategias viables para integrar el subsistema de salud del Ejército Nacional al sistema integrado de gestión actual bajo las normas: NTCGP 1000:2009 y el Sistema Obligatorio de Garantías de Calidad, en busca de diagnosticar la viabilidad de dicha integración, con el fin de articular los sistemas lo cual permitirá mejorar su desempeño y capacidad de proporcionar servicios que respondan a las necesidades de los usuarios y las partes interesadas.

La interrelación de los elementos donde intervienen todos los servidores de la entidad, permitirán desempeñar sus actividades de manera idónea, ágil y transparente, orientados a la satisfacción de las necesidades de los clientes, en este caso usuarios, la obtención de resultados de desempeño y la mejora continua de los procesos, cumpliendo con ello con los fines esenciales del estado⁵³.

Reconocer la importancia de la integración de los sistemas de gestión en el Ejército Nacional con el sistema de salud, fortalecerá de forma armónica, dinámica, efectiva

⁵² MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. Consejo superior de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Acuerdo 0040. Bogotá. Diciembre 10 de 2004. Pág. 1. Art.2.

⁵³ KATHY HERNÁNDEZ FIGUEROA. Sistema de Gestión de Calidad en Instituciones Públicas de Educación Superior: Estudio Comparativo Universidad Nacional de Colombia – Universidad del Valle. Manizales. Maestría en Administración. 2011.

y flexible el que hacer de la Institución respecto al cumplimiento de su misión, en busca de integrar los aspectos comunes de estos sistemas para la mejora, la eficacia y la eficiencia en los establecimientos de sanidad militar, que responden a las necesidades de sus usuarios⁵⁴.

En el año 2002, con el nuevo sistema de garantía de la calidad propuesto por el Ministerio de Protección Social, se crearon estándares mínimos que toda institución de salud debe cumplir de manera obligatoria y se construyeron unos estándares para lograr la acreditación, que similar a la certificación son de aplicación voluntaria y refleja que en la institución se está trabajando por prestar un servicio con calidad, orientado solamente a entidades de salud⁵⁵.

Para las instituciones que cuentan con sistemas integrados certificados o que están en proceso de implementación, el dilema en el que se encuentran es el de si al integrar el sistema de salud deben iniciar un nuevo trabajo o si lo que se tiene sirve como insumo para el mismo, en este caso la investigación permitirá ajustar el sistema existente a los lineamientos del sistema de salud⁵⁶.

Los principios y objetivos que enmarcan las normas del sector público difieren, sin embargo tienen en común, el cumplimiento de los requisitos de calidad en busca de la mejora organizacional, por lo cual con el diseño del instrumento se pretende identificar las brechas, cerrarlas y así cumplir con los requisitos establecidos⁵⁷.

El diseño y validación del instrumento de diagnóstico inicial permitirá definir estrategias viables para integrar e implementar un sistema en el que los requisitos del subsistema de salud de acuerdo al Sistema Obligatorio de Garantías de Calidad y de las fortalezas del sistema integrado de gestión bajo las normas

⁵⁴ GONZALEZ, Oswaldo. Guía metodológica para la integración de los sistemas de gestión de calidad en las organizaciones públicas del orden territorial [en línea]. UNIVERSIDAD DE MEDELLÍN. ,2014. Pág. 9. [fecha de consulta: 20 abril 2017]. Disponible en: <http://repository.udem.edu.co/bitstream/handle/11407/1133/Gu%C3%ADa%20metodol%C3%B3gica%20para%20la%20integraci%C3%B3n%20de%20los%20sistemas%20de%20gesti%C3%B3n>

⁵⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, .D.C., 2011.

⁵⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS GRUPO DE CALIDAD. Guía práctica del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS. Bogotá, D.C., Marzo 2011.

⁵⁷ JAVIER MEDINA VÁSQUEZ, Steven Becerra Paola Castaño. Prospectiva y política pública para el cambio estructural en América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Santiago de Chile, septiembre de 2014. Pág. 21.

NTCGP1000:2009 e ISO 9001:2008, se articulen y generen una mejor prestación de los servicios, al igual se espera que el instrumento que se utilice en esta integración sea aplicable para las otras Fuerzas Militares y de Policía Nacional, en los sistemas integrados de gestión que tienen implementados.

Los beneficios más relevantes que trae el diseño del instrumento para la integración de estos sistemas, es principalmente la de definir estrategias viables para la articulación del Sistema Integrado de Gestión Vs el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, sin generar traumatismos en los procesos y procedimientos documentados actualmente, permitiendo con esto mejorar en los tiempos de espera de los usuarios para ser atendidos, simplificando los tramites, disminuyendo las barreras de acceso, para que finalmente el servicio a los usuarios se brinde con mayor calidad, oportunidad, control y eficiencia.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Definir estrategias viables para la integración del subsistema de salud al sistema integrado de gestión del Ejército Nacional a través del diseño y validación de un instrumento de diagnóstico inicial, bajo las normas NTCGP 1000:2009 y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, para la Dirección de Sanidad del Ejército y sus establecimientos de sanidad militar, basado en los lineamientos y políticas de la institución.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar un instrumento de diagnóstico inicial del estado actual del subsistema de salud del Ejército Nacional en cuanto a la integración del sistema integrado de gestión, para validación por expertos, que lo hagan viable, al momento de aplicarlo a la población objeto de estudio.
- Aplicar el instrumento validado por los expertos en salud y sistemas de gestión de calidad, y así determinar a través de los resultados del instrumento la viabilidad de la articulación del Sistema Integrado de Gestión Vs el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
- Analizar a nivel estratégico los hallazgos del instrumento validado para la integración del subsistema de salud al sistema integrado de gestión del Ejército Nacional.

4. MARCO REFERENCIAL

En la actualidad existen muy pocas organizaciones del sector salud implementadas con el sistema de gestión de calidad y el sistema obligatorio de garantía de la calidad, lo cual las pone en desventaja frente a las exigencias de los usuarios en la prestación del servicio, por tal razón existe la necesidad de desarrollar, implementar y mantener un sistema integrado de gestión basado en sus principios fundamentales, con el fin de mejorar la prestación del servicio, incrementar la satisfacción del usuario, mejorar la productividad y eficiencia de la organización entre otros beneficios.

El sistema de salud en Colombia ha evolucionado en tres grandes momentos políticos: el primero durante la vigencia de la Constitución de 1886 hasta 1950, en el cual rige un modelo higienista por aspectos sanitarios en los que la atención de la enfermedad debe ser asumida con recursos propios del usuario o por instituciones de caridad, la segunda inicia desde 1970 hasta 1989, identificándose por la creación de subsidios y la tercera se presenta en el año 1990 con grandes cambios de la Constitución Política de Colombia, iniciando con la privatización de varios sectores como el de salud abriendo espacio para las empresas aseguradoras y prestadoras de servicios privadas.⁵⁸

Colombia como país en vía de desarrollo debe encaminarse en la globalización y así poder avanzar en procesos de modernización⁵⁹ como una estrategia en pro de trabajar las brechas que se deben cerrar, esencialmente en la percepción de la calidad, la salud tiene un papel importante en la integración de los países para el desarrollo de las naciones, las cuales deben generar políticas públicas y así lograr cambios en la concepción de la salud y en las instituciones prestadoras de servicios que pretenden avanzar hacia modelos de excelencia y competitividad.

⁵⁸ OROZCO, Julio. Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia. Ed. Cartagena: Edición electrónica gratuita, agosto, 2006. 176 p. ISBN-13: 978-84-691-4263-9.

⁵⁹ CORREDOR, CONSUELO. La modernidad inconclusa En: Desarrollo económico y social en Colombia Siglo XX. Ed. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2001. p. 15 – 37.

Los estándares de gestión han direccionado a las organizaciones a integrar los sistemas de gestión, siendo estos exitosos, se han publicado y difundido sus investigaciones, teniendo en cuenta los aspectos académicos en los que se han analizado los puntos más relevantes para la integración de sistemas de gestión, fundamentados en el concepto de sistema integrado de gestión⁶⁰.

4.1 MARCO TEÓRICO

Historia regulación estatal de salud en Colombia. Inicia desde la intervención del Estado en la organización para la prestación del servicio de salud desde el siglo XIX, debido a las exigencias internacionales para la prevención de epidemias que se generaban a través de los puertos, en 1920 la sociedad inicia con tendencias capitalistas, desarrollo urbano e incremento de obras que requieren de la implementación de medidas de higiene, de ahí nace la Dirección de Higiene la cual pertenecía en su momento al Ministerio de Agricultura, después paso al Ministerio de Educación, y en 1931 se convierte en un organismo totalmente independiente⁶¹.

En los años treinta, se da inicio a la implementación de medidas preventivas y curativas, y nace la asistencia hospitalaria, al igual se diferencia el acceso a la atención de salud en la población que cuenta con recursos económicos y los de menos recursos e inicia la previsión y seguridad social para la clase trabajadora; en busca del control de la salud en la población nace el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social acompañado de la ley 96 en el año 1938, dando inicio a la revolución en marcha de Alfonso López Pumarejo en el que en su segundo gobierno establece el seguro social obligatorio, las pensiones de invalidez y muerte; a través de la Ley 27 de 1946 y crea el Ministerio de Higiene, diferenciando los asuntos de la higiene y la asistencia pública de lo laboral y de la seguridad social⁶².

Esto conlleva a generar normatividad enfocada a establecer estándares en cuanto a la prestación de servicios de salud que garanticen a los usuarios calidad de vida

⁶⁰ HUGO GONZÁLEZ. Sistemas integrados de gestión] [en línea].2012- [Fecha de consulta: 01 de julio de 2016], Disponible en: <https://calidadgestion.wordpress.com/2012/11/13/sistemas-integrados-de-gestion/>.

⁶¹ GUTIÉRREZ, MARÍA-TERESA, "Proceso de institucionalización de la higiene: estado, salubridad e higienismo en Colombia en la primera mitad del siglo XX", *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 2010, 12, (1), pp. 73-97.

⁶² Ibid., p. 91

en cuatro elementos importantes: promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Los sistemas de gestión de calidad en el sector salud aplican a entidades públicas o privadas, las cuales parten desde la mejora continua, reflejados a través del ciclo PHVA o el ciclo Deming (planear, hacer, verificar y actuar), es importante diferenciar los sistemas de gestión y el sistema de gestión de calidad⁶³, el primero se basa en herramientas para aplicar como el PHVA a cualquier organización en relación a todos sus aspectos, o como el MECI (modelo estándar de control interno) el cual establece controles para cumplir con los objetivos propuestos, alineados al ciclo PHVA y el segundo los sistemas de gestión de calidad que pretenden aplicar el ciclo PHVA en los procesos inherentes a la organización y dando cumplimiento a los requerimientos establecidos en busca de la mejora continua.

El sistema de Gestión de la Calidad no establece la garantía de un estado eficiente ya que el cumplimiento de los requisitos que este señala de acuerdo a las normas, requiere de la aplicación de una cultura de mejoramiento que se fortalece con principios como la autorregulación, la autogestión y el autocontrol. Esto hace necesario alinear esta norma con un sistema integral de control que permita a los directivos mantener un seguimiento y monitoreo permanentes, lo cual proporciona de manera eficaz el modelo MECI⁶⁴.

Como lo menciona Aldana se habla de integrar sistemas que tradicionalmente se han gestionado individualmente en un solo sistema de gestión. En este proceso se gestionan integralmente las variables principales para la organización y así alcanzar la política integrada de gestión. Es una dinámica que va en busca de dar respuesta a las pretensiones de mercados nacionales e internacionales que día a día se van generando⁶⁵.

Para la integración del subsistema de salud al sistema integrado de gestión del Ejército, debe estar alineado con los propósitos del estado, definidos en el marco legal vigente, así:

⁶³ RENE FRANCISCO ABELLO GÓMEZ, MD.A&R Gestión. Artículo “Los sistema de gestión de calidad en el sector público”2012.

⁶⁴ Sistema Integrado de Gestión. [en línea]. 2015 – [fecha de consulta: 20 marzo de 2017]. Disponible en: <http://docplayer.es/1625446-Unidad-4-sistema-integrado-de-gestion.html>.

⁶⁵ ALDANA, ÁLVAREZ, BERNAL. DÍAZ, Galindo, González y Villegas. Administración Por la Calidad. P.35 Ed. Alfa omega 2010. Pág. 295.

Sistema Integrado de Gestión: Es el conjunto de orientaciones, procesos, políticas, metodologías, instancias e instrumentos enfocados en garantizar un desempeño institucional articulado y armónico que busque de manera constatable la satisfacción de los grupos de interés⁶⁶.

Sistema: Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan con el fin de lograr un propósito⁶⁷.

Gestión: Conjunto de actividades coordinadas para planificar, controlar, asegurar y mejorar una organización.

Control: Conjunto de elementos interrelacionados que garantizan de manera razonable la coordinación de las acciones y la fluidez de la información y comunicación a lo largo de la organización; anticipa y corrige, de manera oportuna, las debilidades que se presenten en la gestión institucional.

Calidad: En el diccionario de la Real Academia Española, la calidad es como “una propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie” (Aldana, Álvarez, Bernal, Díaz, Galindo, González y Villegas 2010, p.35)⁶⁸.

Sistema de Gestión de la Calidad: Conjunto de la estructura de la organización de responsabilidades, procedimientos, procesos y recursos que se establecen para llevar a término la gestión de calidad.

Gestión de la Calidad: Actividades de la función empresarial que determinan la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades, y que se implementan a través de la planificación de la calidad, el control de la calidad, el aseguramiento de la calidad y el mejoramiento de la calidad, en el marco del sistema de la calidad. (ISO8402).

⁶⁶ Ibid., p.295

⁶⁷ INGRID CRUZADO HERRERA, Germán Dario Moreno Rodríguez. Modelo de un sistema de gestión de calidad en salud integrador de las normas: NTCGP 1000, sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud e IWA 1, escuela de administración de negocios – EAN. Bogotá. 2012. Pág.16.

⁶⁸ Ibid., p.35

Auditoría de la Calidad: Examen sistemático e independiente de la eficacia del sistema de calidad o de alguna de sus partes. [En Ley 21/1992].

Aseguramiento de Calidad: El Aseguramiento de la Calidad consiste en planificar unas actividades que conlleven a que el resultado corresponda a los niveles de calidad. Estas acciones deben ser demostrables para proporcionar la confianza adecuada (tanto a la propia empresa como a los clientes) de que se cumplen los requisitos del Sistema de la Calidad⁶⁹.

Garantía de Calidad: Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto o servicio satisfará los requerimientos dados sobre calidad.

Sistema de salud: La reforma del sector en la década de los noventa, que creó el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) mediante la ley 100 de 1993, contempló la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud que se le brinda a la población. En un sistema de salud basado en el aseguramiento como el SGSSS, pluralista con participación pública y privada, que opera bajo principios de equidad, universalidad, protección integral y libre escogencia de los usuarios, la calidad constituye un objetivo clave en cuyo logro concurren aseguradores, prestadores, entes territoriales, organismos de control y los propios usuarios.

