

Diseño de un Plan de Armonización para la Apertura del Servicio de Cuidado Intensivo en la ESE Hospital del Sarare, en base a la interacción de los Requisitos de Habilitación de la Resolución 3100 de 2019, la NTC-ISO 9001:2015 y la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)

Diana Patricia Sierra Rubio, Ana María Ruiz Guerrero, Yenny Carolina Suárez

Trabajo para optar el título de Magíster en Calidad y Gestión Integral

Directores

Alexander Almeida Espinosa

Phd Ciencias de Salud

Tatiana Alexandra Castañeda Sánchez

Magister en Calidad y gestión integral

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División de Ingenierías y Arquitectura

Maestría en Calidad y Gestión Integral

2024

Contenido

	Pág.
Introducción	11
1. Planteamiento del Problema	14
1.1 Formulación del Problema.....	21
1.2 Sistematización del Problema.....	21
1.3 Justificación	22
2. Objetivos.....	25
2.1 Objetivo General.....	25
2.2 Objetivos Específicos.....	26
3. Marco Referencial.....	28
3.1 Marco Contextual.....	28
3.1.1 Reseña Histórica y Caracterización de la Empresa.....	28
3.2 Antecedentes	33
3.2.1 Antecedentes en el Ámbito Internacional	33
3.2.2 Antecedentes en el Ámbito Nacional.....	36
3.2.3 Antecedentes en el Ámbito Local	43
3.3 Marco Teórico.....	46
3.3.1 Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad.....	46
3.3.1.1 Condición de Capacidad Técnico Administrativo.....	47
3.3.1.2 Condición de Suficiencia Patrimonial y Financiera.....	48

DISEÑO PLAN ARMONIZACIÓN APERTURA SERVICIO DE CUIDADO INTENSIVO	3
3.3.1.3 Condición de Capacidad Tecnológica y Científica.....	49
3.3.2 Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)	52
3.3.2.1 Política Fortalecimiento de Institucional y Simplificación de Procesos.....	53
3.3.3 Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) ISO 9001:2015.....	53
3.3.3.1 Caracterización de Procesos (Ciclo de Atención Incluyendo Riesgo).....	61
3.3.3.2 Herramientas de Mejora Continua.	61
3.3.4. Enfoque Sistémico de Calidad y la Innovación	64
3.3.5 Matriz de Valor Agregado para los Procesos	65
3.3.6 Mapa de Proceso	66
3.3.7 Indicadores.....	66
3.3.8 Plan Estratégico	68
3.3.9 Armonización.....	71
3.4 Marco Conceptual.....	72
3.5 Marco Legal y Normas Técnicas	74
4. Metodología	76
5. Resultados	80
5.1 Fase I; Diagnóstico Situacional	82
5.1.1 Aplicación del Diagnóstico del Estado de Cumplimiento de Condiciones de Habilitación Basado en la Resolución 3100 del 2019.	82
5.1.2 Aplicar el Diagnóstico de Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2015.	89
5.1.3 Verificar el Estado de Implementación de la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).....	93

DISEÑO PLAN ARMONIZACIÓN APERTURA SERVICIO DE CUIDADO INTENSIVO	4
5.1.4 Identificar las Áreas de Mejora y Oportunidades de Optimización para Superar las Brechas Identificadas para el Cumplimiento de Condiciones de Habilitación.....	94
5.2 Fase II Análisis Normativo	102
5.2.1 Realizar una Revisión Documental los Estándares de Calidad Establecidos en la NTC-ISO 9001:2015, de la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).	102
5.2.2 Identificar Convergencias y Divergencias entre el Sistema de Gestión de la Calidad acorde a la NTC ISO 9001:2015, la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y los criterios de habilitación definidos en la Resolución 3100 del 2019.	106
5.2.3 Desarrollar la Armonización entre el Sistema de Gestión de la Calidad acorde a la NTC ISO 9001:2015, la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y los criterios de habilitación definidos en la Resolución 3100 del 2019.....	108
5.2.4 Elaborar un Plan Estratégico que Aborden los Criterios de Habilitación Definidos en la Resolución 3100 del 2019, NTC ISO 9001:2015, la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en el servicio de Cuidado intensivo.....	114
5.3 Fase III Identificación de las Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas	125
5.3.1 Identificar Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas como Insumo para el Establecimiento de la Gestión por Procesos del Servicio de Cuidados Intensivos.....	125
5.3.2 Analizar la Ruta de Atención o Mapa de Procesos del Servicio de Cuidado Intensivo. ...	125
5.3.1.1 Propuesta de ruta de atención de paciente.	129

5.3.2 Crear la Caracterización del Proceso de Cuidado Intensivo con la Definición de Entradas, Salidas, Responsables, Partes Interesadas, Controles al Proceso, Riesgos e Indicadores.	131
5.3.2.1 Medición del Proceso UCI Adulto.....	132
5.3.2.2 Mapa de Riesgo Propuesto para la UCI Adulto de ESE Hospital Sarare.	138
5.3.2.3 Mapa de Riesgo Anexo.	142
5.4 Fase IV Herramientas de Mejora y Oportunidades de Mejora	143
5.4.1 Identificar Herramientas para Fomentar la Mejora Continua en la Prestación del Servicio de Cuidado Intensivo Promoviendo la Participación del Personal en la Identificación de Oportunidades de Mejora, la Implementación de Soluciones Innovadoras y el Reconocimiento de Buenas Prácticas y la Satisfacción del Usuario y su Familia.....	143
5.4.2 Generar Lineamientos y Priorizar de Actividades de Mejora Continua	146
6. Balance del Cronograma.....	¡Error! Marcador no definido.
7. Balance del Presupuesto	153
8. Conclusiones.....	154
Referencias.....	158

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. <i>Organigrama</i>	31
Figura 2. <i>Mapa de Procesos</i>	32
Figura 3. <i>Procesos</i>	65
Figura 4. <i>Verificación criterios de habilitación aplicables a todos los servicios basado en la resolución 3100 del 2019.</i>	85
Figura 5. <i>Verificación criterios de habilitación unidad de cuidado intensivo adulto basado en la resolución 3100 del 2019.</i>	88
Figura 6. <i>Resultados FURAG Hospital del Sarare 2023</i>	93
Figura 7. <i>Índice de políticas MIPG FURAG Hospital del Sarare 2023</i>	93
Figura 8. <i>Convergencias</i>	107
Figura 9. <i>Divergencias</i>	107
Figura 10. <i>Matriz generadora de valor al cliente</i>	125
Figura 11. <i>Mapa de proceso propuesto para la unidad de cuidados intensivos adulto</i>	126
Figura 12. <i>Propuesta de ruta de atención de paciente crítico en la UCI Adulto.</i>	130
Figura 13. <i>Valoración de la frecuencia de los riesgos</i>	139
Figura 14. <i>Valoración de impacto de los riesgos</i>	139
Figura 15. <i>Valoración de riesgo inherente</i>	140
Figura 16. <i>Valoración de riesgo inherente con clasificación</i>	140
Figura 17. <i>Nivel de riesgo inherente</i>	141
Figura 18. <i>Actividades propuestas para la mejora continua</i>	148

Figura 19. *Actividades propuestas para la mejora continua*..... 149

Figura 20. *Actividades propuestas para la mejora continua*..... 149

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. <i>Estándares de Condiciones de habilitación bajo la resolución 3100 del 2019</i>	50
Tabla 2. <i>Políticas MIPG</i>	52
Tabla 3. <i>Normatividad</i>	74
Tabla 4. <i>Fases del proyecto</i>	77
Tabla 5. <i>Verificación criterios de habilitación aplicables a todos los servicios basado en la Resolución 3100 del 2019.</i>	83
Tabla 6. <i>Verificación criterios de habilitación aplicables al servicio de cuidado intensivo adulto basado en la Resolución 3100 del 2019.</i>	86
Tabla 7. <i>Resultados de la evaluación de sistema de gestión de calidad basado en la Norma NC ISO 9001.</i>	91
Tabla 8. <i>Mejoras o oportunidades en el estándar de talento humano</i>	95
Tabla 9. <i>Mejoras o oportunidades en el estándar de infraestructura</i>	96
Tabla 10. <i>Mejoras o oportunidades en el estándar de dotación</i>	97
Tabla 11. <i>Mejoras o oportunidades en el estándar proceso prioritario</i>	98
Tabla 12. <i>Mejoras o oportunidades en el estándar de medicamentos dispositivos e insumos</i>	99
Tabla 13. <i>Mejoras o oportunidades en el estándar de historia clínica</i>	100
Tabla 14. <i>Mejoras o oportunidades en el estándar de interdependencia</i>	101
Tabla 15. <i>Armonización entre e el sistema de gestión de la calidad acorde a la NTC ISO 9001:2015, la política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos del</i>	

modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) y los criterios de habilitación definidos

en la Resolución 3100 del 2019. 111

Tabla 16. *Plan estratégico* 117

Tabla 17. *Niveles, procesos y subprocesos* 127

Tabla 18. *Indicadores propuestos* 134

Tabla 19. *Cronograma de actividades* 151

Tabla 20. *Presupuesto* 153

Agradecimientos

En primer lugar, queremos darle infinitas gracias a Dios por guiar nuestro camino en cada paso que damos, por dar la salud, fortaleza, entendimiento, sabiduría y paciencia para afrontar cada situación que se presentaba, en el transcurso de este proyecto.

A nuestros padres por demostrar siempre su amor y colaboración haciendo posible cumplir este propósito en nuestra vida; y demás familiares porque me ha brindado su apoyo incondicional impulsándome a seguir en esta formación.

Al director del proyecto, por su colaboración constante para resolver inquietudes durante el proyecto siempre de la mejor manera brindando y transmitiendo sus conocimientos y consejos, por su motivación, confianza y tiempo que nos dedicó.

Agradecemos a los docentes de la Universidad Santo Tomás por las enseñanzas y las experiencias vividas durante cada semestre, que hicieron posible esta formación académica.

Introducción

La apertura de un servicio de cuidado intensivo (UCI) en una institución de salud es un proceso complejo que requiere una planificación exhaustiva para garantizar la calidad y sostenibilidad de la atención. En el caso del Hospital del Sarare ESE, en el departamento de Arauca, la implementación de un servicio de alta complejidad como la UCI responde a la creciente necesidad de atención crítica en una región que enfrenta desafíos importantes relacionados con su ubicación geográfica, acceso limitado a servicios especializados y una población vulnerable afectada por conflictos y la falta de infraestructura médica avanzada.

Este proyecto busca desarrollar un plan de armonización que integre tres normativas clave para asegurar la operación eficiente de la UCI. Estas normativas son la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, que establece los criterios para la habilitación de servicios de salud en Colombia; la NTC-ISO 9001:2015, que define los estándares internacionales de gestión de calidad; y la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), orientada a la mejora de la eficiencia institucional. La armonización de estas normativas es crucial para garantizar que el servicio de UCI cumpla con los requisitos legales, opere de manera eficiente, y asegure la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención.