Salud Sanidad Militar: el objetivo del ámbito de gestión de salud a cargo de la Dirección de Sanidad –DISAN-, es contribuir a la calidad de vida de los usuarios de DISAN, satisfaciendo sus necesidades de salud a través de la administración y prestación de servicios de salud integrales y efectivos. Los principales grupos sociales objetivo o clientes de este ámbito de gestión son: los afiliados y beneficiarios del personal activo y del personal con asignación de retiro del Ejército Nacional, así como aquellos miembros de la comunidad en general que reciben servicios de urgencia vital⁷⁰.

Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública (NTCGP 1000:2009): el proyecto de investigación se fundamenta en la norma NTCGP 1000:2009, la cual

⁶⁹ Ibid., p. 36

⁷⁰ DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD EJÉRCITO. [en línea] Bogotá. 2016. Disponible en Internet. <http://www.disanejercito.mil.co>

es de obligatorio cumplimiento para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios, se elaboró con el propósito de que estas puedan mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes.⁷¹

Compatibilidad con otros sistemas de gestión, normas y políticas: el Sistema de Gestión de Calidad se puede integrar con otros sistemas en la entidad, tales como los relacionados con la gestión ambiental, la salud y la seguridad ocupacional, entre otros. En el Anexo A se presenta la correlación entre la NTCGP 1000 y SOGCS⁷².

Para las entidades de salud pública cubiertas por la ley 872 de 2003, existen definidos sistemas específicos de carácter obligatorio o voluntario, relacionados con la gestión de la calidad como por ejemplo el “Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud” (Decreto 1011 de 2006, expedido en desarrollo de la ley 715 de 2001). En este marco, se ha determinado que los requisitos de la NTCGP 1000:2009, desde la perspectiva de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad, son considerados como prerequisites para que las acciones de mejoramiento en salud alcancen sus objetivos, por tanto los dos sistemas son complementarios y las acciones para su desarrollo deben adelantarse integralmente⁷³.

Sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC): conjunto de normas que tienen como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios, integrado por cuatro componentes: Habilitación, Auditoría, Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud⁷⁴.

⁷¹ ICONTEC, Norma Técnica De Calidad en la Gestión Pública NTCGP1000:2009.

⁷² Ibid., p. 27

⁷³ Ibid., p. 27

⁷⁴ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. [en línea]. Bogotá D.C. [Consultado 3 Noviembre, 2013]. Disponible en: www.minsalud.gov.co/salud/.../Sistema-Obligatorio-Garantía-Calidad-SOGC.aspx

Actualmente el Decreto 1011 de 2006 establece la Calidad de la Atención en Salud como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”, para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención en Salud. El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) debe cumplir con características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad⁷⁵.

Aspectos fundamentales del SOGC: son cinco componentes que interactúan en forma armónica e integrada: a) en Sistema único de habilitación dirigido a garantizar el cumplimiento de unos requisitos obligatorios que minimicen los principales riesgos de la prestación de servicios de salud, con el fin de proteger la vida y la salud de los usuarios; b) Sistema único de acreditación, tanto de entidades promotoras de salud (EPS) como instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), en cuanto un proceso voluntario y periódico de evaluación de un conjunto de estándares óptimos de proceso; c) Auditoría encaminada al mejoramiento de la calidad de los procesos de atención en salud, mediante la evaluación sistemática de la calidad alcanzada frente a la deseada, según normas técnico científicas previamente definidas; d) Sistema de información a usuarios, para facilitar en estos la toma de decisiones basadas en calidad, que activen incentivos en los aseguradores y prestadores para mejorar los servicios y, finalmente, e) incentivos (económicos, de prestigio, legales y éticos) que estimulen la competencia por calidad.⁷⁶

La calidad desde cualquier punto que se quiera ver involucra compromisos que conllevan a referenciar a los grandes de la calidad⁷⁷ y sus conceptos:

Joseph M. Juran: este autor contextualiza la calidad como “adecuación para el uso”, menciona que lo que piense el usuario es importante para identificar si la calidad del producto está en uso, y define la aplicabilidad a la calidad en las características y la ausencia de defectos.

⁷⁵ LILIANA MARGARITA CABARCAS Oñoro, Ruth Consuelo González Orduz. Propuesta de modelo de integración del sistema obligatorio de garantía de la calidad (SOGC), utilizando la NTC ISO 9001:2008 como eje articulador, para instituciones prestadoras de servicios de salud de baja complejidad, Bogotá 2014, pág. 23.

⁷⁶ JACKELINE OSORIO ARBOLEDA - Anabelle Arbelaez Velez. Integración de sistemas de gestión de calidad en Salud. Universidad de Antioquia, pág.20.

⁷⁷ REY D. La gestión tradicional y la gestión por procesos [monografía en Internet]. 2006 [citado el 19 Jun 2006]. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/recursos4/docs/ger/gestitra.htm>

David A. Garvín: desarrolló las ocho dimensiones de la calidad, estas son: actuación, características, conformidad, fiabilidad, durabilidad, utilidad, estética y calidad percibida. Se entiende que indican la amplitud que ha llegado a abarcar la calidad y sugieren, en este contexto, que se requieren múltiples dimensiones para obtener de la calidad hasta los significados más fundamentales.

Philip Crosby: su lema "conformidad con las necesidades y la Calidad es libre", desarrolló lo que él llamó los cinco absolutos de la calidad, estos son: conformidad con las necesidades, no existe otra cosa como un problema de calidad, no existe otra cosa como la economía de la calidad, la única medida de actuación es el coste de la calidad, la única actuación estándar es la de cero defectos.

Kaoru Ishikawa: fue conocido por su contribución a la gestión de la calidad a través del control estadístico, su desarrollo del diagrama de Ishikawa (de espina de pescado) y el empleo de las siete antiguas herramientas de la calidad, proporcionaron las capacidades básicas para el uso de las técnicas de resolución de problemas; más orientado a las personas que a las estadísticas, tuvo como principal objeto involucrar a todos en el desarrollo de la calidad y no sólo a la dirección, es conocido como el padre de los Círculos de Calidad.

La integración de sistemas actualmente ha evolucionado como una herramienta que trae consigo beneficios que ayudan a la organización, como la simplificación de procesos, procedimientos y documentos que contribuyen a optimizar e integrar la información y control de la gestión, reduciendo reprocesos y costos.

Autores como Jonker y Claver (1998) dicen que las dificultades para la integración de sistemas radica principalmente en dos aspectos: la definición de un marco conceptual, de un modelo dominante que permita la adaptación de otros sistemas y la falta de una metodología que indique el cómo hacer la implementación⁷⁸, los actuales modelos han citado tres enfoques para la integración:

- **Enfoque según estándares de gestión:** se basa en alinear cada uno de los requisitos de los diferentes sistemas, centrado en la reducción de costos de auditoría y de administración, es un sistema útil y sencillo para pequeñas y medianas empresas, sin embargo tiene dificultades como la interpretación de los estándares de cada sistema, dejar por fuera temas como la cultura organizativa y en la medida que crece la organización o el número de sistemas se hace inmanejable⁷⁹.

⁷⁸ ABAD, Jesús. SÁNCHEZ, Agustín. Aspectos clave de integración de sistemas de gestión. AENOR Asociación española de Normalización y certificación. ISBN 978-84-8143-770-3. España. 2012. [en línea]. Disponible en plataforma: e-libro. p. 49.

⁷⁹ LILIANA MARGARITA CABARCAS Oñoro, Ruth Consuelo González Orduz. Propuesta de modelo de integración del sistema obligatorio de garantía de la calidad (SOGC), utilizando la NTC

- **Enfoque según los principios de calidad total:** se fundamenta en el mapa de procesos de la organización, algo como una reingeniería desde la gestión para la organización. Se centra en una “cultura organizativa” desde principios filosóficos, útil para grandes empresas, la dificultad es que si quiere certificarse en los diferentes sistemas tendrá que revisar e implementar cada uno de los requisitos, además carece de una propuesta metodológica que sirva de guía.

- **Enfoque sistémico:** El enfoque por sistemas define un conjunto de procesos y recursos, diseñados e implementados para alcanzar un objetivo, y los objetivos no son aislados de los que se persiguen con los mismos sistemas de manera que la integración llega hasta el punto de perder la independencia de cada uno, esta integración es útil desde los sistemas y desde los estándares.

Una de las estrategias que garantizan la calidad de la prestación del servicio es la gestión integral basados en los procesos y así conseguir una respuesta puntual de las necesidades de los usuarios y eliminar las acciones que no aporten valor⁸⁰, a través de una herramienta que conlleve al cumplimiento de los objetivos de calidad.

La estandarización de los procesos y procedimientos permiten identificar y documentar las secuencias de las actividades, las cuales generan acciones de mejora, que conllevaran al cambio, aunque no es fácil que en el sector salud esto se genere rápidamente como lo mencionan *Joan R. Villalbí a, b, Manuela Ballestín a, Conrad Casasa, Teresa Subiranaa quienes enuncian “no todas las dependencias se implicaban en igual medida. Los esfuerzos basados en el desarrollo de grupos de mejora y en la realización y utilización de encuestas a clientes de un servicio mostraron su utilidad, pero requirieron apoyo intensivo externo mostraron tendencia a ser concretas, con serias dificultades para implantarse sistemáticamente”⁸¹.*

El país que no contemple en los planes de inversión la investigación y la tecnología para fortalecer los estudios de la seguridad del paciente, el sistema de gestión de calidad de la entidades podrá suplir y contribuir a disminuir las practicas inseguras, por esta razón el estado ha impulsado la implementación de modelos de calidad con el fin de mejorar.

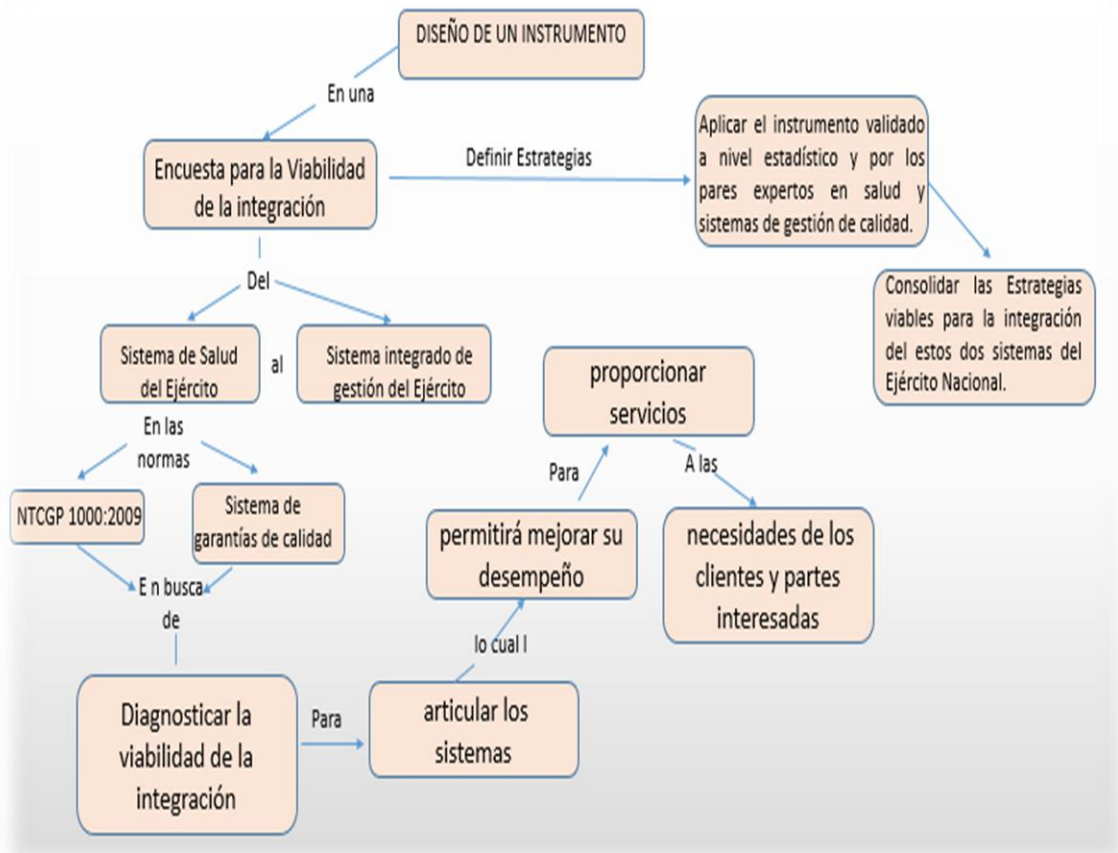
ISO 9001:2008 como eje articulador, para instituciones prestadoras de servicios de salud de baja complejidad, Bogotá 2014, pág. 34.

⁸⁰ M.C..DEL MORAL CAMPAÑA. Procesos asistenciales integrados: una herramienta para la mejora continua de la asistencia sanitaria. Index Medicus/Medline, Latindex, IBECS, IME, SCOPUS y MEDES.2009.

⁸¹ JOAN R. VILLALBÍA, B, Manuela Ballestina, Conrad Casasa, B, Teresa Subiranaa, Gaceta Sanitari, y el grupo de reflexión sobre la mejora de la gestión de los servicios de la Agència de Salut Pública de Barcelona, Volume 26, Issue 4, July–August 2012. Barcelona España.

4.2 MARCO CONCEPTUAL

Figura 1. Mapa conceptual



Fuente. Elaboración propia del autor de la investigación

En el marco conceptual que se presenta se describe el objetivo principal del proyecto de grado, con el fin de generar una interpretación grafica de lo que se busca con esta investigación.

4.3 MARCO LEGAL Y NORMATIVO

La Ley 100 de 1993 establece en los artículos 186 y 227 “la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud”, buscando en la prestación de

los servicios de salud mejorar referente a la “accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad⁸²”.

En el año 1997, la Ley 352 reestructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional (SSMP), este sistema está integrado por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, este Subsistema es autónomo, el cual rige especialmente por las disposiciones de la Ley 352 de 1997 y su administración se desarrolla de forma descentralizada y desconcentrada de la Policía Nacional y de las Fuerzas Militares, ofreciendo un servicio Integral de Salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación tanto del personal activo, retirados, pensionados y beneficiarios.⁸³

En el año 2002 se pronuncia el Ministerio de Salud en cuanto a la prestación del servicio reglamentando el decreto 2309 que se refiere al “*Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud*”, siendo este aplicado en las entidades públicas.

Al igual el Ejército Nacional por ser una entidad pública, debe cumplir los requisitos de la NTCGP 1000, reglamentada en el año 2003 por el congreso de la República el cual expidió la ley 872 por medio de la cual se crea el sistema de gestión de calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios, esta ley establece en su artículo 6° la obligatoriedad para el Gobierno Nacional de reglamentarla, mediante la expedición de una Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública⁸⁴.

La normatividad que incide directamente para la integración del subsistema de salud y el sistema integrado de gestión, es la siguiente:

⁸² LEY 100 DE 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, Diario Oficial No. 41.148. Bogotá, D.C., .23 de diciembre de 1993.

⁸³ EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ley 352. Capítulo I. Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Bogotá. 1997. Art. 2.

⁸⁴ LEY 872 DE 2003, donde se establecen los parámetros para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad para las entidades públicas. Bogotá, DC., 2003.

Figura 2. Normatividad Subsistema de Salud (SSMP)- Fuerzas Militares y la Policía Nacional

Normatividad	Contenido
Ley 100 de 1993	En sus artículos 186 y 227 establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud.
Ley 87/ 1993	Sistema de Control Interno
Ley 352 de 1997	Se reestructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional (SSMP), este sistema está integrado por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, los afiliados y beneficiarios del mismo.
Ley 489 de 1998	Capitulo IV Sistema de Desarrollo Administrativo
Ley 872/ 2003	Por el cual se crea el Sistema de Gestión de Calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras del servicio.
Decreto 4110/2004	Articulo 2 Obligatorio. Adopta la NTCGP 1000
Decreto 3622 de 2005	Por medio del cual se adoptan normas del Sistema de Desarrollo Administrativo
Decreto 1011 de 2006	Definen el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
Decreto 943/2014	Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno M.E.C.I.
ISO 9001	Sistemas de gestión de la calidad: NTC-ISO 9001
NTCGP 1000	Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública

Fuente. Dirección general de sanidad Ejército Nacional. www.disan.gov.co

4.4 MARCO POLÍTICO

En el entorno de las políticas, diseño, su regulación y control dependen de como el sector este organizado y su funcionamiento, al igual de los propósitos que se tengan y claro esta estos difieren de acuerdo con cada uno de los países, sus recursos y sus objetivos, para emitir las políticas correspondiente al sector salud; basándose principalmente en la equidad, el aseguramiento de las expectativas de utilidad, la satisfacción de los usuarios quienes finalmente son los consumidores, y a las formas particulares que se adquieren para el cumplimiento de estos objetivos, así

como los mecanismos a través de la relación entre los agentes como se va a implementar, dependiendo del modelo particular que se implante en cada país.⁸⁵

Las políticas, estrategias y planes nacionales de salud no siempre han alcanzado ni cumplido en su totalidad lo que prometen, ya que existen muchas fallas desde el inicio hasta su aplicación, observándose bastantes diferencias entre estas, las políticas nacionales de desarrollo y los marcos de política, las estrategias de financiación de la salud y las políticas macroeconómicas, siendo un problema frecuente de falta de alineación entre las políticas, estrategias y planes nacionales integradas para la prestación de servicios⁸⁶ y su desarrollo con el fin de brindar equidad y accesibilidad para los sectores económicos más bajos.

⁸⁵ BEHAR, DANIEL SALOMÓN. Introducción a la Metodología de la Investigación. Editorial Shalom 2008, ISBN 978-959-212-783-7 20.

⁸⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Fortalecimiento de los sistemas de salud. Mejora del apoyo al diálogo sobre políticas, estrategias y planes nacionales de salud. Ginebra: OMS.2010. pág.1.

5. METODOLOGÍA

Esta investigación se genera de la necesidad que se evidencia en el subsistema de salud el cual actualmente no se encuentra integrado en su totalidad al sistema integrado de gestión del Ejército Nacional, por lo cual se busca con el diseño y validación de un instrumento de investigación generar una herramienta que se pueda aplicar y analizar en cuanto a la viabilidad para articular estos dos sistemas, antes de su implementación, con el ánimo de ahorrar esfuerzos y continuar con el camino recorrido en cuanto al sistema integrado de gestión de la institución.

5.1 FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación, tiene un fundamento epistemológico positivista, por ser un “sistema de filosofía basado en la experiencia y en el conocimiento empírico de los fenómenos naturales⁸⁷.”

El uso del conocimiento y los resultados de investigación da como resultado una forma rigurosa, organizada y sistemática de conocer la realidad.

5.2 DISEÑO METODOLÓGICO

Descripción de la metodología con la que se llevó a cabo el proyecto de investigación, el diseño del instrumento, su aplicación, la validación realizada por expertos en el tema y el análisis de los resultados con los cuales se definieron las estrategias viables para la integración del subsistema de salud al sistema integrado de gestión del Ejército Nacional.

5.2.1 Tipo de investigación. Esta investigación es cualitativa de tipo investigación-acción, ya que su propósito fundamental se centra en aportar información para la toma de decisiones, la cual permite analizar un problema, con el fin de capturar el fenómeno en forma holística, obteniendo datos de personas, seres vivos, comunidades, contextos o situaciones de profundidad; en forma de conceptos,

percepciones, pensamientos, vivencias, entre otros, que al recolectarlos y analizarlos se convierten en información (Hernández, 2006, p. 583)⁸⁸.

Para Hernández (2006, p.21), la investigación cualitativa *“ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, nos otorga control sobre los fenómenos, así como un punto de vista de conteo y las magnitudes de éstos”*, aspectos que permiten hacer una contextualización de las situaciones presentadas a través del conocimiento de cómo es su comportamiento, las cualidades y las relaciones presentadas en cada uno de ellos⁸⁹.

La investigación- acción construye el conocimiento por medio de la práctica, según Sundín (2003), citado por (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Batista Lucio, 2010), la investigación- acción es flexible, envuelve la transformación y mejora de una realidad (social, educativa, administrativa, etc.)⁹⁰.

5.2.2 Método utilizado. Se diseñó y validó un instrumento de recolección de datos mediante la técnica de la encuesta respecto al conocimiento e interés en la integración del subsistema de salud y el sistema integrado de gestión actual del Ejército Nacional.

Para esto se utilizó la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación⁹¹, como es el concepto de integración, realizándose una revisión documental de los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, en base a la NTCGP 1000:2009, analizando de manera holística (como un “todo”).

Para controlar el sesgo en el instrumento diseñado para la recolección de datos, se realizó una prueba piloto a una muestra de 140 pares de gestión de calidad de los establecimientos de sanidad militar a nivel nacional de los cuales respondieron 149, lo cual permitió evaluar el instrumento, e identificar si se aplicaba al mismo personal y si las preguntas estaban orientadas al cumplimiento del objetivo de la investigación.

⁸⁸ HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, María Del Pilar. Metodología de la investigación. México D.F.: McGraw-Hill, 2006.

⁸⁹ Ibid., p.21

⁹⁰ HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, María Del Pilar. Metodología de la investigación. México D.F.: McGraw-Hill, 2010.

⁹¹ BEHAR, DANIEL SALOMÓN. Introducción a la Metodología de la Investigación. Editorial Shalom 2008, ISBN 978-959-212-783-7 20.

5.2.3 Criterios de validez y confiabilidad. Para la validación del instrumento y su contenido se realizó a través de pares expertos profesionales en Medicina, Especialistas en Gerencia y Administración en Calidad, Salud Ocupacional y Magister en Calidad, los cuales por intermedio de una encuesta de evaluación anexo c, la cual se envió a cada uno de estos por medio electrónico quienes lo revisaron, evaluaron y emitieron un concepto sobre el instrumento en lo referente a redacción, contenido, pertinencia y congruencia u otro aspecto que consideraran relevante para mejorar el mismo.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, cada uno de los expertos a través de una constancia de validación expone que han revisado con fines de Validación del Instrumento, teniendo en cuenta las apreciaciones determinadas para evaluar cada una de las preguntas.

Los pares expertos emitieron los siguientes conceptos:

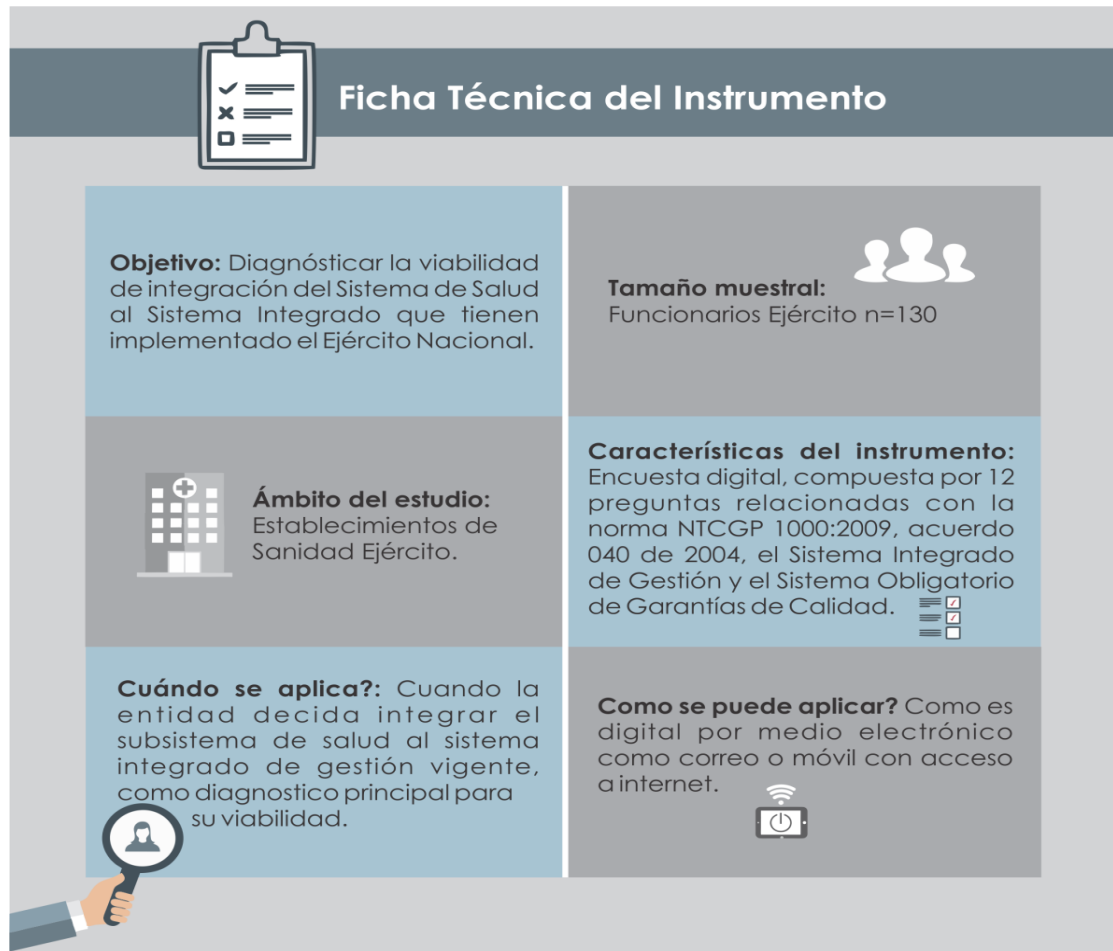
1. Doctora Mónica Milena Amaya Nieto profesional en Salud Ocupacional y Magister en Calidad y Gestión integral, emitió un concepto bueno, realizando las siguientes recomendaciones a tener en cuenta: Mejorar la redacción de las preguntas 9 y 11, al igual que especificar los niveles del personal a quien se va aplicar la encuesta teniendo en cuenta el nivel de conocimiento en el tema.
2. Doctora Lina Roció del Pilar Tarazona profesional en Medicina y Especialista en Gerencia y Administración en Calidad, quien emitió un concepto excelente para ser aplicado, de acuerdo a las categorías mencionadas en la evaluación.
3. Doctora Luisa Fernanda Montenegro Vanegas profesional en Ingeniera de Alimentos, quien evaluó el instrumento emitiendo un concepto bueno y algunas recomendaciones como: ajustar las preguntas 3 y 7 en cuanto a la formulación de las preguntas y mejorar la claridad y redacción de las preguntas.

5.2.4 Definición de hipótesis, variables e indicadores. Hipótesis

¿Es posible integrar el subsistema de salud al sistema integrado de gestión bajo las normas NTCGP 1000:2009 y el sistema obligatorio de garantía de la calidad, convirtiéndolas en una herramienta administrativa enfocada en la calidad de los servicios para satisfacer al cliente?

5.2.5Diseño Muestral. El proceso que se planteó para el diseño y validación del instrumento es de carácter participativo, por lo cual la información se recolecta a través de una encuesta, dirigida a la Dirección de Sanidad y establecimientos de sanidad del Ejército Nacional. Se empleó un muestreo a 130 personas.

Figura 3. Ficha Técnica del Estudio



Fuente. Elaboración propia del autor de la investigación

Aplicación Encuesta

Establecimientos de sanidad a los cuales se les aplico la encuesta, considerando la evolución de los lineamientos en los servicios de salud de estos y teniendo en cuenta la continuidad del sistema obligatorio de garantías de calidad SOGCS y del

talento humano líder del mismo (profesionales de salud especialistas en auditoria de salud y/o gerencia hospitalaria):

DM: Dispensario Médico

ESMIC: Escuela militar de cadetes José María Córdoba

EMSUB: Escuela de Suboficiales Inocencio Chinca

Tabla N°1. Muestra Establecimientos de Sanidad (ESM)

ESM	Muestra
DMCAL de Cali	10 funcionarios
DMMED de Medellín	10 funcionarios
DMBUG de BUCARAMANGA	10 funcionarios
DMORI de Apiay Meta	10 funcionarios
DMTOL de Tolemaida	10 funcionarios
DMSOC de Bogotá (muestra	10 funcionarios
CRH BASAN de Bogotá	10 funcionarios
DMGEM de Bogotá	10 funcionarios
DISNORTE de Bogotá	10 funcionarios
ESMIC de Bogotá	10 funcionarios
ESM BASCO de Facatativá	10 funcionarios
ESM BASPC 16 de Yopal	10 funcionarios
ESM BASPC 1 Tunja	05 funcionarios
DISAN EJC	05 funcionarios

Para un total de 130 funcionarios encuestados.

Para la selección de la muestra se utilizó un algoritmo de muestreo probabilístico definido en el curso: Demografía y Estadística.

Teoría de muestreo y regresión, dictado por Dr. Álvaro Gómez Martínez en la Universidad de Boyacá (UNIBOYACÁ), ⁹²según los siguientes cálculos.

$$n = \frac{Z^2pqN}{NE^2 + Z^2pq}$$

Según (Gómez, 2002), el significado de las variables es:

n= es el tamaño de la muestra

Z= es el nivel de confianza

p= es la variabilidad positiva

q= es la variable negativa

N= es el tamaño de la población

E= es la precisión o el error

Teniendo en cuenta que se conoce el tamaño de la población de personal que labora en la Dirección de sanidad y los Establecimientos de Sanidad del Ejército Nacional.

Se ingresan los siguientes datos para obtener el tamaño de la muestra n.

n=? Z= 1.64 que equivale al nivel de confianza del 95.0%

p= 0,5 q= 0,5

N= 250 E= 0.05

$$n = \frac{(1.64)^2 * 0.5 * 0.5 * 250}{250 * (0.05)^2 + (1.64)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 129,9357 = 130$$

⁹² GÓMEZ, A. (2002). Fundamentos de muestreo y análisis de regresión. Curso: Demografía y Estadística. Teoría de muestreo y regresión. Tunja: Universidad de Boyacá.

5.2.6 Instrumentos y técnicas de investigación. Para el desarrollo del instrumento se elaboró una encuesta, la cual corresponde a diagnosticar la viabilidad de la integración del Subsistema de Salud al Sistema Integrado de Gestión que tiene implementado el Ejército Nacional.