La importancia de realizar este trabajo radica en la necesidad de asegurar la sostenibilidad operativa del servicio de UCI en el contexto particular del Hospital del Sarare ESE. La región de Arauca, por su ubicación en una zona rural y fronteriza, enfrenta limitaciones significativas en la prestación de servicios de salud especializados, lo que convierte a la apertura de la UCI en una prioridad estratégica para mejorar la cobertura y calidad de la atención médica. Este servicio no solo beneficiará a la población local, sino que también fortalecerá la capacidad del hospital para

responder a emergencias críticas, como las que surgen durante situaciones de conflicto o desastres naturales.

Asimismo, el diseño de un plan de armonización garantiza que la operación del servicio de UCI se ajuste a los más altos estándares de calidad y seguridad, asegurando la sostenibilidad a largo plazo del servicio. El cumplimiento de normativas como la Resolución 3100 del 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social y la NTC-ISO 9001:2015 no solo asegura la habilitación del servicio, sino que también fomenta una cultura de mejora continua en la institución, promoviendo la eficiencia en el uso de los recursos y la satisfacción del paciente. La armonización con el MIPG, además, permite que el hospital optimice sus procesos administrativos, logrando una mejor gestión de sus recursos humanos y financieros, lo que es esencial para la estabilidad económica y operativa.

La armonización entre las normativas mencionadas es un proceso esencial en la planificación de servicios de alta complejidad, como la UCI. Este enfoque busca integrar de manera coherente los distintos marcos regulatorios y estándares de calidad, asegurando que no existan contradicciones o brechas en la implementación de los procedimientos y políticas operativas. La armonización permite alinear los objetivos del hospital con las exigencias normativas, asegurando que cada proceso administrativo, clínico y operativo cumpla con los requisitos establecidos, sin generar duplicidades o esfuerzos innecesarios.

Además, la armonización facilita una visión integral del sistema de gestión, donde cada área del hospital trabaja bajo un mismo marco de referencia, permitiendo que los recursos se utilicen de manera más eficiente. Esto es crucial en el contexto de la UCI, donde el manejo adecuado de los recursos humanos, tecnológicos y financieros es fundamental para garantizar la sostenibilidad del servicio. La falta de armonización, por otro lado, puede generar ineficiencias, conflictos entre

normativas, y una carga administrativa excesiva, lo que a largo plazo podría comprometer la calidad del servicio y su viabilidad económica.

Por otro lado, la armonización asegura que el hospital se mantenga en un ciclo constante de evaluación y mejora continua. Al integrar la ISO 9001:2015, que promueve la calidad y la gestión eficiente, con la Resolución 3100, que establece los requisitos específicos para la habilitación de los servicios de salud, y las directrices de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), que optimiza la planificación y gestión institucional, el hospital no solo cumple con las normativas legales, sino que establece una estructura robusta para la gestión de riesgos, la satisfacción de los usuarios y la sostenibilidad a largo plazo.

1. Planteamiento del Problema

La acelerada dinámica del entorno experimentada en casi todas las industrias por cuenta de las modificaciones normativas, la tecnología y los cambios socio-políticos, demanda que cualquier sector económico se enfoque hacia esquemas de gestión basados en la mejora continua; sin embargo, la línea de los servicios de salud cobra especial relevancia, en tanto que se orienta hacia un tipo de atención determinante en el bienestar físico y emocional de las personas, constituyéndose como un campo altamente sensible para la sociedad (Paneque, 2004).

En esta medida, los servicios de salud deben ser gestionados bajo parámetros debidamente estructurados a nivel de planeación y gestión de la calidad, en miras de favorecer no solo la satisfacción de los pacientes en el corto plazo, sino también impactar en el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones y extender sus expectativas de vida en el mediano y largo plazo. Cuando los servicios de salud no son administrados bajo los parámetros anteriormente descritos, los resultados obtenidos son opuestos a los esperados, pues se aumenta la probabilidad de enfermedad y muerte asociada a la ineficacia y la ineficiencia de las entidades (Eraso, 2011).

Los servicios de cuidado intensivo son fundamentales en los establecimientos de salud, considerando que permiten proveer un servicio especializado a aquellos pacientes que por cualquier motivo se encuentran en estados críticos que les ponen en riesgo de perder funciones importantes, e incluso perder la vida. Ninguna comunidad en el mundo se encuentra exenta de requerir este tipo de servicios especializados, por cuanto se hace fundamental en términos de calidad, que las entidades realicen las gestiones pertinentes para contar con esta línea de servicio bajo estándares que permitan garantizar mínimos de calidad (Esper, Ruiz, & Morales, 2009).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Grupo Banco Mundial, los servicios de

salud de baja calidad se convierte en una barrera para el mejoramiento de la salud en cualquier país, sin importar su nivel de ingresos. Si bien en todos los países se observan situaciones como diagnósticos imprecisos, tratamientos o medicación inadecuada, prácticas inseguras y otros, las estadísticas muestran que en los países de medianos y bajos ingresos el 10% de los pacientes se ven perjudicados en su salud durante su tratamiento por inadecuadas condiciones de salubridad o prácticas inadecuadas. Así pues, no solo se hace fundamental la creación de las diferentes áreas para la prestación de los servicios de salud, sino también que estos operen bajo una adecuada planificación y estándares de calidad (Banco mundial, 2018).

De acuerdo con el Banco Mundial y la Corporación Financiera Internacional (IFC), uno de los principales retos a los que se enfrenta Colombia es el acondicionamiento de los hospitales para que cumplan con las regulaciones y políticas orientadas al mejoramiento de la calidad y prestación de servicios integrales que respondan a las necesidades de las poblaciones (Consultor Salud, 2021).

La ESE Hospital del Sarare está ubicado en el municipio de Saravena (Arauca); de acuerdo con el ASIS Departamental del 2021 el cual está basado en datos DANE la población total del departamento de Arauca estimada a 2021 es de 301.270, el 50.1% (150.856) son hombres y el 49.9% (150.414) son mujeres. En cuanto al municipio de Saravena de acuerdo con el análisis de Situación de Salud ASIS del 2021 la población con base en el censo DANE del 2018 proyectada para el año 2021 es de 64.520 habitantes.

Saravena se encuentra localizado en la Orinoquia Colombiana, noroccidente del departamento de Arauca, sus límites geográficos y los Hospitales de los cuales la ESE

Hospital del Sarare recibe remisión de pacientes son; por el Norte con la República de Venezuela, pues por el tema de inmigración de la población se brinda atención a extranjeros con o sin regularización de su permanencia de acuerdo al estado de afiliación al Sistema de

Seguridad social en salud, pero como lo recita en el artículo 168 de la Ley 100 de 1993 las IPS sean públicas o privadas, deben prestar la atención inicial de urgencias a cualquier persona que lo requiera, independientemente de su capacidad de pago, sin requerir contrato ni orden previa.

En los demás límites geográficos del municipio de Saravena nombrados a continuación se reciben referencias de Hospitales que prestan servicios de salud de baja complejidad. Al

Sur limita con el municipio de Fortul en el cual se encuentra el Hospital San Francisco de Fortul, al Este limita con el municipio de Arauquita en el que se ubica el Hospital San Lorenzo de Arauquita, al Oeste con el Departamento de Boyacá mediante el municipio de Cubará en el que se ubica el Hospital Especial de Cubará del cual también es centro de referencia por su cercanía al departamento de Arauca. Adicional a esto, aunque no tiene límites fronterizos con el municipio de Saravena, pero por cercanía geográfica se reciben pacientes de Samoré y Gibraltar siendo municipios de Norte de Santander.

Adicionalmente en el departamento de Arauca se encuentra que el municipio de Tame del departamento de Arauca, aunque no limita con Saravena también se reciben pacientes del Hospital San Antonio de Tame el cual brinda servicios de baja y mediana complejidad. En cuanto a los municipios de Puerto Rondón y Cravo Norte generalmente la ESE Hospital del Sarare no es centro de referencia directo ya que refieren a Tame o al municipio de Arauca por la cercanía geográfica.

Teniendo en cuenta lo anterior la ESE Hospital del Sarare es centro de referencia para gran proporción de la población del Departamento de Arauca; Fortul, Arauquita, Tame, Cubará, Samoré, Gibraltar, demandando un fortalecimiento de los servicios a nivel de calidad, planeación y ampliación de estos, por cuenta de la amplia población a la que atiende.

Según el ASIS Departamental del 2021, en el departamento de Arauca evidencia una estructura de población progresiva y se proyecta que para el 2023 continúe así. Describe una

reducción del porcentaje de población menor de cuatro años, el cual pasó de 14,7 % en el 2005 a 12,1 % en el 2019 y se espera que en 2020 descienda a 11,8 %. Además, muestra una reducción en la base en el 2021 con relación al 2018 y este comportamiento se espera se mantenga para 2023. Asimismo, muestra ensanchamiento en la población de 45 a 64 años entre 2018 y 2021. Describe una tendencia al envejecimiento, dado que la población mayor de 65 años creció de 4,3 % a 5,4 % entre el 2005 y el 2018, a 2021 crecerá en el 5,6 %, lo que evidencia una disminución de la mortalidad en este grupo de edad, se proyecta que para el 2023, esta pirámide seguirá estrechándose en su base y expandiéndose en los grupos de edad más avanzada. Al comparar el ASIS del 2021 en el municipio de Saravena con el ASIS del 2021 del Departamento de Arauca se evidencia el mismo comportamiento, evidenciando en el del municipio de Saravena la estructura poblacional por edad se observa una reducción en la población infantil y un ligero aumento en la población de personas mayores.

De acuerdo con los análisis de situación de Salud antes mencionados se evidencia un aumento en la esperanza de vida lo cual lleva a mayor demanda de atención de enfermedades crónicas y sus complicaciones, y una de las principales causas de Ingreso a UCI según el consenso de recomendaciones sobre criterios clínicos de ingreso y egreso en pacientes adultos a la unidad de cuidado intensivo e intermedios de Bogotá D.C del 2020.

Según el análisis de situación de salud (ASIS) de Saravena del 2021, la mortalidad, fue de 185 defunciones, que representan una tasa del 2.54 por mil habitantes. En este estudio se muestra que entre las tres primeras causas de mortalidad de la población se encuentran enfermedades del sistema circulatorio, principalmente las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebro vasculares, tumor maligno de cuello uterino en mujeres y de próstata en hombres, mortalidad por enfermedades crónicas de las vías inferiores. En causas externas, los

accidentes de tránsito, se ha caracterizado por el incremento de muertes de motociclistas en un promedio de 6 casos anuales, los homicidios y el incremento de la población mayor a 65 años estos factores son definidos como criterios de ingreso a UCI es decir que se puede dar un aumento en la demanda del servicio de Cuidado intensivo.

El Gobierno Nacional declaró por primera vez el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio colombiano en el marco de la Pandemia por COVID19 mediante la expedición del Decreto 417 del 17 de marzo del 2020, posteriormente fue ampliando este estado de emergencia mediante diferentes actos administrativos. En respuesta a la atención de la Pandemia el Gobierno Nacional desarrolló un plan de expansión de camas en Unidades de Cuidados intensivos, siendo así que el 7 de septiembre del 2020 mediante el Boletín de Prensa No 684 de 2020 el entonces ministro de Salud y Protección Social, Fernando Ruiz Gómez informó que se alcanzó un crecimiento en camas UCI del 91% comparado con la capacidad que se tuvo a corte de febrero, antes de la llegada del covid-19 al país, contando en Colombia con 10.225 camas UCI. Esta expansión de camas UCI se realizó en gran parte gracias a los ventiladores entregados por el Gobierno Nacional y adicional a esto, los 5.957 ventiladores adquiridos o recibidos en donación. Dada esta situación diferentes Prestadores de servicios de Salud gracias a la Adquisición de los ventiladores realizaron la habilitación del servicio transitoriamente, entre estos prestadores la ESE Hospital del Sarare realizó la habilitación transitoria del Servicio de Cuidado Intensivo servicio prestado desde el mes de Julio del 2020 inicialmente con cinco Unidades de cuidados intensivos ampliando su capacidad hasta llegar a contar con 15 Unidades, de acuerdo a los reportes del Sistema de Información Hospitalaria SIHO se prestó el servicio de Cuidado crítico a un total de 800 pacientes distribuidos por vigencia, en el año 2020 se prestó

servicio UCI a 250 pacientes, en la vigencia 2021 a 391 pacientes y en la vigencia 2022 159 pacientes.

El Ministerio de Salud y Protección Social Gobierno Nacional mediante la Resolución 666 del 28 de Abril del 2022 prorrogó la emergencia sanitaria por el coronavirus COVID-19, declarada mediante Resolución 385 de 2020, prorrogada por las Resoluciones 844, 1462, 2230 de 2020, 222, 738, 1315, 1913 de 2021 y 304 de 2022 hasta el 30 de Junio del 2022, y una vez cumplido este plazo ante la finalización del estado de emergencia sanitaria en Colombia, se dio el cierre o habilitación de los servicios de salud autorizados transitoriamente generando disminución de la cantidad de Unidades de Cuidado intensivo a nivel País.

En el caso de la ESE Hospital del Sarare, se realizó el cierre del servicio a partir de 31 de agosto del 2022 y se generó la necesidad de desarrollar acciones para el fortalecimiento de la infraestructura, dotación, talento humano, plataformas tecnológicas, procesos prioritarios, y demás recursos necesarios para lograr la habilitación del servicio de Cuidado intensivo.

Según informe presentado por la Secretaría de Salud Departamental la comunidad de Arauca presenta altos índices de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebro vascular, traumas por accidentes de tránsito y diabetes mellitus. De allí se generan las principales causas de remisión en busca de atención de un mayor nivel de complejidad.

Por otro lado, el tratamiento a patologías que dependen de la práctica quirúrgica de alta complejidad como la cirugía bariátrica, no pueden llevarse a cabo debido a que no se cuenta con una Unidad de Cuidados intensivos como soporte al post operatorio. Esto obliga a recurrir en la mayoría de los casos a aviones ambulancia con costo aproximado de 26 millones de pesos, para el traslado de pacientes a otras ciudades. Teniendo presente que algunos pacientes, necesariamente deben ser acompañados al ser remitidos a otra ciudad, para dar continuidad a su proceso de

atención, bien sea por ser adultos mayores o tener algún tipo de discapacidad diferente a su patología. Se debe tener en cuenta que es el acompañante quien tendrá que asumir los costos de estadía, alimentación y transporte que varía según el caso, pero es constante en términos de necesidades básicas mientras se encuentran en una ciudad diferente durante el proceso de atención de sus pacientes.

Se debe tener en cuenta también, que el valor de la estancia y los procedimientos que se lleven a cabo, son ingresos que la ESE Hospital Sarare deja de percibir y los pacientes y sus familias deben asumir gastos de alojamiento, alimentación, entre otros por estar en ciudad diferente a su residencias y generalmente las ciudades son del interior del país donde los costos de manutención y transporte son más elevados además con disminución de posibilidades de estar cerca a su familia, apoyo moral y psicológico en el proceso de recuperación. Como consecuencia, algunos pacientes pueden sufrir complicaciones en su patología al no recibir tratamiento oportuno, lo que finalmente va a generar un aumento en la mortalidad de los pacientes y disminución de la calidad de vida de otros.

La apertura de un nuevo servicio de salud de todo prestador son oportunidades para mejorar financieramente y contribuir a la calidad de vida de la comunidad de la región, y desde la dirección del Hospital del Sarare ESE en su misión y visión busca brindar servicios de alta complejidad con cumplimiento de estándares de calidad, a través de la propuesta metodológica de integración de los sistemas de Gestión de la calidad según la NTC- ISO 9001:2015 con el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en salud, y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, asegura el cumplimiento de requisitos, permite articular los procesos lo cual es fundamental para el funcionamiento de un servicio de alta complejidad que implica la interdependencia de servicios en función del paciente crítico, implementa la gestión del mejoramiento continuo, permite garantizar

el incremento de la satisfacción del usuario y de las partes interesadas, desarrolla una cultura organizacional sólida, consolida el liderazgo del talento humano de la institución, favorece la rentabilidad y sostenibilidad financiera, fundamental para entidades del sector público teniendo en cuenta la limitación de acceso a los recursos de inversión, y finalmente permite fortalecer los mecanismos de control interno que asegura la eficiencia, efectividad y eficacia en los procesos que rodean la gestión institucional.

Es importante tener en cuenta que los Prestadores de servicios de salud presentan diferentes condiciones financieras, administrativas, técnicas, legales y mercado que son determinantes en análisis de la viabilidad en la apertura de nuevos servicios, por cuanto la inexistencia de estos se constituye como una barrera en la toma de decisiones con relación a su implementación.

1.1 Formulación del Problema

¿Cuáles son factores que contribuyen a desarrollar un plan de armonización para la lograr la interacción eficiente de los requisitos de habilitación establecidos en la resolución 3100 de 2019, los estándares de calidad de la NTC-ISO 9001:2015 y las directrices de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) para la apertura del nuevo servicio de Unidad de Cuidado intensivo en la ESE Hospital del Sarare?

1.2 Sistematización del Problema

- ¿Qué herramienta permite evaluar el estado de cumplimiento de las condiciones de habilitación requeridas para la apertura del Servicio de Cuidado intensivos en la ESE Hospital del Sarare basados en los requisitos establecidos en la Resolución 3100 del 2019, los estándares

de calidad establecidos en la NTC-ISO 9001:2015 y las directrices de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)?

- ¿Qué elementos permiten la construcción de un plan estratégico que aborde la interacción de los criterios de habilitación definidos en la resolución 3100 de 2019, los estándares de calidad establecidos en la NTC-ISO 9001:2015 y las directrices de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) con el propósito fundamental de garantizar la coherencia, consistencia y eficacia en los requisitos para la apertura del Servicio de Cuidado Intensivo en la ESE Hospital del Sarare?

- ¿Cómo elaborar la caracterización del proceso con la definición de las actividades específicas, responsables y plazos definidos para la implementación de la armonización, considerando los aspectos organizativos, operativos y de gestión necesarios para garantizar la calidad en la prestación del Servicio de Cuidado Intensivo?

- ¿Cómo definir herramientas para fomentar una cultura de mejora continua en la prestación del Servicio de Cuidado Intensivo, promoviendo la participación del personal en la identificación de oportunidades de mejora, la implementación de soluciones innovadoras y el reconocimiento de buenas prácticas y la satisfacción del usuario y su familia?

1.3 Justificación

El Servicio de Cuidado Intensivo de Adulto según la Resolución 3100 del 2019 del Ministerio de Salud y protección social se define como el servicio para la atención de pacientes adultos críticamente enfermos o desde la edad que por criterio médico puedan ser manejados en este servicio, con patologías que requieran soporte vital, monitorización y manejo especializado,

cuya condición clínica pone en peligro la vida en forma inminente, por lo cual la existencia del servicio es determinante para el restablecimiento de la salud de los usuarios teniendo en cuenta que el Departamento de Arauca tiene difíciles condiciones sociodemográficas ya sea por las malas condiciones de vías que comunican a las ciudades principales de Colombia, sumado al conflicto armado. Además, el Ministerio de Salud y protección social a través del Boletín de Prensa No 074 del 01 de febrero del 2022 informa que al 31 de enero el país contó con 11.040 camas UCI, entre habilitadas y de autorización transitoria, siendo estas últimas representadas con un 45% del total de camas UCI.

Es de tener en cuenta que el Ministerio de Salud y protección de social expidió la Resolución 1138 de Junio del 2022 en respuesta a la finalización de la declaración de emergencia sanitaria frente a la Pandemia por Covid -19, la cual fue declarada mediante el Decreto 538 del 2020, indicando a los prestadores de servicios de salud que cuentan con servicios autorizados transitoriamente por parte de las secretarías de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, que no deseen continuar prestando dichos servicios, que dispondrán hasta el 31 de julio de 2022 para adelantar el cierre voluntario. Lo que indica que posterior a esta fecha a nivel país se vio disminuida la capacidad instalada de camas UCI con el cierre de los servicios habilitados transitoriamente.

Contar con el servicio de UCI, es una inversión que beneficiara de manera directa a más de 301.270 habitantes del departamento de Arauca y adicionalmente habitantes de los municipios aledaños de otros departamentos, y conjuntamente a este servicio están las especialidades de alta complejidad, además el poder realizar procedimientos quirúrgicos que implican su recuperación postquirúrgica en UCI, quiere decir que se abre la posibilidad de brindar de servicios que actualmente el acceso a nivel País son de difícil acceso.

Con la apertura de este servicio se tendría la capacidad para atender casos críticos que llegan a la ESE Hospital Sarare en la que se atenderán patologías graves del aparato respiratorio, cardíaco, neurológico, digestivo y endocrino, politraumatizados entre otras, trayendo como consecuencia beneficios a la condición de salud de los usuarios.

Acorde con la visión de la ESE Hospital del Sarare donde se proyecta al 2024 pasar de ofertar servicios de baja y mediana complejidad a ofertar servicios de alta, pero con un factor diferencial y es que busca ampliar su gama de servicios basado en estándares de alta calidad, es allí donde se justifica el diseño de un Plan de Armonización teniendo como base la interacción de los Requisitos de Habilitación de la Resolución 3100 de 2019, la NTC-ISO 9001:2015 y la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

La ESE Hospital del Sarare basado en sus principios institucionales busca la autosostenibilidad esto implica el tema presupuestal y financiero donde la optimización de los recursos es indispensable, para lo cual el Sistema de gestión de la calidad basado en la NTC 9001 del 2015 es un elemento fundamental para desarrollar las actividades de forma eficaz garantizando la satisfacción de las necesidades y expectativas de todas sus partes interesadas junto al cumplimiento de los requisitos legales aplicables y reglamentarios.