El instrumento se plasmó a través de un formato de encuesta anexo b.

Figura 4. Instrumentos y técnicas empleadas.



Fuente. Elaboración propia del autor de la investigación

5.2.7 Estudio piloto. Para garantizar la validez y fiabilidad del contenido del instrumento se definieron los criterios de selección los cuales se basaron en el personal con conocimiento de las metodologías implementadas en el sistema integrado de gestión bajo las normas NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008 otorgadas al Ejército Nacional, se aplicó una prueba piloto a través de la aplicación de la encuesta que forma parte del universo identificado.

En total la encuesta diligenciada por el personal de los establecimientos de sanidad a nivel Nacional fue de 149 superando la estimación de la muestra requerida.

5.2.8 Esquema temático y publicación.

- Diseño de un instrumento de diagnóstico inicial del estado actual del subsistema de salud del Ejército Nacional, en cuanto a la integración del sistema integrado de gestión para validación por expertos.
- Aplicación del instrumento validado por los expertos en salud y sistemas de gestión de calidad, y así determinar a través de los resultados del instrumento la viabilidad de la articulación del Sistema Integrado de Gestión Vs el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

- Análisis a nivel estratégico de los hallazgos del instrumento validado para la articulación del subsistema de salud al sistema integrado de gestión actual del Ejército Nacional.

5.2.9 Momentos de la Investigación. El desarrollo del proyecto de investigación se llevó a cabo en cuatro momentos, son los siguientes:

Primer Momento: Planeación del proyecto.

Este primer momento se identificó el problema de la investigación, se formularon los objetivos y justificación, además se consulta la bibliografía de los diferentes autores, lo que se ha dicho del tema, las teorías existentes; posteriormente se procede a la recolección de bibliografías consultadas, se elabora el anteproyecto contextualizando los antecedentes mundiales, latinoamericanos y en Colombia, al igual que se identifica el marco referencial, se define la metodología y se realiza la estimación del presupuesto, el cronograma y se establecen los resultados e impactos esperados.

Segundo momento: Diseño del Instrumento.

Se diseñó y validó el instrumento, el cual se aplicó a través de una encuesta al proyecto de investigación, se estructuraron 12 preguntas, con el objetivo de diagnosticar la viabilidad de integración del Subsistema de Salud al Sistema Integrado de Gestión que se tiene implementado, la cual se aplicó a 130 funcionarios profesionales de la salud especialistas en auditoría de salud y/o gerencia hospitalaria de la Dirección de Sanidad y los establecimientos de sanidad militar a nivel nacional, se analizó y elaboró el correspondiente informe del análisis de los resultados del instrumento (Ver anexo b), al igual se realizaron los ajustes al proyecto de acuerdo a las recomendaciones emitidas por codirector y los validadores.

Tercer momento: Recolección de Información.

Base de datos: Con la exploración documental, la cual se obtuvo por medio de bases de datos como scielo, Universidad Santo Tomás, Universidad de Antioquia entre otras, se amplió la bibliografía en cuanto a textos, artículos y documentos, de los cuales se extrajeron fragmentos claves para el análisis de datos y con esta información contextualizar el diseño del instrumento.

Obteniendo una base de datos de 136 documentos y fragmentos claves para complementar y desarrollar el proyecto, tarea que no fue fácil ya que encontrar bibliografía sobre sistemas integrados enfocados al diseño de un instrumento referente al subsistema de salud es poca, pero se logró el objetivo a pesar de la escasa información referente al tema de esta investigación.

Se presentaron obstáculos relacionados con:

- La recolección de los datos, fue dispendioso debido a que es poca la documentación referente al proyecto.
- La definición del instrumento, ya que se presentó demora en cuanto a la definición de la metodología a aplicar.
- La aplicación del instrumento, debido a que la autorización para realizarla se demoró, lo cual generó demoras en la fecha de aplicación y de los resultados.

Cuarto momento: Informe final y sustentación del proyecto.

Se elabora una presentación en la cual se muestra el análisis de los resultados del proceso de investigación, como la metodología utilizada, el diseño del instrumento y la gestión desarrollada en el proyecto, con el fin sustentar los resultados obtenidos en cuanto al cumplimiento del objetivo de esta investigación

6. PRESUPUESTO

Los recursos económicos generados para el desarrollo de la investigación, fueron asumidos por el investigador, recursos como: humano, técnico y económico utilizados para llevar a cabo el proyecto de investigación.

Tabla 2. Presupuesto Proyectado para el desarrollo de la investigación

RECURSOS	I SEM	II SEM	III SEM
Honorarios (1 alumno)	\$27.600.000	\$27.600.000	\$27.600.000
Materiales	\$50.000	\$50.000	\$50.000
Salidas de campo	\$125.000	\$125.000	\$125.000
Material bibliográfico	\$100.000	\$100.000	\$100.000
Total por semestre	\$27.875.000	\$27.875.000	\$27.875.000
TOTAL	\$83.625.000		

Fuente. Elaboración propia del autor de la investigación

Tabla 3. Presupuesto Ejecutado

RECURSOS	I SEM	II SEM	III SEM
Honorarios (1 alumno)	\$27.600.000	\$27.600.000	\$6.900.000
Materiales	\$50.000	\$50.000	\$10.000
Salidas de campo	\$125.000	\$115.000	\$00
Material bibliográfico	\$100.000	\$110.000	\$00
Total por semestre	\$27.875.000	\$27.875.000	\$6.910.000
TOTAL	\$62.660.000		

Fuente. Elaboración propia del autor de la investigación

Se generó un ahorro del 25% de acuerdo a lo programado inicialmente y durante el desarrollo del proyecto, esto debido a que no se realizó ninguna salida de campo y no se adquirió nuevo material bibliográfico.

7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

El siguiente cronograma ilustra las actividades programadas con sus respectivos tiempos de ejecución y el cumplimiento de cada una de estas.

Figura 5. Actividades programadas para el desarrollo del proyecto de investigación

ACTIVIDADES	2016				2017			
	I SEM		II SEM		III SEM		IV SEM	
	ENE-MAR	ABRIL-JUN	JUL-SEP	OCT-DIC	ENE-MAR	ABRIL-JUN	JUL-SEP	OCT-DIC
FORMULACIÓN								
Preparación de la propuesta	+							
DESARROLLO								
Consulta bibliográfica		+						
Elaboración Anteproyecto	+	+						
DISEÑO DE INSTRUMENTOS			+					
Definir tipos de instrumentos				+				
Recolección de la información				+				
Análisis de la información								
PRODUCTOS								
Proyecto investigación								
SOCIALIZACIÓN								
Presentación de formulación,								
Presentación de avances e informe final								
Entrega final								

Fuente: Elaboración propia del autor de la investigación

En este cronograma se ilustran las actividades que se llevaron a cabo de acuerdo a su cumplimiento, los cambios y ajustes que se realizaron.

Figura 6. Actividades Ejecutadas

Actividades	2016				2017	
	I SEM		II SEM		I SEM	
	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Ene-Mar	Abr-Jun
FORMULACIÓN						
Preparación de la propuesta	★					
DESARROLLO						
Consulta Bibliográfica		★				
Elaboración Anteproyecto	★					
DISEÑO DE INSTRUMENTOS						
Definir tipo de instrumento			★			
Validación del Instrumento				★		
Aplicación del instrumento Prueba Piloto				★		
Aplicación del instrumento Validado						★
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN						
Análisis de la Información				★		★
PRODUCTOS		★	★	★		
Proyecto de Investigación		★	★	★		★
SUSTENTACIÓN	★					★
Presentación Anteproyecto		★	★	★		★
Presentación Avances		★	★	★		★
Sustentación Final						★

Fuente: Elaboración propia del autor de la investigación

A pesar de los cambios que se presentaron en el cronograma de acuerdo las fechas establecidas, durante la investigación, se dio cumplimiento a lo programado.

RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS

- Se diseñó y validó por expertos un instrumento para diagnosticar el estado actual del subsistema de salud del Ejército Nacional en cuanto a la integración del sistema integrado de gestión, el cual no se encuentra propuesto en otra investigación.
- Se aplicó el instrumento validado por los pares expertos en salud y sistemas de gestión de calidad a la Dirección General de sanidad y sus establecimientos de sanidad del Ejército Nacional.
- Se analizaron a nivel estratégico los hallazgos del instrumento validado del cual se definieron estrategias para la integración del sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad al sistema integrado de gestión del Ejército Nacional.

Figura 7. Impactos esperados

Descripción del impacto	Plazo	Indicadores	Impactos logrados
La aceptación de la integración de los sistemas siendo viables para la entidad.	Mediano plazo	Cuantitativo	Diseño del instrumento, se validó por expertos en el tema y se aplicó, obteniendo los resultados esperados, logrando así la aceptación y viabilidad para llevar a cabo la integración.
La correspondencia entre las normas permite identificar los puntos comunes y armonización para la integración.	Mediano plazo	Cualitativos	Existe una correspondencia entre las normas que facilita la integración de los sistemas y la continuidad con el camino ya recorrido, logrando que el tiempo de implementación sea más rápido y eficaz.
Identificación y consolidación de las estrategias viables que permitan llevar a cabo la integración de los sistemas.	Mediano plazo	Cualitativos	La definición de estrategias que conllevaran al desarrollo de la integración de los sistemas, los cuales benefician a la entidad para el cumplimiento eficaz y eficiente en la prestación de los servicios de salud y así satisfacer a los usuarios.

Fuente: Procedimiento para la realización de proyectos de investigación y presentación de trabajos de grado ICONTEC

El instrumento validado permitió reconocer objetivamente las necesidades de la integración del subsistema de salud con el sistema integrado de gestión.

Con el diseño de este instrumento la Dirección de Sanidad se mostró muy motivado para su aplicación, ya que apunta a la integración del subsistema de salud⁹³ y el sistema integrado de gestión con el ánimo de reducir re-procesos y estandarizar los procesos, procedimientos y/o instructivos que se consideren necesarios.

Las discusiones que se presentaron se basaron en el diseño del instrumento en cuanto a la estructura y redacción de las preguntas, con el fin de estructurarlas adecuadamente y que permitieran determinar la viabilidad de integrar estos dos sistemas, que no solo le aplica al subsistema de Salud del Ejército Nacional, sino a otras Fuerzas e instituciones de salud que estén proyectando articular estos sistemas en las normas NTCGP1000 y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Esta investigación se estructuro específicamente con el fin de definir estrategias viables a través del diseño y validación de un instrumento que permita diagnosticar la viabilidad de la integración del Subsistema de Salud al Sistema Integrado que tiene implementado el Ejército Nacional, el cual no se encuentra propuesto en otra investigación, siendo validado por los pares expertos en salud y sistemas de gestión de calidad, generando un concepto de viabilidad positivo para su aplicación en la Dirección General de sanidad y sus establecimientos de sanidad del Ejército Nacional, llegando así a la Identificación y consolidación de las estrategias viables para la integración del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad al Sistema Integrado de Gestión actual del Ejército Nacional.

⁹³ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, 1997. Ley 352. Capítulo I. Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Bogotá. Art. 2.

ESTRATEGIAS PROPUESTAS

1. Presentar propuesta del proyecto de articulación del Subsistema de Salud y el Sistema Integrado de Gestión, demostrando su complementariedad.
2. Estandarizar y unificar los lineamientos para la articulación del Subsistema de Salud y el Sistema Integrado de Gestión.
3. Estandarizar y unificar los lineamientos para la articulación del Subsistema de Salud y el Sistema Integrado de Gestión.
4. Diseñar el mapa de procesos y su despliegue a nivel Nacional del subsistema de salud.

CONCLUSIONES

- Mediante la aplicación del instrumento se evidencia la necesidad de integrar los sistemas, ya que se observa que es importante articularlos basados en las normas NTCGP1000 y el Sistema obligatorio garantías de calidad SOGC, siendo estos complementarios, para que así continúen el camino ya recorrido por Calidad.
- Los resultados del diagnóstico, generaron confianza entre los funcionarios de los Establecimientos de Sanidad, lo cual permitirá la estandarización de sus actividades, en búsqueda del enfoque por procesos y dejando a un lado los reprocesos que retardan el cumplimiento de las actividades diarias.
- Con la validación de los expertos, se logró ajustar el instrumento y ser aplicado a los establecimientos de sanidad el cual arrojó resultados positivos que aportan para la definición de estrategias que conlleven a la integración de los sistemas.
- Este proyecto de investigación a través del diseño del instrumento es de gran utilidad para el subsistema de salud de las otras Fuerzas Militares y Policía Nacional principalmente o cualquier institución de salud, que decida integrar estos dos sistemas y tener como referente o punto de partida el instrumento que se diseñó en este proyecto, el cual los conllevara a un diagnóstico de viabilidad para dicha articulación.
- Los subsistemas de salud de las Fuerzas Militares y de Policía o instituciones prestadoras de servicios en la actualidad no cuentan con un instrumento como el que se diseñó en este proyecto, ni tampoco con estrategias que orienten la integración de estos dos sistemas, con el fin de mejorar continuamente y dar cumplimiento a los objetivos institucionales.

RECOMENDACIONES

- Revisar y reestructurar el instrumento diseñado en este proyecto para que se pueda aplicar a nivel Fuerzas Militares y Policía Nacional.
- Se recomienda que el investigador coordine con el Ministerio de Defensa Nacional la aplicación del instrumento desarrollado en los establecimientos de sanidad de las Fuerzas Militares y Policía Nacional y así determinar la viabilidad de la integración nivel sector Defensa y continúe con la fase de la elaboración del plan de trabajo para su desarrollo e implementación, de acuerdo a los resultados.
- Capacitar al personal de la Dirección de Sanidad Militar y sus Establecimientos de Sanidad, en cuanto a la aplicabilidad del sistema integrado de gestión.
- Documentar los procesos, procedimientos, instructivos y formatos necesarios del subsistema de salud y ser incluidos en el sistema integrado de gestión actual.

BIBLIOGRAFÍA

ABAD, Jesús. SÁNCHEZ, Agustín. Aspectos clave de integración de sistemas de gestión.

AENOR Asociación española de Normalización y certificación. ISBN 978-84-8143-770-3. España. 2012. [en línea]. Disponible en plataforma: e-libro. p. 49.

ALDANA, ÁLVAREZ, BERNAL. DÍAZ, Galindo, González y Villegas. Administración Por la Calidad. P.35 Ed. Alfa omega 2010.

ÁLVARO FRANCO-GIRALDO. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 11 (22): 28-42, enero-junio de 2012.

ARTAZA BARRIOS, Osvaldo; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; Reynaldo; Suárez Jiménez, Julio Manuel. Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales. Santiago, Chile, 2011.

Asamblea Nacional Constituyente [en línea]. República de Colombia: Artículo 48 de la Constitución Política, 1991. [Fecha de Consulta: 19 agosto 2016]. Disponible en: línea en: <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/col91.html>

BEHAR, DANIEL SALOMÓN. Introducción a la Metodología de la Investigación. Editorial Shalom 2008, ISBN 978-959-212-783-7 20.

CARLOS ALFONSO KERGLÉN BOTERO, Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud –PARS– Calidad en salud en Colombia. Bogotá, 2008.