Al desarrollar un plan de armonización de los Sistemas de Gestión de la calidad basado en la NTC 9001 del 2015 con el Sistema Obligatorio de la Garantía de la calidad (SOGCS) específicamente los requisitos de habilitación establecidos mediante la Resolución 3100 del 2019 del Ministerio de Salud y protección social y la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) permitirá

dirigir, planear, ejecutar, realizar seguimiento, evaluar y controlar la apertura de un servicio de alta complejidad como lo es el Servicio de Cuidado intensivo.

La expectativa generada frente a un plan de armonización para lograr la interacción eficientes de los requisitos de habilitación, estándares de calidad NTC-ISO 9001:2015 y la política MIPG de Fortalecimiento Organizacional y simplificación de procesos es aportar a la ESE Hospital del Sarare una metodología estructurada que permita identificar los recursos disponibles, las brechas para el cumplimiento de requisitos y las formas de identificar mejoras y oportunidades, es decir que desde la planeación de la apertura de un servicio de alta complejidad se inicié con la estructura de un Sistemas de Gestión siendo así un referente para los demás servicios prestados en la Institución al introducir mejoras en el desarrollo, desde el diseño de los procesos hasta la prestación del servicio eficientes, efectivos y eficaces.

A nivel general la ESE Hospital del Sarare podrá posicionarse en el sector salud con elementos de competitividad, productividad, aportando al desarrollo social y económico de la región, fortaleciendo su identidad. Otro valor agregado de esta investigación radica en poder romper barreras de resistencia en el personal y tener un completo modelo estratégico que involucre de manera sistemática a todos los miembros de la organización.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Desarrollar un plan de armonización para la lograr la interacción eficiente de los requisitos de habilitación establecidos en la resolución 3100 de 2019, los estándares de calidad de la NTC-ISO 9001:2015 y las directrices de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación

de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) para la apertura del nuevo servicio de Unidad de Cuidado intensivo en la ESE Hospital del Sarare.

2.2 Objetivos Específicos

- Evaluar el cumplimiento de las condiciones de habilitación para la apertura del Servicio de Cuidado Intensivo en la ESE Hospital del Sarare, de acuerdo con la resolución 3100 de 2019, del Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma NC ISO 9001 y las directrices de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

- Elaborar un plan estratégico que aborde la interacción de los criterios de habilitación definidos en la resolución 3100 de 2019, los estándares de calidad establecidos en la NTC-ISO 9001:2015 y las directrices de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) con el propósito fundamental de garantizar la coherencia, consistencia y eficacia en los requisitos para la apertura del Servicio de Cuidado Intensivo en la ESE Hospital del Sarare.

- Elaborar la caracterización del proceso con la definición de las actividades específicas, responsables y plazos definidos para la implementación de la armonización, considerando los aspectos organizativos, operativos y de gestión necesarios para garantizar la calidad en la prestación del Servicio de Cuidado Intensivo.

- Definir herramientas para fomentar una cultura de mejora continua en la prestación del Servicio de Cuidado Intensivo, promoviendo la participación del personal en la identificación de oportunidades de mejora, la implementación de soluciones innovadoras y el reconocimiento de buenas prácticas y la satisfacción del usuario y su familia.

3. Marco Referencial

3.1 Marco Contextual

3.1.1 *Reseña Histórica y Caracterización de la Empresa*

De acuerdo con la información publicada por el Hospital del Sarare ESE en su portal web <http://www.hospitaldelsarare.gov.co/> se presenta la reseña histórica, así como la caracterización.

El Hospital del Sarare ESE fue fundado en la época de la colonización en convenio con el Instituto Colombiano de la Reforma Agraria INCORA, en la década de los años 70, basados en la necesidad de una comunidad que comenzaba a surgir como un municipio próspero y con gran proyección de crecimiento, teniendo en cuenta las riquezas de sus recursos naturales.

Inicialmente funcionó como un Centro de Salud Seccional de Salud de Arauca presentando servicios de Medicina general, Odontología, Laboratorio clínico, Vacunación y Urgencias. Más adelante con el crecimiento poblacional producto de la explotación petrolera, se sintió la necesidad de crecer lo que es impulsado por el INCORA, organizándose como un hospital de primer nivel de atención, que luego mediante ordenanza no. 21 de noviembre de 1993, fue creado y elevado a institución de segundo nivel de atención como un ente Departamental descentralizado, con autonomía administrativa, financiera, con patrimonio propio y actualmente por ordenanza no. 03E del 10 de septiembre de 1997 se transformó en Empresa Social del Estado.

El Hospital del Sarare es una Empresa Social del Estado ubicada en el municipio de Saravena, que brinda servicios de salud de baja y mediana complejidad al departamento de Arauca y sus alrededores.

Su código de habilitación es 8173600067, cuenta con una sede Principal ubicada de forma central en una de las principales calles del área urbana del Municipio de Saravena (Calle 30 No 19A-82) brindando servicio de Urgencias, Internación, Servicios ambulatorios, Terapia de

rehabilitación, Apoyos diagnósticos y terapéuticos, Farmacia, Referencia y contra referencia, Cirugía, Salud pública, Sistema de información y atención del usuario (SIAU) y Administración. Sede B INCORA está ubicada pasos arriba del Hospital del Sarare ESE en la Calle 30 No 28, se cuenta con servicio de Terapia y rehabilitación y Programas y proyectos en ejecución. Sede C ubicada frente a la sede Principal donde se presta servicio de Psicología, Higiene oral, Consulta externa especializada, Telemedicina, Toma de muestra de laboratorio clínico. Sede de Atención Primaria UNAP ubicada en la calle 30 No 18 esquina, en esta sede se presta servicios de Atención Primaria Promoción y prevención, Servicios ambulatorios y procedimientos menores. Y además se cuenta con seis puestos de salud en los cuales se presta servicio Vacunación, ubicados en la Vereda Bajo San Joaquin, Vereda Calafitas, Vereda

Caño Seco, Vereda la Isla del Charo, Centro Poblado Puerto Lleras y Centro Poblado Puerto Nariño.

Misión: El Hospital del Sarare es una Empresa Social del Estado ubicada en el municipio de Saravena, que brinda servicios de salud de baja y mediana complejidad al departamento de Arauca y sus alrededores, con atributos de calidad, seguridad, humanización y procesos socialmente responsables, a través de un talento humano competente y comprometido en satisfacer las necesidades de los usuarios, sus familias y demás partes interesadas; haciendo el uso eficiente de los recursos disponibles.

Visión: El Hospital del Sarare-ESE para el 2024 se proyecta a ser una organización autosostenible y ambientalmente responsable, que goce de reconocimiento a nivel Regional y Nacional, como una institución certificada en estándares de calidad, con alta tecnología, que ofrece servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad; promoviendo políticas transversales de

atención médica segura y humanizada, garantizando la integralidad e interculturalidad a los usuarios y sus familias.

Objetivos Institucionales:

- Garantizar la sostenibilidad financiera de la institución.
- Aumentar la satisfacción del usuario y mejorar su calidad de vida.
- Generar una cultura humanizada en la prestación de Servicios de Salud, soportada en la ética y compromiso del talento humano.
- Incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras de la atención en salud que mejoren la calidad del servicio.
- Mejorar el Sistema obligatorio de garantía de la Calidad, articulado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.
- Mejorar la infraestructura física, equipos y capacidad instalada del Hospital, que permita ampliar el portafolio de servicios institucional y nivel de complejidad.
- Mejorar la gestión de Riesgo Institucional, que permita a la entidad lograr el desarrollo integral de los procesos.
- Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.
- Desarrollar acciones que permitan vincular y hacer partícipe a los usuarios y grupos de Interés en el ciclo de gestión del Hospital del Sarare.
- Mejorar las prácticas ambientales, que permitan al Hospital del Sarare la minimización de los aspectos e impactos ambientales.

Principios y Valores éticos.

Los principios éticos del servidor público del Hospital del Sarare ESE, son los establecidos en el artículo 209 de la Constitución Política de Colombia: buena fe, igualdad, moralidad,

celeridad, economía, imparcialidad, eficacia, eficiencia, participación, publicidad, responsabilidad y transparencia.

Los principios éticos que rigen el actuar de los servidores públicos son el Profesionalismo, Humanismo, Efectividad y Sentido de pertenencia.

Los valores éticos, cualidades con las que cuentan los servidores públicos son la Honestidad, respeto, compromiso, diligencia, justicia, equidad, integridad y responsabilidad.

Figura 1. Organigrama



Figura 2. *Mapa de Procesos*

En relación a las condiciones de habilitación que ha venido cumpliendo la ESE Hospital del Sarare ha contado con los servicios habilitados tal como se han mencionado en el apartado de portafolio de servicios, cumpliendo respectivamente dichas condiciones ya que ha venido realizando la renovación oportuna de los certificados de habilitación, en cuanto índices de desempeño de cada indicador del Sistema Obligatorio de garantía de la calidad en salud es información sensible de la entidad, y la información de acceso para la comunidad esta evidenciada en los informes de rendición de cuentas de cada vigencia los cuales se ubican en la página web institucional de la ESE, allí se evidencia cifras de indicadores de oportunidad y calidad en la atención, dominio de seguridad del paciente, comportamiento de producción, indicadores de hospitalización, indicadores de gestión Resolución de Minsalud 408 del 2018 en cuanto a lo que se ha desarrollado en relación a la prestación del Servicio de Cuidado intensivo en Julio del 2020 realizó habilitación transitoria de cinco unidades ampliando hasta quince unidades y realizó el cierre del servicio a partir de 31 de agosto del 2022, la ESE Hospital del Sarare evidencia en los

informes de rendición de cuentas que están publicados en la página web los cuales son desde la vigencia 2015 a 2023, que no ha recibido medidas administrativas.

3.2 Antecedentes

3.2.1 Antecedentes en el Ámbito Internacional

Autores como Mercader, Pérez y et al. (2021) presentan en su artículo especial realizado en UCI Quirúrgica, en el Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España donde se analiza el resultado de la implementación de un sistema de gestión de la calidad en base a la Norma ISO 9001:2015 en una unidad de cuidados intensivos quirúrgica. El objetivo principal es describir el proceso de implementación de un SGC bajo la Norma ISO 9001:2015 en la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica del Hospital General Universitario de Elche y evaluar sus resultados, se definieron las líneas estratégicas que marcaron el inicio del despliegue de nuestro SGC con la redacción de 7 objetivos, alcanzándose su cumplimiento en el 100%. Se elaboraron los procesos clave (7) que describían el funcionamiento de la organización, así como los de tipo estratégico (14) y de soporte o apoyo (5), complementados con 55 protocolos médicos y de enfermería. Se analizaron 20 indicadores de monitorización: 6 de tipo organizativo y planificación, y 14 clínicos, concluyen que implementar un SGC en la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica ha permitido definir las líneas estratégicas de la organización, desarrollar objetivos, establecer indicadores de monitorización, estandarizar el trabajo de la Unidad mediante procedimientos y protocolos, aumentar la seguridad en el trabajo mediante la utilización de listas de comprobación, iniciar acciones de mejora para fortalecer los puntos débiles del propio SGC, así como conocer el grado de satisfacción y necesidades de nuestros pacientes y del personal que trabaja en ella (Mercader *et al*, 2022).