CASTAÑEDA, CARLOS; Fonseca, Milena; Núñez, Jairo; Ramírez, Jaime; Zapata, Juan Gonzalo. La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano- Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro- Fedesarrollo-Bogotá, 2012.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ley 352. Capítulo I. Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Bogotá. 1997. Art. 2.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, 1997. Ley 352. Capítulo I. Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Bogotá. Art. 2.

CORREDOR, CONSUELO. La modernidad inconclusa En: Desarrollo económico y social en Colombia Siglo XX. Ed. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2001. p. 15 – 37.

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR. [en línea]. Bogotá: DGSM. Primer seminario de la salud. Pág. 15 [Consulta: 04 enero 2018]. Disponible en: http://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/comunicaciones/revista_institucional/revista_institucional_dgsm_1_27747.

DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO, Directiva N°0034. Lineamientos para la actualización y mantenimiento del sistema de garantía de la calidad en salud en los hospitales militares regionales y establecimientos de sanidad militar del Ejército. Bogotá, 2016.

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO. [en línea] Reseña Histórica DISAN.[Consultado: 24 de agosto del 2016] Bogotá. 2016. Disponible en: <http://www.disanejercito.mil.co/index.php?idcategoria=28090>. Pág. 3.

DIRECCIÓN DE SANIDAD MILITAR. Guía de seguridad del Paciente. [en línea] 2007. [Consultado el 10 de octubre de 2016], www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/index.php?idcategoria=2128384&download.

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD EJÉRCITO. [en línea]. Bogotá. 2016. [Consultado el 10 de Octubre del 2016]. Disponible en: <http://www.disanejercito.mil.co>.

EJÉRCITO NACIONAL. Directiva Permanente N° 01069. Implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema integrado de gestión del Ejército Nacional. Bogotá, D.C., 2016. Pág. 12.

FERNANDO RUIZ GÓMEZ. Mercados y sistema de salud en Colombia. Desarrollo regulatorio y senda de ajuste. Enero de 2013, Página 2.

GÓMEZ, A. (2002). Fundamentos de muestreo y análisis de regresión. Curso: Demografía y Estadística. Teoría de muestreo y regresión. Tunja: Universidad de Boyacá.

GONZALEZ, Oswaldo. Guía metodológica para la integración de los sistemas de gestión de calidad en las organizaciones públicas del orden territorial [en línea]. UNIVERSIDAD DE MEDELLÍN ,2014. Pág. 9. [Consultado: 20 abril 2017]. Disponible en: <http://repository.udem.edu.co/bitstream/handle/11407/1133/G>

GUTIÉRREZ, MARÍA-TERESA, “Proceso de institucionalización de la higiene: estado, salubridad e higienismo en Colombia en la primera mitad del siglo XX”, *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 2010, 12, (1), pp. 73-97.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, María Del Pilar. Metodología de la investigación. México D.F.: McGraw-Hill, 2006. Historia de la Acreditación en el Mundo [en línea].Bogotá: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC de Bogotá, 2016. [Consultado: 08 febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Paginas/His.aspx>

HUGO GONZÁLEZ. Sistemas integrados de gestión] [en línea].2012- [Consultado: 01 de julio de 2016], Disponible en: <https://calidadgestion.wordpress.com/2012/11/13/sistemas-integrados-de-gestion/>.

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

INGRID CRUZADO HERRERA, Germán Dario Moreno Rodríguez. Modelo de un sistema de gestión de calidad en salud integrador de las normas: NTCGP 1000, sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud e IWA 1, escuela de administración de negocios – EAN. Bogotá. 2012. Pag.21.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACIÓN, ICONTEC / Dirección de Acreditación en Salud. Antecedentes en Colombia. Bogotá. D.C.: El Instituto, 2016.

ISO 9000 Introduction and Support Package: Guidance on the Concept and Use of the Process Approach for management systems, Bogotá, Pág 1.

JACKELINE OSORIO ARBOLEDA - Anabelle Arbeláez Velez. Integración de sistemas de gestión de calidad en Salud. Universidad de Antioquia, 2005.

JAVIER MEDINA VÁSQUEZ, Steven Becerra Paola Castaño. Prospectiva y política pública para el cambio estructural en América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Santiago de Chile, septiembre de 2014.Pág. 21.

JOAN GUIX OLIVER. Calidad en salud pública. Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Rovira i Virgili, Reus, Tarragona, España.2005.

JOAN R. VILLALBÍA, B, Manuela Ballestina, Conrad Casasa, B, Teresa Subiranaa, Gaceta Sanitari, y el grupo de reflexión sobre la mejora de la gestión de los servicios de la Agència de Salut Pública de Barcelona, Volume 26, Issue 4, July–August 2012. Barcelona España.

KATHY HERNÁNDEZ FIGUEROA. Sistema de Gestión de Calidad en Instituciones Públicas de Educación Superior: Estudio Comparativo Universidad Nacional de Colombia – Universidad del Valle. Manizales. Maestría en Administración. 2011.

LEY 100 DE 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, Diario Oficial No. 41.148. Bogotá, D.C., 23 de diciembre de 1993.

LEY 872 DE 2003, donde se establecen los parámetros para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad para las entidades públicas.Bogotá, DC., 2003.

LILIANA MARGARITA CABARCAS OÑORO, Ruth Consuelo González Orduz. Propuesta de modelo de integración del sistema obligatorio de garantía de la calidad (SOGC), utilizando la NTC ISO 9001:2008 como eje articulador, para instituciones prestadoras de servicios de salud de baja complejidad, Bogotá 2014, pág. 14.

M.C.DEL MORAL CAMPAÑA. Procesos asistenciales integrados: una herramienta para la mejora continua de la asistencia sanitaria. Index Medicus/Medline, Latindex, IBECs, IME, SCOPUS y MEDES.2009.

MARÍA DEL ROSARIO VELÁSQUEZ RUEDA. Convenio Universidad Santo Tomás e ICONTEC. Bogotá, 2012.

MARÍA VICTORIA OCAMPO RODRÍGUEZ, Víctor Fernando Betancourt-Urrutia, Jennifer Paola Montoya-Rojas, Diana Carolina Bautista-Botton. Rev. Gerenc. Polit. Salud. Healthcare systems and models, their impacton integrated networks of health services. Bogotá, 2013. Pág. 118.

MARTA CECILIA JARAMILLO-Mejía, Dov Chernichovsky. Estudios gerenciales, Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: una propuesta de revisión basada en el modelo israelí.2014. Pág. 31.

MIGUEL ÁNGEL CARMONA CALVO. “La integración de sistemas de gestión normalizados sobre la base de los procesos” Estudio a partir de un panel de expertos en el ámbito del Centro Andaluz para la Excelencia en la Gestión. .2008. MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. Consejo superior de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Acuerdo 0040. Bogotá. Diciembre 10 de 2004. Pág. 1. Art.2.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL MPS: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud- PARS.Gerencia social: un enfoque integral para la gestión de políticas y programas sociales. Bogotá, 2008.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, .D.C., 2011.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección General de Calidad de Servicios Grupo de Calidad. Guía práctica del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS. Bogotá, D.C., Marzo 2011.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. [en línea]. Bogotá D.C. [Consultado: 3 noviembre, 2013]. Disponible en: www.minsalud.gov.co/salud/.../Sistema-Obligatorio-Garantía-Calidad-SOGC.aspx

NERY SUÁREZ LUGO, Cobertura universal de salud en Latinoamérica, MEDICC Review, 2015, Vol 17, Suplemento. S.21, 26.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Fortalecimiento de los sistemas de salud. Mejora del apoyo al diálogo sobre políticas, estrategias y planes nacionales de salud. Ginebra: OMS.2010. pág.1.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Análisis Sectorial de Salud: Una Herramienta para la Formulación de Políticas. Edición Especial No. 9. Washington, D.C.2006. Pág.73.

OROZCO, Julio. Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia. Ed. Cartagena: Edición electrónica gratuita, agosto, 2006. 176 p. ISBN-13: 978-84-691-4263-9.

RENE FRANCISCO ABELLO GÓMEZ, MD.A&R Gestión. Artículo “Los sistema de gestión de calidad en el sector público”2012.

REY D. La gestión tradicional y la gestión por procesos [monografía en Internet]. 2006 [citado 19 Jun 2006]. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/recursos4/docs/ger/gestitra.htm>

RIFAT A, Monteiro Alo, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, García P, Gómez-Dantés O, Knaul FM, Muntaner C, Braga PJ, Rícoli F, Wagstaff A. La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. [en línea] 2014. 16 de octubre, MEDICC Review. [consultado 20 de febrero], [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9).

RUIZ GÓMEZ FERNANDO. Mercados y sistema de salud en Colombia. Bogotá, 2013.

SALUD EN LAS AMÉRICAS, Capítulo 4 Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud 2007. Volumen I—Regional.

Sistema Integrado de Gestión. [en línea]. 2015 – [fecha de consulta: 20 marzo de 2017]. Disponible en: <http://docplayer.es/1625446-Unidad-4-sistema-integrado-de-gestion.html>.

USAID Y CASALS & ASSOCIATES INC. Modelo de Control Interno para las Entidades del Estado, Marco Conceptual. Bogotá, 2005.

ANEXO A: CORRESPONDENCIA ENTRE LAS NORMAS

Tabla 1. Correspondencia entre las normas NTCGP1000:2009 y SOGC

NTCGP1000:2009	SOGC
1. Introducción. 1.1 Generalidades. 1.2 Principios de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios. 1.3 Compatibilidad con otros sistemas de gestión, de control normas y políticas. 1.4 Aclaraciones relativas a la primera actualización de la norma técnica de la calidad en la gestión pública.	1.introducción 1.1Generalidades 1.2 Principios 1.4 Compatibilidad
2. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN. 2.1 Objeto. 2.2 aplicación.	2. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN. 2.1 Objeto
3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES	3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES 3.1 Acción Correctiva. 3.2 Acción preventiva. 3.3 Adquisición de bienes y servicios. 3.4 Alta dirección. 3.5 Ambiente de trabajo. 3.6 Auditoría Interna. 3.7 Autoridad. 3.8 Calidad. 3.9 Capacidad de una entidad. 3.10 Cliente. 3.11 Competencia. 3.12 Concesión. 3.13 Confirmación metodológica. 3.14 Conformidad. 3.15 Control de calidad. 3.16 Corrección. 3.17 Diseño y desarrollo. 3.18 Documento. 3.19 Efectividad. 3.20 Eficacia. 3.22 Enfoque basado en procesos. 3.23 Entidades.

NTCGP1000:2009	SOGC
	3.24 Equipo de medición. 3.25 Especificación. 3.26 Estructura de la entidad. 3.27 Gestión. 3.28 Gestión documental. 3.29 Infraestructura. 3.30 Manual de calidad. 3.31 Mejora continua. 3.32 Misión de calidad. 3.33 No conformidad. 3.34 Objetivo de calidad. 3.35 Parte interesada. 3.36 Planificación de calidad. 3.37 Política de calidad de una entidad. 3.38 Procedimiento. 3.39 Proceso. 3.40 Producto o servicio. 3.41 Proveedor. 3.42 Registro. 3.43 Requisito. 3.44 Responsabilidad. 3.45 Revisión. 3.46 Riesgo. 3.47 Satisfacción al cliente. 3.48 Sistema. 3.49 Sistema de gestión de la calidad para entidades. 3.50 Trazabilidad. 3.51 Validación. 3.52 Verificación.
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. 4.1 Requisitos generales. 4.2 Gestión Documental	4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. 4.1 Requisitos generales. 4.2 Gestión Documental. 4.2.2 Manual de Calidad. 4.2.3 Control de documentos. 4.2.4 Control de los registros
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN. 5.1 Compromiso de la dirección. 5.2 Enfoque al cliente. 5.3 Política de la calidad. 5.4 Planificación.	5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN. 5.1 Compromiso de la dirección. 5.2 Enfoque al cliente. 5.3 Política de la calidad. 5.4 Planificación.

NTCGP1000:2009	SOGC
5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación. 5.6 Revisión por la dirección.	5.4.1 Objetivos de calidad. 5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad. 5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación. 5.5.1 Responsabilidad, autoridad. 5.5.2 Representante de la dirección. 5.5.3 Comunicación interna. 5.6 Revisión por la dirección. 5.6.1 Generalidades. 5.6.2 Información para revisión. 5.6.3 Resultados de la revisión.
6.GESTIÓN DE RECURSOS 6.1 Provisión de recursos. 6.2 Talento Humano.	6. GESTIÓN DE RECURSOS 6.1 Provisión de recursos. 6.2 Talento Humano
6.3 Infraestructura. 6.4 Ambiente de trabajo	6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación 6.3Infraestructura. 6.4 Ambiente de trabajo.
7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 7.1 Planificación de la realización del producto o prestación del servicio. 7.2 Procesos relacionados con el cliente. 7.3 Diseño y desarrollo	7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 7.1 Planificación de la realización del producto o prestación del servicio. 7.2 Procesos relacionados con el cliente. 7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio. 7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicios. 7.2.3 Comunicación con el cliente. 7.3 Diseño y desarrollo. 7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo. 7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo. 7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo. 7.3.4 Revisión de diseño y desarrollo. 7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo. 7.3.6 Validación del diseño y desarrollo.

NTCGP1000:2009	SOGC
7.4 Adquisición de bienes y servicios. 7.5 Producción y prestación del servicio. 7.6 Control de los equipos de seguimiento y medición.	7.3.7 Control de cambios del diseño y desarrollo. 7.4 Adquisición de bienes y servicios. 7.4.1 Proceso de adquisición. 7.4.2 Información para la adquisición de bienes y servicios. 7.4.3 Verificación de los productos y/o servicios adquiridos. 7.5 Producción y prestación de servicios. 7.5.1 Control de la producción y prestación de servicios. 7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio. 7.5.3 Identificación y trazabilidad. 7.5.4 Propiedad del cliente. 7.5.5 Preservación del producto o servicio. 7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición.
8 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA 8.1 Generalidades. 8.2 Seguimiento y medición. 8.3 Control del producto y/o servicio no conforme. 8.4 Análisis de datos. 8.5 MEJORA.	8 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA 8.1 Generalidades. 8.2 Seguimiento y medición. 8.2.1 Satisfacción al cliente. 8.2.2 Auditoría Interna. 8.2.3 Seguimiento y medición del proceso. 8.2.4 Seguimiento y medición del producto o servicio. 8.3 Control del servicio y/o producto no conforme 8.4 Análisis de datos. 8.5 MEJORA 8.5.1 Mejora continua. 8.5.2 Acción correctiva. 8.5.3 Acción preventiva.

Fuente: NTC GP 1000:2009, SOGC

ANEXO B: INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN (ENCUESTA)

Con el diligenciamiento de esta encuesta, estoy aceptando que se me informa de forma comprensible el fin de la aplicación de este instrumento de investigación y doy mi consentimiento de forma expresa, siempre y cuando esta información sea usada para el desarrollo del proyecto de investigación a cargo de la estudiante Capitán del Ejército Claudia Patricia Gil Medina de la Maestría en calidad y gestión integral.

Este instrumento se aplicará a la Dirección de Sanidad y Establecimientos de Sanidad del Ejército Nacional por medio de una encuesta, quienes contestaran 12 preguntas cerradas, por facilidad de consolidación estadística y validación; las cuales serán usadas en el proyecto de investigación que se está desarrollando.

Se requiere que las respuestas sean de acuerdo a la experiencia en el sector salud y el sistema integrado de gestión de los encuestados en el Ejército Nacional.

Tamaño de la muestra: 130 personas

Quiénes serán encuestados: funcionarios de la Dirección de sanidad y Establecimientos de Sanidad del Ejército Nacional.

Quiénes realizará la encuesta: Estudiante de la Maestría Capitán Gil Medina Claudia Patricia, quien es orgánico de la Dirección de Gestión de Calidad del Ejército Nacional.

Encuesta realizada por estudiante de Maestría Gil Medina Claudia Patricia y revisada por Codirector MD. MG. Bolaños Cardozo José Yamid.

GLOSARIO:

CSSFM: Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares

ESM: Establecimiento de Sanidad Militar

SGC: Sistema de Gestión de Calidad

SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud

SSST: Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo

SIG: Sistema Integrado de Gestión (SGC, SOGCS, SSST, MECI)

SSFM: Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares

NTCGP1000: Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública

Encuesta diagnóstico de viabilidad de integración del Subsistema de Salud al Sistema Integrado que tiene implementado el Ejército Nacional.

Unidad: _____

Lugar y fecha: _____

Experiencia en el sector salud: _____

Establecimiento de Sanidad: _____

Hospital _____ **Dispensario** _____ **Nivel:** _____

1. ¿Qué sistemas de gestión se tienen implementados en el Ejército Nacional?

Instrucción: Seleccione la respuesta correcta con una x

1. Sistema de Gestión de Calidad (SGC)
2. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS)
3. Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo (SSST)
4. Ninguno

2. ¿Bajo qué normas se tienen implementado el SGC?

Instrucción: Seleccione la respuesta correcta con una x

1. NTCGP 1000:2009
2. Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social
3. Acuerdo 040:2004 del CSSFM
4. Ninguna

3. ¿Conoce y entiende la finalidad del Acuerdo 040:2004?

Instrucción: Seleccione la respuesta correcta con una x.

1. Organizar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Sistema de Salud del Ejército Nacional, como una herramienta de gestión sistémica y transparente que permita planear, ejecutar, evaluar, mejorar y controlar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción de los usuarios, la prestación de los servicios de salud.

2. Organizar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Sistema de Salud del Ejército Nacional, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita planear, ejecutar, evaluar, mejorar y descontrolar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción de los usuarios, la prestación de los servicios de salud.
 3. Organizar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Sistema de Salud del Ejército Nacional, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita planear, ejecutar, evaluar, desmejorar y controlar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción de los usuarios, la prestación de los servicios de salud.
 4. Organizar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Sistema de Salud de Ejército Nacional, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que no permita planear, ejecutar, evaluar, mejorar y controlar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción de los usuarios, la prestación de los servicios de salud.
4. ¿Cuántos Establecimientos de Sanidad Militar cuentan con el Sistema Integrado de Gestión (SIG) implementado?
- Instrucción: Seleccione la respuesta correcta con una x.
1. Uno
 2. Dos
 3. Tres
 4. Ninguno
5. ¿Desde cuándo se tiene implementado el Sistema Integrado de Gestión en los ESM del Ejército?
- Instrucción: Seleccione la respuesta correcta con una x.
1. De un mes a un seis meses
 2. De seis meses a doce meses
 3. De un año a un tres años
 4. No se ha implementado el sistema
6. ¿Conoce las políticas y objetivos de calidad enfocados al Sistema Integrado de Gestión implementado?
- Instrucción: Seleccione la respuesta correcta con una x.
1. Sí, y están enfocados al sistema integrado de gestión
 2. No las conozco
 3. Sí pero no se comprenden
 4. No pero se está gestionando a nivel Organizacional

7. ¿Tienen documentos estandarizados (procesos, procedimientos, instructivos, formatos, entre otros), cuáles?

Instrucción: Seleccione la respuesta correcta con una x.

1. Sí, procesos y procedimientos.
2. Sí, instructivos y formatos.
3. Sí, procedimientos, procesos, instructivos y formatos.
4. No, pero se está gestionando a nivel Organizacional.

8. ¿Los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, son claros para su aplicabilidad en los Establecimientos de Sanidad Militar?

Instrucción: Seleccione la respuesta correcta con una x.

1. Sí son claros los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, pero no aplican a los ESM.
2. Sí son claros los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, y tienen aplicabilidad en los ESM, según la normatividad contemplada en el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social y Directivas Permanentes 02 y 03 CGFM-DGSM-STG-GSG-23.1 de la Dirección General de Sanidad Militar.
3. No son claros los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud ni aplican a los ESM.
4. No son claros los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, pero se está gestionando a nivel Organizacional la adecuación de los requisitos según la normatividad contemplada en la NTCGP 1000:2009, ISO 9001:2008, Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social y Directivas Permanentes 02 y 03 CGFM-DGSM-STG-GSG-23.1 de la Dirección General de Sanidad Militar.

9. ¿Los Establecimientos de Sanidad Militar creen en la aplicabilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud?

Instrucción: Seleccione la respuesta correcta con una x.

1. Los Establecimientos de Sanidad Militar creen en la aplicabilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud en concordancia con el Acuerdo 040 de 2004 del CSSFM.

2. Los Establecimientos de Sanidad Militar creen en la aplicabilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud en concordancia con el Acuerdo 040 de 2004 y su complementación con la NTCGP 1000:2009.
 3. Los Establecimientos de Sanidad Militar creen en la aplicabilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud en concordancia con el Acuerdo 040 de 2004 y su complementación con la NTCGP 1000:2009, ISO 9001:2015, Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social y Directivas Permanentes 02 y 03 CGFM-DGSM-STG-GSG-23.1 de la Dirección General de Sanidad Militar.
 4. Los Establecimientos de Sanidad Militar creen en la aplicabilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud porque, no se evidencia un engranaje del Acuerdo 040 de 2004 con los requisitos de las normatividad contemplada en la NTCGP 1000:2009, ISO 9001:2008 y los estándares de calidad establecidos por el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social y Directivas Permanentes 02 y 03 CGFM-DGSM-STG-GSG-23.1 de la Dirección General de Sanidad Militar.
10. ¿Los comités de obligatorio cumplimiento (comité de historias clínicas, comité de vigilancia epidemiológica, comité de ética, comité de infecciones, comité de calidad, comité de farmacovigilancia) establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, tienen aplicabilidad en los servicios de salud de los Establecimientos de Sanidad Militar y en DISAN EJC?

Instrucción: Seleccione la respuesta correcta con una x.

1. Los comités establecidos para el cumplimiento del SOGCS no son aplicables en los ESM y DISAN EJC.
2. Los comités establecidos para el cumplimiento del SOGCS tienen aplicabilidad deficiente en los ESM y DISAN EJC.
3. Los comités establecidos para el cumplimiento del SOGCS tienen una aplicabilidad moderada en los ESM y DISAN EJC.
4. Los comités establecidos para el cumplimiento del SOGCS tienen una aplicabilidad adecuada en los ESM y DISAN EJC.

11. ¿Tienen proyectado integrar el SOGCS al Sistema de Gestión implementado?

Instrucción: Seleccione la respuesta correcta con una x.

1. No se tiene proyectado integrar el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud al sistema integrado de gestión implementado.
2. Sí, se tiene proyectado integrar el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud al Sistema de Gestión implementado.
3. Sí, se tiene proyectado integrar el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud al Sistema de Gestión implementado, pero no se ha realizado un diagnóstico inicial para la realización de los ajustes necesarios para tal fin.
4. Sí, se tiene proyectado integrar el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud pero hay que corregir ciertas deficiencias actuales, para integrarlo en un futuro al Sistema de Gestión ya implementado; motivo por el cual se deben realizar diagnósticos iniciales como punto inicial para una adecuada integración y funcionalidad del sistema.

12. ¿La sanidad del Ejército dentro del marco legal del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares que se tiene actualmente, se desea ajustar voluntariamente a?

Instrucción: Seleccione la respuesta correcta con una x.

1. A lo normado en el Decreto 1011 de 2006, parcialmente con la adaptación de los estándares y criterios específicos de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (Sistema único de habilitación, Sistema de acreditación, Sistemas de información para la calidad, Programa de auditoría para la calidad) del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS-SGSSS, manteniendo el régimen de excepción como Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
2. A lo normado en el Decreto 1011 de 2006, totalmente en las disposiciones de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (Sistema único de habilitación, Sistema de acreditación, Sistemas de información para la calidad, Programa de auditoría para la calidad) del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS-SGSSS.

3. A lo normado en el Decreto 1011 de 2006, en cuanto al componente del SOGCS, consistente en el Sistema Único de Habilitación.
4. A lo normado en el Decreto 1011 de 2006, en cuanto a los componentes del SOGCS, como son: El Sistema Único de Habilitación y la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

ANEXO C: VALIDACIÓN DE LOS EXPERTOS

La validación del instrumento se realizó por tres expertos profesionales en salud y sistemas integrados de gestión quienes lo revisaron y evaluaron, a quienes se les envió por correo la encuesta a diligenciar para emitir el concepto del instrumento.

ENCUESTA VALIDACIÓN INSTRUMENTO

Estimado Validador:

Me es grato dirigirme a Usted, a fin de solicitar su inapreciable colaboración como experto para validar la encuesta anexa, la cual será aplicada a: personal que se desempeña en el área de la salud y el sistema integrado de gestión de los Establecimientos de Sanidad Ejército, por cuanto considero que sus observaciones y subsecuentes aportes serán de utilidad.

El presente instrumento tiene como finalidad recoger información directa para el trabajo de grado que se realiza actualmente, titulado: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL EJÉRCITO NACIONAL EN LAS NORMAS: NTCGP 1000:2009 Y EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD, esto con el objeto de presentarla como requisito para obtener el título de Magister en Calidad y Gestión Integral.

Para efectuar la validación del instrumento, Usted deberá leer cuidadosamente cada enunciado y sus correspondientes alternativas de respuesta, para que por favor escriba cualquier sugerencia relativa a redacción, contenido, pertinencia y congruencia u otro aspecto que se considere relevante para mejorar el mismo.

Gracias por su aporte

Juicio de experto sobre la pertinencia del Instrumento de: Encuesta para diagnosticar la viabilidad de la integración del Sistema de Salud al Sistema Integrado de Gestión del Ejército Nacional

INSTRUCCIONES:

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple cada Ítem y alternativa de respuesta, según los criterios que a continuación se detallan.

Ítem: **E**= Excelente / **B**= Bueno / **M**= Mejorar / **X**= Eliminar / **C**= Cambiar

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

Tabla 1. Categorías para evaluar el instrumento

Nº	Preguntas	Ítem	Alternativas					Observaciones
			1	2	3	4	5	
1	Qué sistemas se tienen implementados y bajo que norma?							
2	La finalidad del Acuerdo 040: 2004 es?							
3	Cuántos establecimientos tienen implementado el sistema integrado de gestión?							
4	Desde cuándo se tiene implementado el sistema integrado de gestión?							
5	Se establecieron políticas y objetivos enfocados al sistema integrado de gestión implementado?							
6	Tienen documentos estandarizados (procesos, procedimientos, instructivos, formatos, entre otros), cuáles?							
7	Son claros los requisitos del sistema de garantía de calidad para su aplicabilidad en los establecimientos de sanidad?							
8	Los establecimientos de sanidad creen en la aplicabilidad del sistema de garantía de calidad?							
9	Los comités establecidos para el cumplimiento del sistema de garantía de calidad que expresan en cuanto a su aplicabilidad?							

N°	Preguntas	Ítem	Alternativas					Observaciones
	Elemento clave del instrumento:		1	2	3	4	5	
10	¿Tienen proyectado integrar el sistema de salud al sistema integrado de gestión que tienen implementado?							
11	El Sistema de Salud que se tiene actualmente se desea ajustarlo voluntariamente a?							

Evaluado por:

Nombres y Apellidos: _____

C.C.: _____

Firma: _____

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, _____, con
cédula de Ciudadanía número _____, de profesión
_____, trabajando
actualmente como _____, en la Institución
_____.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento encuesta para diagnosticar la viabilidad de la integración del Sistema de Salud al Sistema Integrado.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

Tabla 6. Apreciaciones Instrumento

CATEGORIAS	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				
Amplitud de contenido				
Redacción de los Ítems				
Claridad y precisión				
Pertinencia				

Ciudad _____ Fecha _____

Firma

CONCEPTOS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1. Doctora Mónica Milena Amaya Nieto profesional en Salud Ocupacional y Magister en Calidad y Acción Integral, emitiendo un concepto bueno para ser aplicado de acuerdo a las categorías mencionadas en la evaluación.

INSTRUCCIONES:

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple cada Ítem y alternativa de respuesta, según los criterios que a continuación se detallan.

Ítem: E= Excelente / B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

N°	Preguntas	Ítem	Alternativas					Observaciones
	Elemento clave del instrumento:		1	2	3	4	5	
1	Qué sistemas de Gestión se tienen implementados y bajo que norma?							M: Adicionar la palabra: de Gestión
2	La finalidad del Acuerdo 040: 2004 es?							
3	Cuantos establecimientos tienen implementado el sistema integrado de gestión?							
4	Desde cuándo se tiene implementado el sistema integrado de gestión?							

5	Se establecieron políticas y objetivos enfocados al sistema integrado de gestión implementado?								
N°	Preguntas	Ítem	Alternativas					Observaciones	
	Elemento clave del instrumento:		1	2	3	4	5		
6	Tienen documentos estandarizados (procesos, procedimientos, instructivos, formatos, entre otros), cuáles?								
7	Son claros los requisitos del sistema de garantía de calidad para su aplicabilidad en los establecimientos de sanidad?								
8	Los establecimientos de sanidad creen en la aplicabilidad del sistema de garantía de calidad?								
9	Los comités establecidos para el cumplimiento del sistema de garantía de calidad, qué expresan en cuanto a su aplicabilidad?							M: mejorar la redacción, tilde y coma.	
10	¿Tienen proyectado integrar el sistema de salud al sistema integrado de gestión que tienen implementado?								
11	El Sistema de Salud que se tiene actualmente se desea ajustarlo desea ser ajustado voluntariamente a?							M: Mejorar la redacción	

Se menciona que la encuesta será aplicada a: personal que se desempeña en el área de la salud y el sistema integrado de gestión de los Establecimientos de Sanidad Ejército, pero no me queda claro a que niveles en específico o si es a todo el personal.

Considero que hay que tener en cuenta a quienes se les va a aplicar dicha encuesta, pues hay preguntas que posiblemente no todo el personal podría contestar por desconocimiento.