Frente a lo anterior, algunos autores como Sánchez et al. (2018), presentan en su artículo el adulto mayor en una unidad de cuidados intensivos mexicana, análisis retrospectivo, el objetivo de este estudio es describir las características de ingreso y su asociación con el desenlace de los adultos mayores en una UCI de un hospital de tercer nivel de atención. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, con sujetos de 65 años de edad y mayores, de ambos sexos, que ingresaron en la UCI de un hospital público, desde enero de 2015 a agosto de 2016.

Fueron elegibles aquellos que ingresaron por primera vez en la UCI y se excluyeron los reingresos. Se registraron las siguientes características: edad, sexo, comorbilidades, índice de masa corporal, motivo de ingreso en la UCI, tiempo de estancia hospitalaria previa al ingreso en la UCI, tipo de paciente (médico o quirúrgico), tiempo de estancia en la UCI, gravedad de la enfermedad medida por las escalas APACHE II y SOFA, disfunciones orgánicas al ingreso de acuerdo con los componentes de la escala SOFA, uso y duración de ventilación mecánica, requerimiento de terapia de reemplazo renal y desarrollo de alguna infección nosocomial. El punto final del seguimiento fue el alta de la UCI. Este estudio evaluó las características clínicas y la mortalidad de los adultos mayores que ingresaron en una UCI de un hospital público en México. Encontramos que, a mayor edad, mayor gravedad de la enfermedad aguda medida por la escala APACHE II, mayor presencia de síndrome de insuficiencia respiratoria aguda y mayor uso de ventilación mecánica existe un mayor riesgo de muerte en la UCI en los adultos mayores.

La mortalidad en nuestra UCI fue similar a la reportada en otras unidades de Latinoamérica y otras partes del mundo. Se ha evidenciado que la mortalidad de los sujetos de 65 años y mayores es ligeramente mayor o similar a la de los pacientes jóvenes después de ajustarse a las variables, pudiendo la edad contribuir en menor grado al riesgo de muerte en comparación con la gravedad de la enfermedad, situación que no ocurrió en los pacientes. Las características clínicas que

incrementan el riesgo de muerte en la UCI son similares a las descritas en otras poblaciones. Este trabajo tiene algunas limitaciones, como el ser un análisis retrospectivo y el número de sujetos analizados; sin embargo, permite tener un panorama de las características y factores de riesgo de muerte en la UCI en nuestra población. Como conclusión los autores señalan que la edad, la gravedad de la enfermedad, la presencia de síndrome de insuficiencia respiratoria aguda y el uso de ventilación mecánica son factores de riesgo de muerte en la UCI. La identificación temprana de estos factores de riesgo podría mejorar el desenlace de los adultos mayores en la UCI.

Sumado a lo anterior, autores como Alvear, Canteros, Jara y Rodríguez (2013), presentan en su artículo Costos reales de tratamientos intensivos por paciente y día cama, la presente investigación ha tenido como objetivo medir los costos financieros reales asociados a las patologías tratadas en las Unidad de Cuidados Intensivos Adulto de dos hospitales públicos de la Región del Maule; Hospital de Curicó y Hospital de Talca. Se trata de un estudio prospectivo que mide los costos por paciente, patologías y días cama de tratamientos intensivos. Si bien faltan estudios que caractericen mejor a la población usuaria de cuidados intensivos a nivel nacional, los pacientes incorporados en nuestro estudio son desde el punto de vista epidemiológico una muestra que no difiere significativamente del universo de pacientes que ingresan a las unidades de cuidados intensivos del sector público a nivel nacional, de acuerdo con parámetros de edad, patología y gravedad.

El costo asociado a los equipos de salud, que representa el 65% a nivel global, para dos unidades con una disponibilidad de 8 camas y 10 camas respectivamente, con un índice ocupacional de 91%, cifra que no se aleja de otros estudios realizados a nivel nacional donde el recurso humano representa 75% para Unidades de Cuidados Intensivos con 13 camas y con un índice ocupacional de 80%. Los principales grupos de patologías analizadas en este estudio

expresan los escenarios clínicos en la mayoría de las Unidades de Cuidados Intensivos polivalentes, como son los cuadros cardiovasculares, sepsis, trauma. A nivel internacional un estudio realizado en Europa, que contempló a 51 unidades de cuidados intensivos, muestra que los pacientes que representan el mayor costo en su tratamiento son los pacientes sépticos, absorbiendo en promedio el 62% de los recursos, con un costo promedio equivalentes en pesos a (\$M 694,6 ± \$M 268,9)¹¹, considerando \$ 637,27 por un euro.

A nivel, nacional un estudio retrospectivo de costos de tratamientos intensivos, publicado el año 2010, muestra que los pacientes sépticos demandan la mayor cantidad de recursos, 28%, con un costo promedio de \$ 270.5458. En el presente estudio también se muestra que los motivos de ingresos a las Unidades de Cuidados Intensivos no son homogéneos y que existen niveles de dispersión entre el costo de tratamiento de las distintas patologías; por ejemplo, el día cama promedio de sepsis con respecto al día cama promedio de pacientes neurológicos varía en 15%. En conclusión, se hace necesario generar instrumentos uniformes de medición de costos, homologarlos y aplicarlos en distintas Unidades de Cuidados Intensivos y publicar sus resultados. La gestión debe permitir procesos de comparación, aprendizaje, y mejoramiento continuo entre las distintas unidades a nivel país

3.2.2 Antecedentes en el Ámbito Nacional

El sistema de salud Colombiano ha ido avanzando en el pasar de los años, teniendo como factor fundamental la cobertura, independiente de la condición social, económica u otros aspectos diferenciales se ha orientado principalmente a la afiliación a algún régimen de salud, y en el contexto actual teniendo en cuenta ese gran avance en cobertura se percibe que se ha orientado a mejorar esos atributos de calidad, oportunidad, seguridad en la atención, y la satisfacción del

usuario y su familia, sin embargo persisten factores como la sostenibilidad financiera, las condiciones contractuales definidas con las Empresas administradoras de beneficios, los temas laborales y demás que implican para todo prestador un reto para su existencia en el sector y asegurar esa capacidad instalada necesaria para responder a las necesidades en salud de la población.

En el artículo “Aproximación al sistema obligatorio de garantía de calidad en salud (SOGCS) de Meneses (2010), pretende hacer una reflexión acerca del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) desde el pensamiento complejo, analizando sus puntos coincidentes y permitiendo verlo como una herramienta integradora en la gestión de las organizaciones de salud que presta grandes beneficios al sistema de salud colombiano y que tiene un enfoque al usuario desde todas las perspectivas de la organizaciones, donde explica que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) es una herramienta integradora en la gestión de organizaciones de salud; sus cuatro componentes se convierten en pasos claves para que estas evolucionen hacia un bienestar sostenible: en la habilitación se establecen los parámetros básicos para la prestación de servicios, la auditoria para el mejoramiento proporciona bases generales para autoevaluar los procesos y mejorarlos, por medio del sistema de información se dan a conocer los resultados generales de la gestión a los diferentes implicados y por último se encuentra el sistema de acreditación que promueve la excelencia concibiendo a la organización como un sistema complejo y por esto humaniza los servicios y personas, impacta y transforma la cultura organizacional, analiza y a fianza las interrelaciones de los servicios, emplea la comunicación como acción y transformación, tiene presente el impacto del tiempo en los procesos y es consciente de su entorno asumiendo su responsabilidad social y ambiental, logrando de este

modo que las organizaciones de salud gestionen su día en torno al mejoramiento continuo, atendiendo que este no tiene fin y por ende las obliga a reinventarse cuando es necesario.

Concluye que, debe quedar claro que el hecho de lograr la acreditación de una institución de salud no es garantía para que sus problemas disminuyan, pero si hace que dada la complejidad de la organización se puedan realizar mediciones, generar tendencias y estandarizar acciones que permitan el control de los problemas y se generen mejores opciones de solución entorno a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios (Meneses, 2010).

Por otro lado, autores como Acuña, García y Vargas (2021), mencionan en su trabajo de estudio de adecuación UCI para atención de COVID-19, Hospital San Rafael de Facatativá, Cundinamarca, una investigación documentada, apoyada en las entidades públicas y/o privadas. Actualmente se presenta una situación que requiere realizar cambios de manera inmediata en la infraestructura de los hospitales, lo anterior, con el fin de prestar el servicio adecuado a las personas que padecen la enfermedad COVID 19 anudada a una sintomatología de afección respiratoria, sintomatología que implica el uso de ventilación mecánica, por tal motivo, las unidades de cuidados intensivos “UCI” han pasado a formar parte esencial de todos los hospitales generales a nivel mundial. En los últimos meses los casos han aumentado notablemente, en la totalidad de casos por coronavirus entre el 2% y el 5% requieren ser internados en la unidad de cuidados intensivos, además el 90% de estos requieren entubación, los periodos de hospitalización son entre 15 y 20 días, situación que implica indefectiblemente ampliar las UCI, por lo que es primordial para los hospitales lograr implementar mejoras y ampliaciones en dichas áreas, de tal manera, atender de oportunamente el volumen de pacientes que ingresan a estas unidades padeciendo de la enfermedad.

Por otra parte, se debe cumplir con una serie de normas para dar solución de la problemática planteada, entre ellas, las áreas de UCI deben cumplir con un dimensionamiento especial, debe estar localizado dentro del hospital en una zona diferenciada y aislada a las demás en aras de evitar la propagación del virus entre el personal médico, visitantes y demás pacientes.

La estructura debe contar con estándares físicos, ambientales, acabados e instalaciones, con la finalidad que, el paciente reciba el adecuado servicio y se cumplan las normas estipuladas por el ministerio de salud. En efecto, se identificó como problema central la falta de infraestructura adecuada en el hospital, así como dar cumplimiento a la normatividad, procesos y procedimientos para garantizar la seguridad del paciente, más aún en el momento crítico por el cual está atravesando el país, siendo este el cuarto a nivel mundial con mayor número de contagios según el instituto John Hopkins.

Adicionalmente, autores como Rincón (2020), presenta un informe relacionado a la actualización en el Sistema de Control Interno (MECI) e Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carúpa. El informe tiene como objetivo iniciar el proceso de implementación gradual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y actualizar el Sistema de Control Interno (MECI) en dicha entidad. Se formalizó en un periodo de cuatro meses, de Junio a Septiembre del 2018; en cuatro fases: la primera fue la etapa de organización de la información para la gestión de la entidad y el talento humano; la segunda realización de los autodiagnósticos de las dimensiones operativas del MIPG para analizar la realidad y los ajustes requeridos para iniciar el proceso de implementación del modelo; la tercera la realización de los planes de acción de cada una de las dimensiones de la ley 1499 de 2017, y la cuarta fase contribuir al proceso de actualización del Sistema de Control Interno de acuerdo al Documento Marco General de MIPG. Cumplidas estas fases se llegó a la conclusión

que si todas las dimensiones funcionan conjunta y eficientemente se logran unos resultados exitosos, no solo para la organización sino también para la comunidad en general.