Ciudad Bogotá Fecha 06 de abril de 2017

Monica Hilda Amador Nieto

Firma

Evaluado por:

Nombres y Apellidos: Mónica Milena Amaya Nieto

C.C.: 38.143.860 Firma: Mónica Milena Amaya Nieto

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Mónica Milena Amaya Nieto, con
cédula de Ciudadanía número 38.143.860, de profesión
Salud Ocupacional - Magister en Calidad y Gestión Integral,
trabajando actualmente como Asesor - Consultor, en la
Institución Independiente.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación
del Instrumento encuesta para diagnosticar la viabilidad de la integración del Sistema
de Salud al Sistema Integrado.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes
apreciaciones.

CATEGORIAS	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems			X	
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los Ítems			X	
Claridad y precisión			X	
Pertinencia			X	

Ciudad Bogotá Fecha 06 de abril de 2013

Mónica Milena Amaya Nieto

Firma

2. Doctora Lina Roció del Pilar Tarazona profesional en Medicina y Especialista en Gerencia y Administración en Calidad, quien emitió un concepto excelente para ser aplicado, de acuerdo a las categorías mencionadas en la evaluación.

Juicio de experto sobre la pertinencia del Instrumento de: Encuesta para diagnosticar la viabilidad de la integración del Sistema de Salud al Sistema Integrado de Gestión del Ejército Nacional

INSTRUCCIONES:

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple cada Ítem y alternativa de respuesta, según los criterios que a continuación se detallan.

Ítem: E= Excelente / B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia.

En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

Nº	Preguntas	Ítem	Alternativas					Observaciones
			1	2	3	4	5	
	Elemento clave del instrumento:							
1	Qué sistemas se tienen implementados y bajo que norma?							E
2	La finalidad del Acuerdo 040: 2004 es?							E
3	Cuántos establecimientos tienen implementado el sistema integrado de gestión?							E
4	Desde cuándo se tiene implementado el sistema integrado de gestión?							E
5	Se establecieron políticas y objetivos enfocados al sistema integrado de gestión implementado?							E

Nº	Preguntas	Ítem	Alternativas					Observaciones
			1	2	3	4	5	
	Elemento clave del instrumento:							
6	Tienen documentos estandarizados (procesos, procedimientos, instructivos, formatos, entre otros), cuáles?							E
7	Son claros los requisitos del sistema de garantía de calidad para su aplicabilidad en los establecimientos de sanidad?							E
8	Los establecimientos de sanidad creen en la aplicabilidad del sistema de garantía de calidad?							E
9	Los comités establecidos para el cumplimiento del sistema de garantía de calidad que expresan en cuanto a su aplicabilidad?							E
10	¿Tienen proyectado integrar el sistema de salud al sistema integrado de gestión que tienen implementado?							E
11	El Sistema de Salud que se tiene actualmente se desea ajustarlo voluntariamente a?							E

Evaluated by:

Names and Surnames: Lina Rocío del Pilar Tanizón
 C.C.: 1049602951 Firma: Rocío

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Jina Rocio del Pilar Tanzonza Silva, con
cédula de Ciudadanía número 1049602951, de profesión
Medico, especialista en gerencia,
trabajando actualmente como Medico, en la
Institución Hospital Regional de Duitama.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación
del Instrumento encuesta para diagnosticar la viabilidad de la integración del
Sistema de Salud al Sistema Integrado.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes
apreciaciones.

CATEGORIAS	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				X
Amplitud de contenido				X
Redacción de los Ítems				X
Claridad y precisión				X
Pertinencia				X

Ciudad Duitama Fecha 09/04/12

[Firma]
Firma

3. Doctora Luisa Fernanda Montenegro Vanegas profesional en Ingeniera de Alimentos, quien evaluó el instrumento emitiendo un concepto bueno para ser aplicado de acuerdo a las categorías mencionadas en la evaluación.

Juicio de experto sobre la pertinencia del Instrumento de: Encuesta para diagnosticar la viabilidad de la integración del Sistema de Salud al Sistema Integrado de Gestión del Ejército Nacional

INSTRUCCIONES:

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple cada Ítem y alternativa de respuesta, según los criterios que a continuación se detallan.

Ítem: E= Excelente / B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia.

En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

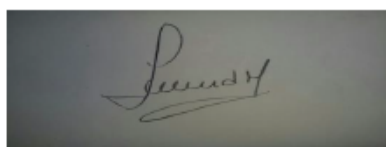
Nº	Preguntas	Ítem	Alternativas					Observaciones
			1	2	3	4	5	
	Elemento clave del instrumento:							
1	Qué sistemas se tienen implementados y bajo que norma?	B						
2	La finalidad del Acuerdo 040: 2004 es?	B						
3	Cuántos establecimientos tienen implementado el sistema integrado de gestión?	M						Considero cuales establecimientos cuentan.....?
4	Desde cuándo se tiene implementado el sistema integrado de gestión?	B						
5	Se establecieron políticas y objetivos enfocados al sistema integrado de gestión implementado?	B						

Nº	Preguntas	Ítem	Alternativas					Observaciones
	Elemento clave del instrumento:		1	2	3	4	5	
6	Tienen documentos estandarizados (procesos, procedimientos, instructivos, formatos, entre otros), cuáles?	B						
7	Son claros los requisitos del sistema de garantía de calidad para su aplicabilidad en los establecimientos de sanidad?	M						Creo , Los requisitos de calidad son claros para ser aplicados?
8	Los establecimientos de sanidad creen en la aplicabilidad del sistema de garantía de calidad?	B						
9	Los comités establecidos para el cumplimiento del sistema de garantía de calidad que expresan en cuanto a su aplicabilidad?	M						
10	¿Tienen proyectado integrar el sistema de salud al sistema integrado de gestión que tienen implementado?	B						
11	El Sistema de Salud que se tiene actualmente se desea ajustarlo voluntariamente a?	E						

Evaluado por:

Nombres y Apellidos: Luisa Fernanda Montenegro Vanegas.

C.C.:52365690 **Firma:**_____



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

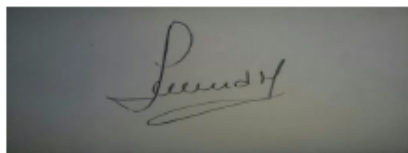
Yo, Luisa Fernanda Montenegro Vanegas, con cédula de Ciudadanía número 52.365.690, de Bogotá profesión Ingeniera de Alimentos Trabajando actualmente como Independiente, en la Institución

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento encuesta para diagnosticar la viabilidad de la integración del Sistema de Salud al Sistema Integrado.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

CATEGORIAS	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems			x	
Amplitud de contenido			x	
Redacción de los Ítems			x	
Claridad y precisión		x		
Pertinencia			x	

Ciudad Bogotá Fecha Abril 19 de 2017



Firma

CONCLUSIONES DE ACUERDO A LOS CONCEPTOS DE EVALUACIÓN DE LOS EXPERTOS

1. El Instrumento es viable para su aplicación de acuerdo a la estructura presentada.
2. Mejorar la redacción de algunas preguntas para su entendimiento y así acertar en las respuestas.
3. Especificar el nivel en el que se aplicara la encuesta.
4. En conclusión los pares expertos emitieron un concepto positivo de validación del instrumento siendo este viable para su aplicación de acuerdo a la estructura presentada. Las recomendaciones emitidas por los expertos fueron acogidas, mejorando la redacción y pertinencia de cada una de las preguntas, e identificando el nivel profesional de los funcionarios a los que se les aplicaría la encuesta, al igual envió el instrumento para aprobación de la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional quien a través de la oficina de garantía de la calidad en Salud, realizó ajustes a algunas de las preguntas en cuanto a la evolución del SOGCS en el subsistema de salud de las Fuerzas Militares y la normatividad que aplica de acuerdo a los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ANEXO D: ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO

Resultados de la aplicación del instrumento de investigación (encuesta)

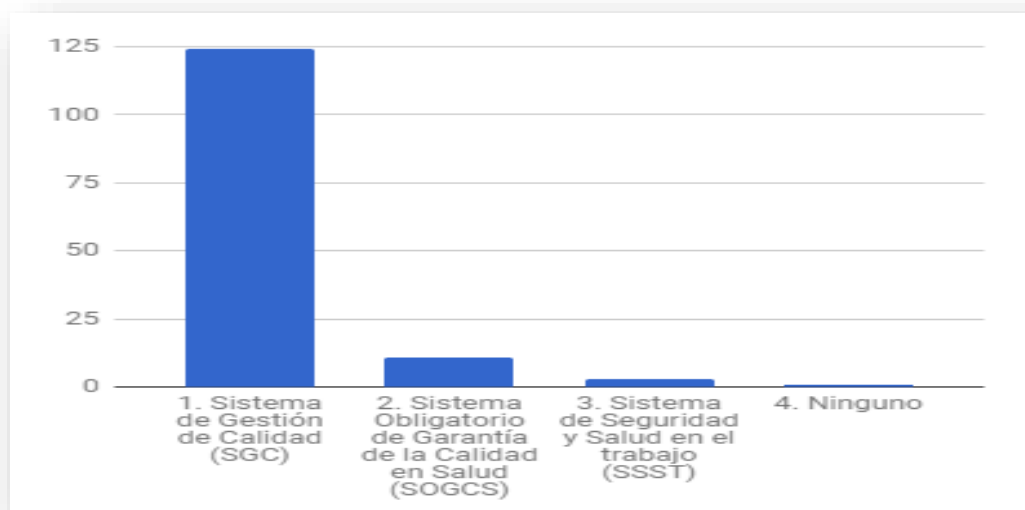
Se elaboró una encuesta para el diagnóstico del estado actual del subsistema de salud del Ejército Nacional en cuanto a la integración del sistema integrado de gestión que tiene implementado actualmente, soportada en un formulario de google drive, con la siguiente ficha técnica:

Tabla N°1. Ficha Técnica del Instrumento

Objetivo:	Diagnosticar la viabilidad de integración del Sistema de Salud al Sistema Integrado que tienen implementado el Ejército Nacional.
Tamaño muestral	Funcionarios Ejército n=130
Ámbito del estudio	Establecimientos de Sanidad Ejército
Quien aplicara la encuesta:	El funcionario encargado de la Dirección de Gestión de Calidad del Ejército Nacional
Características del instrumento:	Encuesta digital, compuesta por 12 preguntas relacionadas con la norma NTCGP 1000:2009, acuerdo 040 de 2004, el sistema integrado de gestión y el sistema obligatorio de garantías de calidad.
Cuándo se aplica?	Cuando la entidad decida integrar el subsistema de salud al sistema integrado de gestión vigente, como diagnostico principal para su viabilidad.
Como se puede aplicar?	Como es digital por medio electrónico como correo o móvil con acceso a internet.

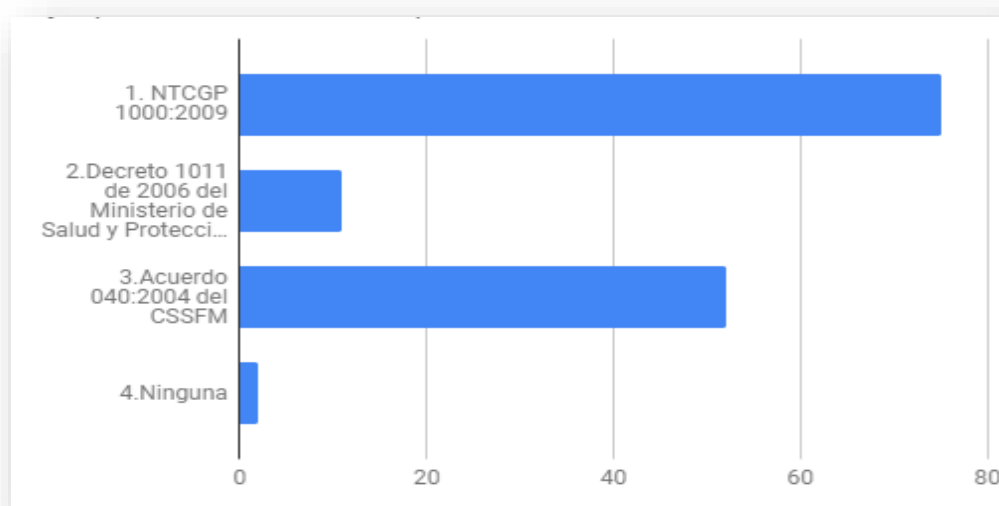
Como objeto de aplicación de la encuesta se tomó a los establecimientos de sanidad del Ejército a nivel Nacional, ya que esta investigación va dirigida a estos, al aplicar la encuesta se obtuvieron los siguientes resultados:

Figura 1. Sistemas que se tienen implementados



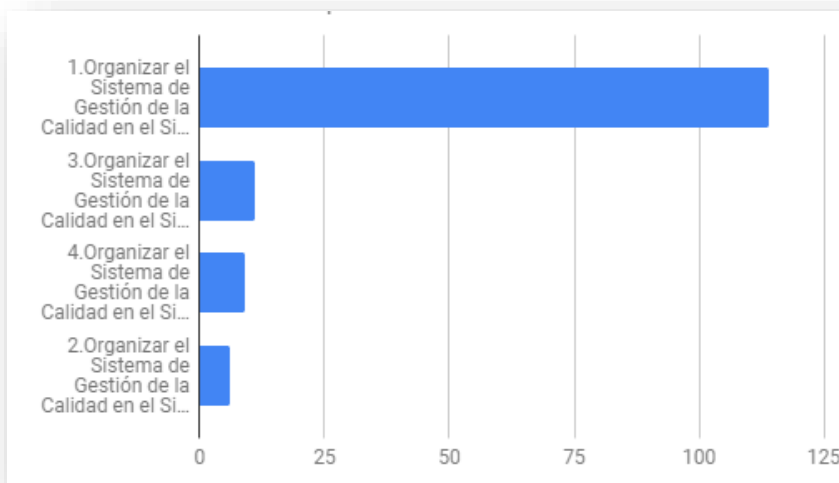
Analizando la Figura 1, hace referencia a diagnosticar si el personal que pertenece a los establecimientos de sanidad conoce que sistema se tienen implementados y así determinar si estos sistemas están integrados o hay que articularlos, en el resultado de esta pregunta el 89,3% consideran que se tiene implementado el sistema de gestión de calidad en el Ejército Nacional, seguido el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud el cual represento un 8% de implementación en los establecimientos de sanidad.

Figura 2. Bajo que normas se tiene implementado el SGC



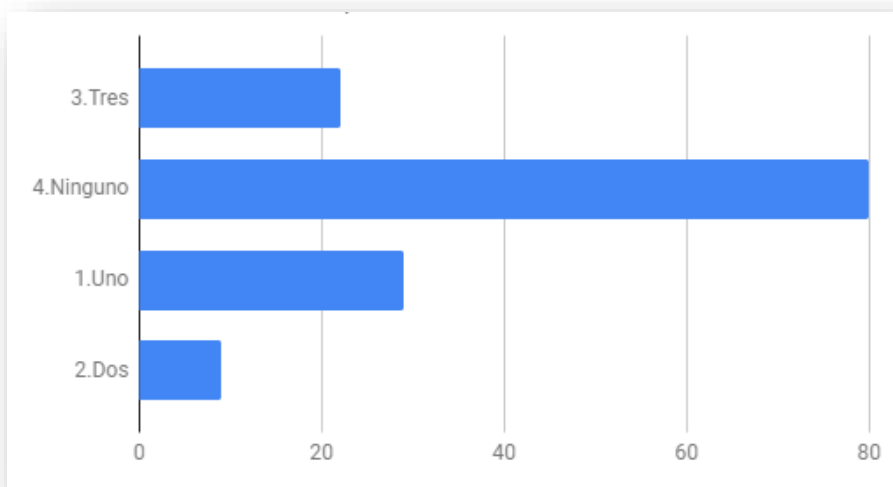
En la figura 2, se refiere a la identificación de las normas en que se encuentra implementado el Sistema de Gestión de Calidad (SGC), y determinar en qué norma se debe trabajar para lograr la integración de estos sistemas. El 53,6% respondió que considera que la norma en la que se encuentran implementados los establecimientos de sanidad es bajo la norma NTCGP 1000:2009, seguido del acuerdo 040:2004 con un 37,1%.

Figura 3. Entiende la finalidad del Acuerdo 040:2004?



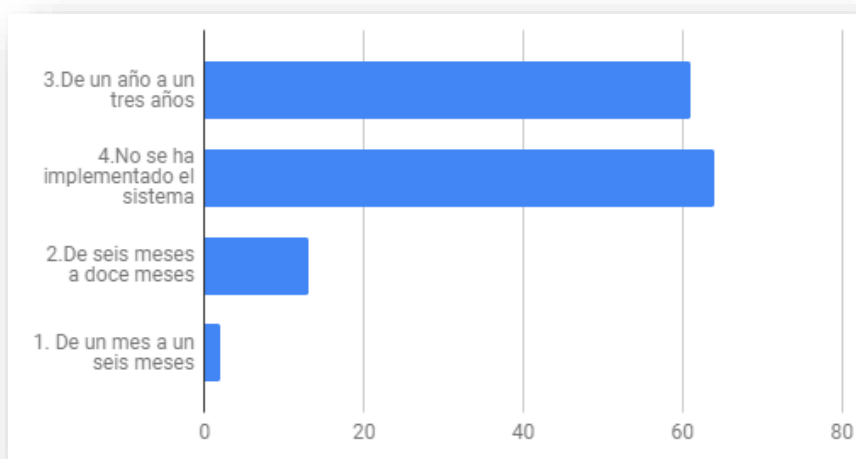
Se evidencia en la figura 3, corresponde a si el personal de los establecimientos tiene claro y conoce el acuerdo 040 el cual hace referencia a “Organizar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Sistema de Salud del Ejército Nacional, como una herramienta de gestión sistémica y transparente que permita planear, ejecutar, evaluar, mejorar y controlar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción de los usuarios, la prestación de los servicios de salud”, y así identificar si el personal de los establecimientos de sanidad reconocen que este acuerdo va de la mano con la articulación de los sistemas. El 81,4% del personal conoce el acuerdo 040:2004, sin embargo hay que reconocer que hay que sensibilizar al 18,6% restante el cual no lo tiene claro.

Figura 4. ¿Cuántos Establecimientos de Sanidad Militar cuentan con el Sistema Integrado de Gestión (SIG) implementado?



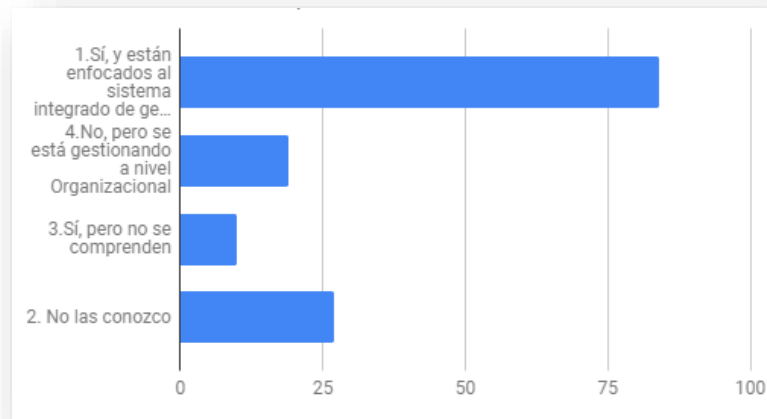
En la figura 4. Se busca determinar con esta pregunta si los establecimientos de sanidad tienen conocimiento de cuantos están implementados con el sistema integrado de gestión y así iniciar el plan de trabajo de integración con aquellos que no tienen nada implementado, la encuesta arrojó en su resultado que el 57,1% de estos establecimientos no lo tienen implementado y el 42,9% restante dicen si tenerlo.

Figura 5. ¿Desde cuándo se tiene implementado el Sistema Integrado de Gestión en los ESM del Ejército?



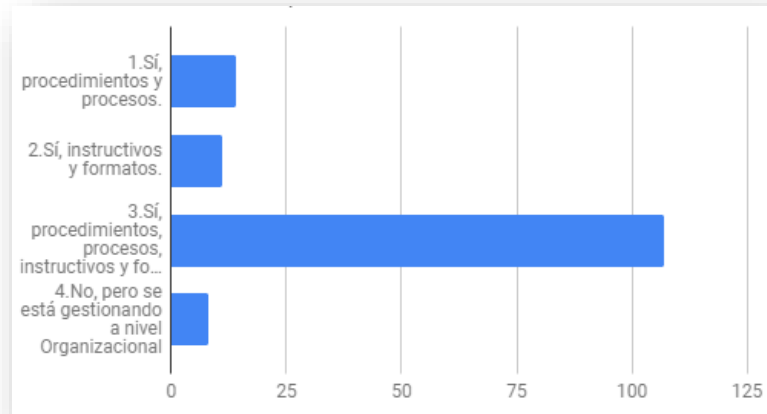
La figura 5, hace referencia al tiempo que lleva implementado el Sistema Integrado de Gestión en los establecimientos de sanidad los cuales respondieron en la pregunta anterior tenerlo, y así identificar si lo asocian al tiempo que lleva implementado el sistema integrado de gestión en el Ejército o hacen referencia a otro sistema. El 45,7% responde que no se ha implementado el sistema, seguido del 43,6% que responde tenerlo implementado de uno a tres años, corroborando así que el 60% reconoce que si se tiene implementado el sistema integrado de gestión y que se debe trabajar en el 40% restante para la articulación de los sistemas.

Figura 6. ¿Conoce las políticas y objetivos de calidad enfocados al Sistema Integrado de Gestión implementado?



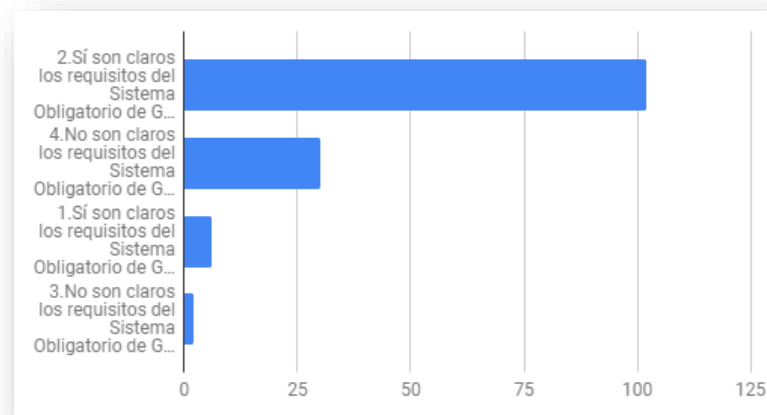
Esta figura, hace refiere al personal de los establecimientos de sanidad que reconocen tener implementado el sistema integrado de gestión conocen las políticas y objetivos de calidad y así determinar la aplicabilidad del sistema. El 60% del personal encuestado reconoce que si las conoce y que se enfocan al Sistema Integrado de Gestión.

Figura 7. ¿Tienen documentos estandarizados (procesos, procedimientos, instructivos, formatos, entre otros), cuáles?



Esta figura, corresponde a la implementación del sistema para así determinar en qué documentos se debe trabajar de acuerdo al plan de integración de los sistemas. El 76,4% identifica que se tienen estandarizados procesos, procedimientos, instructivos y formatos, los cuales se deben articular con el subsistema de salud.

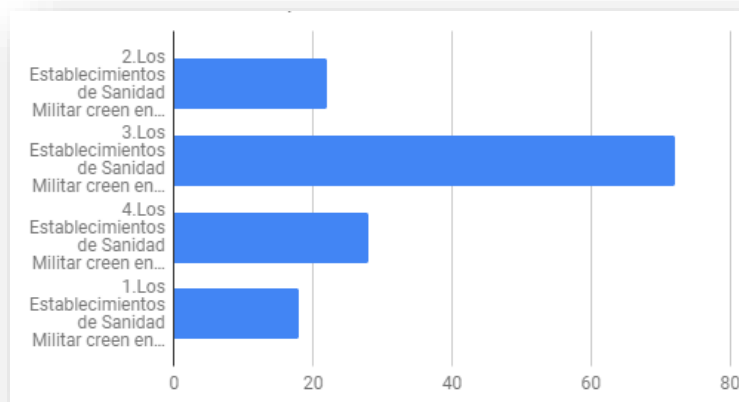
Figura 8. ¿Los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, son claros para su aplicabilidad en los Establecimientos de Sanidad Militar?



Esta figura, hace referencia a identificar el conocimiento y aplicabilidad de los componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad, y así determinar si el personal de los establecimientos asocia este sistema con el sistema integrado de gestión para facilitar su articulación e integración. El 72,9% de los encuestados

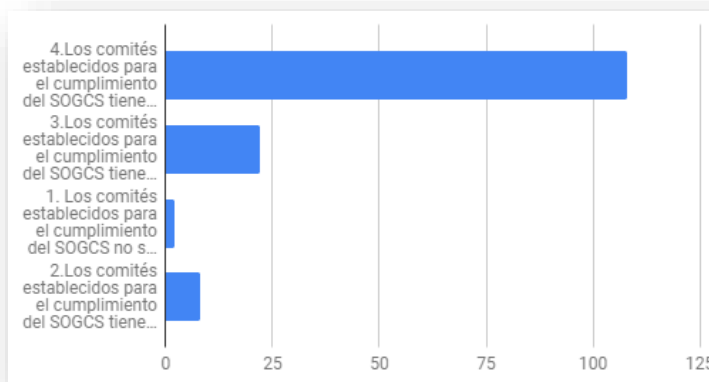
identifica claramente los requisitos que se aplican en el sistema de salud y su compatibilidad con el sistema integrado.

Figura 9. ¿Los Establecimientos de Sanidad Militar creen en la aplicabilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud?



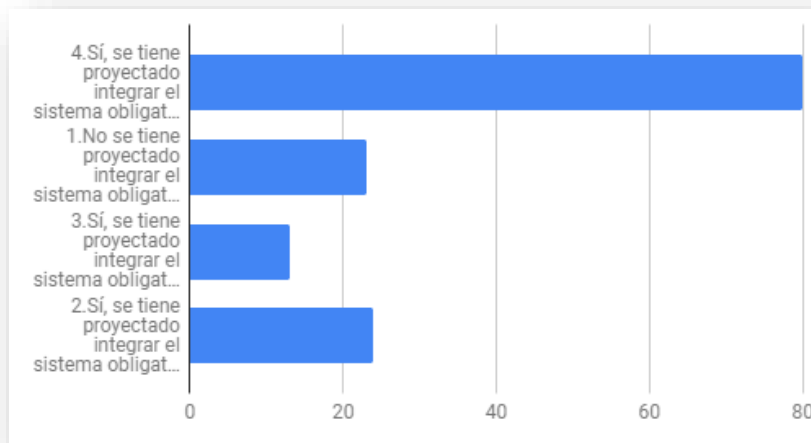
Esta figura, se refiere a si los establecimientos que creen que es conveniente la integración entre el Sistema Integrado de Gestión y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, ya que conocen su complementariedad. El 51,4% reconoce que si creen en su aplicabilidad y que estos son complementarios y así articularlos en su totalidad.

Figura 10. ¿Los comités de obligatorio cumplimiento (comité de historias clínicas, comité de vigilancia epidemiológica, comité de ética, comité de infecciones, comité de calidad, comité de farmacovigilancia) establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, tienen aplicabilidad en los servicios de salud de los Establecimientos de Sanidad Militar y en la Dirección de Sanidad Militar de Ejército?



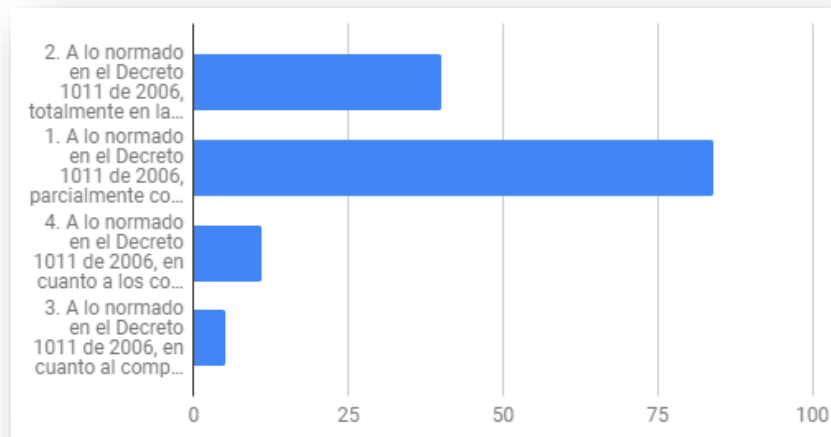
La Figura, hace referencia a si los comités existentes en los establecimientos de sanidad realmente son adecuados para el subsistema de salud ya que estos intervienen en la aprobación de la articulación de los sistemas y así dar la aplicabilidad de este desde el punto de vista médico hasta el administrativo, por lo cual el 77,1% respondió que sí es adecuado y cumplen con sus funciones correspondientes.

Figura 11. ¿Tienen proyectado integrar el SOGCS al Sistema de Gestión implementado?



Esta figura, corresponde a identificar si quien lidera el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad contempla la integración de estos sistemas para sus establecimientos de sanidad y les ha comunicado su intención, ya que esto facilitara la articulación y el trabajo a desarrollar, de acuerdo al resultado de la encuesta el 57,1% del personal manifiesta tener conocimiento del proyecto de integración de dichos sistemas.

Figura 12. ¿La sanidad del Ejército dentro del marco legal del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares que se tiene actualmente, se desea ajustar voluntariamente a?



La figura, hace refiere al marco legal al que se debe ajustar voluntariamente la sanidad del Ejército, demostrando que la integración del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y el Sistema Integrado de Gestión busca articularse para mejorar el desempeño Institucional a través de la estandarización de sus procesos en el subsistema de salud y mejorar la prestación del servicio a los usuarios. El 60% de los encuestados reconoce que la sanidad militar debe ajustarse voluntariamente a todo el marco legal que concierne a la salud y su gestión institucional.

Los resultados de la aplicación de este instrumento demuestran que la integración de estos sistemas es viable, al igual que hay un avance significativo y una complementariedad entre estos, lo cual optimizara los tiempos y recursos que se necesiten para el desarrollo de esta integración.