En Colombia las entidades de orden público antes del año 2017 se regían por tres modelos de gestión pública: el Sistema de Gestión de Calidad (NTCGP-2009/15) el Sistema de control Interno (MECI) y el Sistema de Desarrollo Administrativo (ISO9000:2005; 9001:2008), modelos de obligatorio cumplimiento. Pero a través del Decreto 1499 de 2017, el Gobierno de la República de Colombia decidió fusionar éstos tres sistemas y crear un sistema único de gestión, hoy denominado Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) acoplando el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) a éste, con el fin de minimizar esfuerzos y lograr mayor transparencia en las entidades públicas. Por ello, todas las entidades de orden público entre ellas la E.S.E. Hospital Habacuc Calderón adquirieron la responsabilidad de prepararse para comprender e iniciar la incorporación del nuevo modelo Integrado de Planeación y Gestión.

De esta manera surgió la necesidad de asesoría y acompañamiento para la realización y puesta en marcha de un plan de implementación gradual en aras de la modernización y la eficiencia administrativa. Es obligación de la E.S.E determinar el estado de su gestión, fortalezas y debilidades para determinar las acciones encaminadas al proceso de mejora continua; a la vez dar cumplimiento a la Legislación vigente y aplicable.

Al igual otros autores como Hernández et al. (2018) muestran un informe de la Evaluación Del Modelo Integrado De Planeación Y Gestión (MIPG) en las Entidades Territoriales Del Estado Colombiano. El informe tiene como objetivo realizar un diagnóstico para el establecimiento del marco teórico aplicado a la evaluación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) de las entidades territoriales del Estado colombiano, en especial las entidades territoriales descentralizadas, que son objeto de la investigación titulada: Evaluación del modelo integrado de

planeación y gestión del decreto 1499 del 2017 en las entidades del Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias y su contribución en la gestión misional.

El estudio fue de tipo descriptivo aplicado, con un enfoque cualitativo, utiliza como instrumentos la ficha bibliográfica y el análisis documental para recopilar fuentes secundarias, y una entrevista en cuatro entes descentralizados. Los resultados permitieron proponer un instrumento para dicha evaluación. De manera similar, se pudo conocer la caracterización y las condiciones necesarias para evaluar el cumplimiento, e implementación del (MIPG), en los entes del Estado en el acatamiento de los objetivos misionales durante la prestación de sus servicios. El decreto 1499 de 2017, fusionó los tres sistemas de gestión en Colombia (Sistema desarrollo administrativo, Sistema de control de calidad y el Sistema de control interno) y creó un sistema único de gestión, actualizando, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) acoplado el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), que a su vez, enlaza a los tres sistemas que conforman el modelo MIPG, la intención del decreto es simplificar e integrar el sistema de gestión en las empresas del Estado, para que este se realice de forma dinámica, agilizando los procedimientos del personal, debido a que el sistema de control interno apoya al talento humano lo cual permite interferir en los procesos, encontrar y dar solución a los problemas, antes de que estos sucedan v de sus entes. Este decreto, integra el uso de recursos y exaltación al personal entre otros. El decreto, especificó que los entes territoriales que no utilizaron con anterioridad el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), debían implementar el MIPG de manera obligatoria e inmediata, mientras que el resto de los entes territoriales podían hacer la transición del modelo de forma parsimoniosa. Véase que el MIPG, es el sistema de gestión pública vigente, que el Estado colombiano utiliza para la ejecución de una estructura que permite a sus entidades, orientarse hacia

el cumplimiento de los objetivos misionales. La principal contribución de este proyecto a la comunidad académica radica en que permite tener conocimientos de la forma.

Así como lo plantea Tascón Sierra (2020), presenta un estudio realizado en Bogotá, Colombia, 'Barreras para la implementación de la norma técnica ISO 9001:2015 en el sector salud de Colombia' en donde se Identifican las barreras que afronta la implementación de la norma técnica la ISO 9001:2015 para la gestión de servicio en el sector salud colombiano, con el fin de plantear acciones que puedan superarlas, la investigación es de tipo descriptivo teniendo en cuenta que se observará el sector salud de Colombia, en particular las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-. La metodología utilizada, fue una revisión de los trabajos de investigación en el tema propuesto, con el fin de examinar lo que se conoce hasta el momento sobre el tema, cómo se ha investigado y las herramientas intelectuales y analíticas que podrían ayudar a su comprensión.

Esta metodología se caracteriza por partir de un propósito claro, utilizando métodos sistemáticos y explicativos para localizar, seleccionar datos e información, y tiene como finalidad establecer relaciones, diferencias, posturas o estado actual del conocimiento respecto al fenómeno objeto de estudio. Durante el estudio se evidenció que las organizaciones dedican gran parte de sus recursos para poner en funcionamiento programas de calidad, que en algunas ocasiones no producen los resultados esperados, debido especialmente a la presencia de una serie de obstáculos internos y externos, los cuales no fueron debidamente tratados durante la implantación del programa de calidad, convirtiéndose en los mayores obstáculos para el logro de los objetivos (Tascón, 2020).

Autores como Rojas, Hernández, Núñez, y et al (2019) presentan un artículo basado en un estudio descriptivo realizado en la ciudad de Barranquilla Colombia denominado, "*Gestión*

administrativa sustentable de los sistemas integrados de gestión en los servicios de salud” en donde se aplicó una encuesta en 65 instituciones de salud de la ciudad de Barranquilla las cuales corresponden a clínicas y laboratorios clínicos de diferentes niveles de complejidad. De estas instituciones escogieron las que han iniciado un proceso de certificación de los sistemas de calidad o que han logrado desarrollar importantes avances en esta materia El trabajo exploratorio se realizó en base a la consulta del conocimiento o ambientación de estas entidades con referencia a los Sistemas integrados de Gestión.

Al analizar el panorama actual de las empresas citadas e indagar mediante encuesta sobre la posibilidad de implementar un sistema integrado de gestión, hallamos que existe una buena disposición por parte de las instituciones y los funcionarios encargados de los sistemas de gestión de calidad. En general la experiencia ha sido muy buena y los resultados en procesos promueven un buen escenario para realizar un proceso de integración de normas de calidad.

3.2.3 Antecedentes en el Ámbito Local

En el ámbito local, es poca la evidencia científica que se tiene sobre el tema, siendo algunos autores como Villamizar, Velásquez, Marulanda (2020) en su artículo Estrategias para la optimización operativa y financiera de las entidades de salud pública bajo el sistema obligatorio de garantía de calidad en atención en salud (SOGCS). El presente estudio tuvo como objetivo generar estrategias para la optimización operativa y financiera de la ESE Hospital Juan Luís Londoño en el municipio Zulia-Norte de Santander, bajo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), para lo cual se llevó a cabo una investigación descriptiva y de campo, bajo el enfoque cuantitativo, aplicando una encuesta al personal que labora en el área Operativa y Financiera de esta entidad.

Los resultados arrojaron que no existe un control permanente de algunos de los procesos, como también la necesidad de utilizar herramientas gerenciales para el control operativo y financiero, lo que le permitió a los autores no solo caracterizar los procesos que allí se llevan a cabo, sino formular un Manual de Procedimientos, así como un Cuadro de Mando Integral (CMI) con los respectivos indicadores para la evaluación y el seguimiento de dichos procesos, concluye que en las fases de ejecución del capítulo de los Resultados, los autores de esta investigación le dieron alcance a cada uno de los objetivos propuestos, comenzando con la caracterización de los procesos y/o procedimientos para el control de la gestión operativa y financiera de la de la ESE Hospital Juan Luis Londoño en el municipio Zulia- Norte de Santander, bajo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS); mediante la aplicación de la encuesta al personal de la entidad, reconociendo no solo las oportunidades de mejora, sino también los responsables de cada uno de estos procesos, los cuales fueron posteriormente incluidos en el Manual de Procedimientos (Villamizar et al, 2020).

Estudios similares al anterior como el realizado por Autores como Alvarado Vélez, Peña (2017) donde presentan un estudio realizado en Floridablanca, Santander, como proyecto de grado denominado, 'Participación del auditor en formación en el desarrollo de las auditorías internas del sistema de gestión de calidad de cuatro procesos prioritarios de la Fundación Cardiovascular de Colombia - Instituto Cardiovascular 2017. ' Se realizó un tipo de estudio descriptivo observacional, con caracterización de hechos en los que fueron identificados el problema de investigación y el desarrollo de los procesos de Hospitalización, Hemodinamia, Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular Pediátrica y experiencia del paciente, procesos de la Fundación Cardiovascular de Colombia – Instituto Cardiovascular Floridablanca Santander, Colombia. se obtuvo un resultado en el crecimiento profesional como auditor en formación,

fortaleciendo el liderazgo, la capacidad de observación, la objetividad y el enriquecimiento de conocimientos sobre normativas en salud y técnicas de la auditoría. Todo ello en pro de la mejora continua, a fin de favorecer la atención del paciente, disminuyendo el riesgo de errores y promoviendo la calidad por ambas partes tanto como prestador del servicio, como evaluador de este (Alvarado & Peña, 2017).

Otro estudio es el denominado Estrategias para la optimización operativa y financiera de las entidades de salud pública bajo el sistema obligatorio de garantía de calidad en atención en salud (SOGC) el cual tuvo como objetivo generar estrategias para la optimización operativa y financiera de la ESE Hospital Juan Luis Londoño en el municipio Zulia-Norte de Santander, bajo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS). En el estudio se llevó a cabo una investigación descriptiva y de campo, bajo el enfoque cuantitativo, aplicando una encuesta al personal que labora en el área Operativa y Financiera de esta entidad. Los resultados arrojaron que no existe un control permanente de algunos de los procesos, como también la necesidad de utilizar herramientas gerenciales para el control operativo y financiero, lo que le permitió a los autores no solo caracterizar los procesos que allí se llevan a cabo, sino formular un Manual de Procedimientos, así como un Cuadro de Mando Integral (CMI) con los respectivos indicadores para la evaluación y el seguimiento de dichos procesos, concluye que en las fases de ejecución del capítulo de los Resultados, los autores de esta investigación le dieron alcance a cada uno de los objetivos propuestos, comenzando con la caracterización de los procesos y/o procedimientos para el control de la gestión operativa y financiera de la de la ESE Hospital Juan Luis Londoño en el municipio Zulia-Norte de Santander, bajo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS); mediante la aplicación de la encuesta al personal de la entidad, reconociendo no solo las oportunidades de mejora, sino también los responsables de

cada uno de estos procesos, los cuales fueron posteriormente incluidos en el Manual de Procedimientos (Villamizar et al, 2020).

3.3 Marco Teórico

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud – Colombia acorde al Decreto 780 del 2016 se define como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud. Está conformado por cuatro componentes los cuales son:

- Sistema Único de habilitación
- Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad (PAMEC)
- Sistema de información para la calidad
- Sistema único de acreditación.

Los tres primeros componentes antes mencionados son de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y el de Sistema único de acreditación es voluntario.

Las Entidades departamentales, distritales y municipales son quienes deben adelantar acción es de vigilancia, inspección y control a las Instituciones prestadoras de servicios de salud, esto se realiza a través del reporte de información o a través de visitas de verificación por equipos multidisciplinarios, adicionalmente se cuenta con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de salud REPS donde cada prestador reporta los servicios habilitados, reportes y demás.

3.3.1 Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) fue creada mediante decreto 1918 de 1994. Su objetivo es establecer los mínimos de calidad en atención en salud, y está

conformado por cuatro componentes; el sistema único de habilitación en el cual se establecen los requisitos mínimos para la prestación de servicios de salud y son de obligatorio cumplimiento, un segundo componente que es el de Auditoria para el mejoramiento de la calidad el cual para los prestadores del sector público debe ir orientada en miras de acreditación, un tercer el sistema de información para la calidad el cual agrupa una serie de indicadores, y por último el componente del Sistema único de acreditación el cual es voluntario.

En el componente de Sistema único de habilitación se establece tres condiciones mínimas a cumplir por todo prestador de servicios de salud y cada una de ellas definido en la Resolución 3100 del 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social.

3.3.1.1 Condición de Capacidad Técnico Administrativo. En esta condición se realiza verificación del cumplimiento de requisitos que se ajustan a la norma vigente según la clasificación de la entidad de acuerdo con su naturaleza jurídica.

Según la naturaleza jurídica el prestador de servicios de Salud puede ser Pública centralizada o descentralizadas o privadas las cuales pueden ser con ánimo de lucro o sin ánimo de lucro, acorde a la Resolución 3100 del 2019 toda Institución Prestadora de Servicios de Salud debe contar con:

- Certificado de existencia y representación legal vigente
- Registro único tributario
- Estados financieros
- Certificado bancario en la cual el titular sea la IPS
- Libros oficiales registrados según aplique

Acorde a los documentos antes mencionados se realiza verificación para que concuerden el nombre en el documento de creación con el REPS, que cuente con registros contables con las especificaciones legales.

3.3.1.2 Condición de Suficiencia Patrimonial y Financiera. La verificación de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera permite determinar las condiciones del prestador en relación con estabilidad financiera en el mediano plazo, competitividad en el área de influencia y la liquidez y cumplimiento de las obligaciones a corto plazo, es decir verificar si cuenta con los recursos disponibles y suficientes para poder funcionar y prestar servicios con calidad. Acorde a la Resolución 3100 del 2019 se realiza la verificación de los estados financieros dictaminados por el Revisor Fiscal o por el contador mediante una serie de indicadores:

- Utilidad bruta
- Utilidad operacional
- Utilidad antes de impuestos
- Utilidad neta
- Patrimonio
- Obligaciones mercantiles
- Obligaciones laborales

3.3.1.3 Condición de Capacidad Tecnológica y Científica. Las condiciones de capacidad tecnológica y científica acorde a la Resolución 3100 del 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social se establecieron para mitigar el riesgo en la atención de salud, y generar seguridad en la atención, esta condición es definida a través de siete estándares de habilitación y son basados en tres principios; fiabilidad, esencialidad y sencillez.

Los estándares definidos son:

- Talento humano
- Infraestructura
- Dotación
- Medicamentos, dispositivos médicos e insumos
- Procesos prioritarios
- Historia clínica y Registros
- Interdependencia

Cada estándar tiene un listado de criterios los cuales son definidos en dos aspectos; aplicables para todos los servicios y de manera específica para cada servicio.

Las Entidades que hacen sus veces de secretarías de Salud en cada departamento desarrolla acciones de vigilancia y asistencia técnica para garantizar el cumplimiento de dichas condiciones.

Tabla 1. *Estándares de Condiciones de habilitación bajo la resolución 3100 del 2019*

Estándar	Categoría	Descripción	Capacidad Tecnológica y Científica
Talento Humano	Personal calificado	La UCI debe contar con un equipo multidisciplinario, incluyendo médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, con capacitación especializada en cuidados intensivos.	Acceso a formación continua y certificación en tecnología médica avanzada.
	Educación continua	Programas de educación continua para el personal de la UCI, asegurando que se mantengan actualizados con las últimas investigaciones y técnicas en cuidados intensivos.	Uso de plataformas de aprendizaje en línea y seminarios web para capacitación continua.
Infraestructura	Ambientes, áreas adecuadas	La UCI debe contar con áreas diseñadas específicamente para la atención intensiva, incluyendo habitaciones con espacio suficiente para el equipo necesario y la movilidad del personal.	Equipos de monitoreo continuo de pacientes, sistemas de ventilación y control de infecciones.
	Control de infecciones	Las instalaciones deben cumplir con normas estrictas de higiene y control de infecciones, incluyendo sistemas de ventilación adecuados.	Equipos de desinfección, sistemas de filtración de aire y superficies antimicrobianas.
Dotación	Equipos biomédicos	Equipos biomédicos requeridos aplicable al servicio de cuidado intensivo, y acordes a lo definido en procesos prioritarios Disponibilidad de equipamiento avanzado para el monitoreo y tratamiento de pacientes críticos, como ventiladores mecánicos, monitores de signos vitales, bombas de infusión y equipos de diagnóstico por imágenes.	Dotación biomédica estándar de cuidado intensivo adulto y la definida según las primeras causas de atención o especificidad definida. Inversión en equipos de última generación y mantenimiento regular para asegurar su operatividad.
Medicamentos, Dispositivos Médicos E Insumos	Recursos	Los medicamentos, dispositivos e insumos necesarios para la prestación del servicio de cuidado intensivo asegurando todo su ciclo desde la recepción, almacenamiento, distribución, dispensación y administración.	Métodos o herramientas seguras de administración de medicamentos, controles de calidad de dispositivos.

Estándar	Categoría	Descripción	Capacidad Tecnológica y Científica
Procesos Prioritarios	Estandarización de la atención en salud	Implementación de guías, procedimientos, protocolos basados en evidencia para el manejo de diferentes condiciones críticas, incluyendo el manejo de sepsis, soporte ventilatorio y cuidado postoperatorio.	Software para la gestión y actualización de protocolos clínicos y soporte de decisiones médicas.
Historia Clínica Y Registros	Calidad del dato y seguridad de la información	Contempla los softwares para el registro de la atención en salud, consentimientos informados y demás definidos por el prestador	Sistema de información
Interdependencia	Continuidad de la atención	Mecanismos para asegurar la transición efectiva de los pacientes entre diferentes niveles de atención, incluyendo la coordinación con otros servicios hospitalarios y de seguimiento post alta y los procesos de apoyo necesarios para asegurar la operatividad del servicio.	Gestión por procesos

3.3.2 Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) su última actualización basada en el Decreto 1499 de 2017 emitido por el Departamento Administrativo de la Función pública, MIPG es un modelo que dicta lineamiento a las entidades de orden nacional y territorial para la planeación y la gestión institucional a través de siete dimensiones: Talento humano, Direccionamiento estratégico y planeación, Gestión por valores para resultados, evaluación de resultados, información y comunicaciones, Gestión del conocimiento y Control interno.

Tabla 2. Políticas MIPG

Dimensión MIPG	Política De Gestión y Desempeño Institucional
Talento Humano	Gestión estrategia del talento humano Integridad
Direccionamiento Estratégico y Planeación	Planeación Institucional Compras y Contratación Pública Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto Público: Programación Presupuestal
Gestión Con Valores Para Resultados (Operación Interna)	Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de procesos Gobierno Digital Seguridad Digital Defensa Jurídica Mejora Normativa
Gestión con Valores para Resultados (Operación Externa)	Participación ciudadana en la Gestión pública Racionalización de trámites Servicio al Ciudadano
Evaluación de Resultados Información y Comunicación	Seguimiento y Evaluación del desempeño Institucional Gestión documental Gestión de la información estadística Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
Gestión de Conocimiento e Innovación	Gestión de conocimiento e innovación
Control Interno	Control interno

3.3.2.1 Política Fortalecimiento de Institucional y Simplificación de Procesos.

En el marco del decreto 1499 de 2017 el propósito de esta política es fortalecer las capacidades organizacionales mediante la alineación entre la estrategia institucional y el modelo de operación por procesos, la estructura y la planta de personal, de manera que contribuyan a la generación de mayor valor público en la prestación de bienes y servicios, aumentando la productividad estatal.

La implementación de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos debe ser resultado del ejercicio de Direccionamiento Estratégico y Planeación, así como de los resultados obtenidos por la entidad.

3.3.3 Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) ISO 9001:2015

La norma ISO 9001:2015 es un estándar global que se enfoca en todos los aspectos de la gestión de la calidad. La mejora continua de los procesos internos de las organizaciones es su objetivo principal, para que todas las nuevas normas de gestión compartan un objetivo común, el comité ISO estableció la Estructura de alto nivel como un denominador común: Para facilitar la integración de diversos sistemas de gestión y eliminar la duplicidad de los documentos, logrando que las organizaciones pueden adoptar un lenguaje común sincronizando de varias normas, para facilitar su implementación e integración en las organizaciones certificadas o que deseen certificarse, promoviendo la compatibilidad entre las diversas normas de sistemas de gestión.

Se centra en asegurar la calidad de los servicios y productos, al adoptar la ISO 9001, las empresas no solo cumplen con requisitos normativos, también determina los problemas externos e internos, que son relevantes para su propósito, al ser una norma internacional puede utilizarse para todo tipo de empresas independientemente si opera nacional o internacionalmente de esta

forma permite aumentar la productividad, las ventas, y por ende los ingresos que percibe, logrando un posicionamiento en el mercado con ventaja frente a los competidores.

Es claro que no solo se enfoca en su rendimiento sino también en la satisfacción del cliente, la calidad de los servicios y productos que se ofrecen, permitiendo a las empresas ofertar e impulsar su imagen de marca, que las empresas se abran a mercados internacionales. Además, al optimizar los recursos y todas las operaciones, nos permite evaluar los procesos de trabajo y de la productividad. Por medio de un análisis de riesgos y oportunidades, la evaluación de desempeño y los planes de mejora que promueven la estructura de alto nivel ofrecen un enfoque preventivo. Ayuda a las organizaciones de todos los tamaños y sectores a mostrar su compromiso con la calidad, cumplir con las expectativas de los clientes y mejorar su desempeño.

Sus requisitos permiten establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de calidad (SGC). Esta normativa fomenta la excelencia operativa y el éxito a largo plazo mediante un enfoque en la gestión orientada a procesos, la mejora continua y la retroalimentación del cliente. Esta estructura, junto con los principios de calidad y el enfoque por procesos, permite mejorar la eficiencia y eficacia organizacional. A continuación, se mencionan elementos y su impacto, además de cómo se relacionan con la caracterización y las herramientas de mejora.

Estructura de Alto Nivel (HLS) ISO Directives, part,1 Anexo SL (2015)

La Estructura de Alto Nivel es una estructura común que utilizan diversas normas ISO para facilitar la integración de múltiples sistemas de gestión. Esta estructura proporciona un marco coherente y permite la alineación de objetivos estratégicos, operacionales y de calidad.

Componentes de la HLS:

- Contexto de la organización: Comprender el entorno interno y externo en el que opera el hospital, Identificar las partes interesadas relevantes y sus necesidades y establecer el alcance del sistema de gestión de calidad (SGC).
- Liderazgo: La alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con el SGC, establecimiento de una política de calidad alineada con la misión y visión del hospital y Asignación de roles, responsabilidades y autoridades claras.
- Planificación: Identificar riesgos y oportunidades para mejorar la calidad, establecer objetivos de calidad específicos, medibles y alineados con la estrategia y planificar acciones para abordar riesgos y oportunidades.
- Apoyo: Gestión de recursos necesarios para implementar el SGC, incluidos recursos humanos, infraestructura y entorno de trabajo, asegurar la competencia, concienciación y comunicación eficaz del personal y control de la documentación y la información requerida.
- Operación: Implementación de procesos para la prestación de servicios de salud de calidad, gestión eficaz de los procesos clínicos y administrativos, establecimiento de procedimientos para garantizar la continuidad de la atención.
- Evaluación del desempeño: Monitoreo, medición, análisis y evaluación de los procesos y resultados, realización de auditorías internas y revisión de la gestión, identificación de no conformidades y acciones correctivas.
- Mejora: Implementación de acciones para mejorar continuamente el SGC, aprovechamiento de oportunidades de mejora identificadas y fomento de la innovación y la adaptación a nuevas necesidades y tecnologías.

Los principios de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001 del 2015 son un conjunto de principios universalmente aplicables a todas las organizaciones, fundamentales para

guiar la implementación de un SGC eficaz, dando orientación para establecer procesos, objetivos y sistemas de gestión de la calidad gracias a su enfoque estructurado. Estos principios ayudan a orientar las decisiones y acciones de la organización hacia la mejora continua. Además de ser relevantes para cualquier empresa comprometida con la excelencia de los procesos, son adaptables y ágiles y no se limitan a sectores particulares.

Los siguientes principios fundamentales de la gestión de la calidad se crearon con el propósito de servir como base orientativa para promover la mejora del rendimiento de todas las empresas. La importancia de cada principio de calidad varía según la organización, y es probable que cambie o se adapte con el paso del tiempo, a medida que se desarrolla el camino de una organización:

- Enfoque al cliente: satisfacer las necesidades del cliente y superar las expectativas del público es el objetivo fundamental de la gestión de la calidad.
- Liderazgo: La alta dirección debe establecer un propósito y dirección claros. Crean constantemente las circunstancias ideales en las que los trabajadores prosperan, adquiriendo motivación y satisfacción profesional mientras persiguen los objetivos de calidad.
- Compromiso: Para el proceso de entrega de valor, es fundamental inspirar y capacitar a las personas en todos los niveles. Valorar el conocimiento, habilidades y experiencia del personal. Fomentar el desarrollo profesional y el empoderamiento del personal
- Enfoque por procesos: Un sistema bien organizado y coherente que permite obtener resultados predecibles y coherentes de manera eficiente y efectiva. Comprender y gestionar las actividades como procesos interrelacionados.
- Mejora continua: La dedicación continua a la mejora, desde la calidad del servicio o producto hasta la satisfacción o superación de las expectativas de los clientes, es un rasgo distintivo

de las organizaciones exitosas. Este compromiso es una palanca fundamental para el desarrollo sostenible.

- Toma de decisiones basada en la evidencia: el análisis fiable de los datos y la toma de decisiones estratégicas con conocimiento de causa aumentan las posibilidades de lograr los resultados deseados.
- Gestión de las relaciones: el proceso de forjar relaciones sólidas, claras y mutuamente beneficiosas con todas las partes interesadas sienta las bases de un éxito sostenido. Mantener relaciones sólidas con partes interesadas relevantes.

Así mismo debemos tener claro el concepto de proceso para lo cual remitiéndose a la norma ISO 9001 del 2015 define proceso como un conjunto de actividades relacionadas entre sí o que interactúan, transformando elementos de entrada en elementos de salida.

Se puede interpretar que un proceso está definido y estandarizado, no aleatorio. Es decir que siempre se realizan las mismas actividades, con una secuencia lógica. Las actividades, o tareas, pueden ser realizadas por la misma persona, o pueden ser varias las que intervienen en ellas. Sin embargo, se designa una sola persona que responde por el proceso y lo denominamos “líder del proceso”.

El enfoque basado en procesos significa entonces que el proceso es la unidad principal en la que se divide una organización, dejando atrás el concepto de área, departamento, ubicación o incluso, personas. Los procesos interactúan entre ellos, convirtiéndose uno en la entrada de otro, y este, a su vez, en la entrada de otro.

La ISO 9001 del 2015 define textualmente el enfoque basado en procesos en un sistema de calidad, como “la definición sistemática de los procesos y sus interacciones, para lograr los

resultados esperados de acuerdo con la política de calidad y la dirección estratégica de la organización”.

En pocas palabras, el enfoque basado en procesos significa que toda iniciativa para mejorar debe centrarse en la mejora de uno o más procesos. Si hay fallas, es porque algún proceso está fallando y se debe localizar y encontrar la falla. Los auditores de calidad se concentrarán en la revisión y evaluación de procesos en lugar de departamentos o personas.

Se deben conservar, cuidar, vigilar y mejorar los procesos. No los individuos, ni los departamentos. Por supuesto, el enfoque basado en procesos es necesario para establecer un Sistema de Gestión de la Calidad, según la norma ISO 9001:2015. Para lograrlo, la organización deberá identificar los procesos que afectan directa o indirectamente a el objetivo final, que es satisfacer las necesidades de los clientes. En la práctica, esto significa que la organización tendrá que:

- Identificar los procesos que se relacionan directamente con los clientes, sus necesidades y sus expectativas.
- Establecer indicadores de desempeño reales, medibles y alcanzables para estos procesos.
- Asignar responsabilidades sobre estos procesos y sobre el monitoreo de ellos.
- Documentar todo lo anterior.
- Diseñar e implementar acciones para eliminar obstáculos que impidan el desempeño de los procesos y resolver las brechas de conformidad con el estándar.
- Integrar los procesos con la estrategia de negocios.

Esto implica seguir algunos pasos:

Primer paso: Definir los procesos del sistema de gestión de la calidad: ISO 9001 no proporciona una lista de los procesos centrales del sistema de gestión de la calidad. La organización debe determinarlos. Estos pueden ser:

- Capacitación interna, liderazgo y evaluación del desempeño.
- Gestión de fabricación, diseño, distribución, desarrollo, servicio, entrega y montaje.
- Aseguramiento de ingresos.
- Subcontratación de procesos comerciales.
- Gestión de nuevos clientes.
- Gestión de equipos.
- Aprobación y reevaluación de proveedores.
- Identificación y gestión de riesgos.
- Tramitación de reclamaciones.
- Seguridad de la información.
- Auditorías e inspecciones.

Segundo paso: asignar responsabilidades y autoridades para los procesos: la organización necesita determinar quién es responsable de cada proceso. No es preciso enfocarse en las funciones, sino en el proceso en general, prestando especial atención a las interdependencias y las interacciones. En este paso, puede ser muy útil:

- Involucrar a los empleados en la construcción del sistema de gestión de la calidad basado en procesos.
- Formar a las personas para que comprendan sus roles y responsabilidades en relación con los procesos.
- Reestructurar el programa de auditoría en torno a procesos, no a funciones.

- Capacitar a los auditores para que sigan los procesos en todos los departamentos, prestando especial atención a las interdependencias e interacciones.

- Proporcionar información documentada para respaldar la operación de los procesos.

Tercer paso: identificar riesgos y oportunidades: el pensamiento basado en riesgos es una extensión de la acción preventiva. Requiere que las organizaciones determinen los riesgos y oportunidades para los procesos, productos y servicios, así como el sistema de gestión de la calidad. La organización debe tomar medidas proporcionadas para abordar estas acciones. Esto significa monitorear y medir el desempeño de los procesos.

Cuarto paso: capacitar y formar empleados: la gestión de la calidad es una tarea que no podemos delegar a personas que no tengan la debida formación.

Dependiendo del tamaño y la complejidad de la organización, se requerirá de un número determinado de profesionales en el área.

Un programa de formación integral, ofrecido por expertos internacionales, que ofrezca contenidos actualizados, es un requerimiento más para la implementación exitosa de un SGC.

3.3.3.1 Caracterización de Procesos (Ciclo de Atención Incluyendo Riesgo).

Basado en la metodología MIPG y específicamente acorde a la guía para la gestión por procesos documento emitido por la Dirección de Gestión y desempeño institucional versión 1 del año 2020, la caracterización de procesos es un documento en el cual se describe el objetivo, alcance, elementos de entrada, actividades para su transformación y la salida, esto incluye los recursos, responsabilidades y registros.

Basados en la metodología MIPG para realizar una caracterización de proceso se debe en primer lugar identificar el objetivo el cual va alineado a la plataforma institucional, se realiza el listado de actividades, se describen y se definen los roles y responsabilidades en cada una de ellas.

3.3.3.2 Herramientas de Mejora Continua.

La mejora continua, como su propio nombre lo indica, es una metodología que permite mejorar la calidad y excelencia a través de pequeños cambios de forma continua que influyan en la mejora de servicios y procesos. Según la norma ISO 9001 de gestión de calidad, utiliza la mejora continua para proporcionar a las empresas las herramientas necesarias para aplicar procesos de mejora por medio de actividad que se realizan de manera repetitiva. De esta forma se logra mejorar procesos, reducir el tiempo de servicio, disminuir costos y aumentar la eficiencia y la calidad del servicio, para dirigir a la organización hacia la competitividad. Su finalidad es aumentar la eficiencia, reducir errores y mejorar la calidad del producto o servicio ofrecido. A continuación, se describen algunas herramientas que en su implementación promueve la mejora continua.

- El ciclo PHVA o Ciclo de Deming es una metodología de gestión que tiene como objetivo la mejora constante de los procesos e implementar cambios. Este ciclo consta de cuatro pasos: planificar, hacer, verificar y actuar. Es fundamental que la mejora continua esté presente en

la mayoría de los procedimientos y áreas de trabajo dentro de la organización, para garantizar la mayor eficiencia de la estrategia y obtener resultados positivos, a largo plazo. *La política del SIG está alineada a la plataforma estratégica institucional*, en este sentido el compromiso institucional de sus colaboradores estará orientada a liderar e impulsar la cultura del mejoramiento continuo en el desarrollo de cada actividad, tarea, plan, programa y/o proyecto que se ejecute en la institución, en búsqueda de la satisfacción de las necesidades y expectativas, Asimismo, a consolidarse como una empresa autosostenible y reconocida a nivel regional y nacional bajo la certificación de la entidad en la gestión de la calidad, promoviendo políticas transversales de atención medica segura y humanizada, garantizando la integralidad e interculturalidad a los usuarios y sus familias.

El Manual del SIG contiene el enfoque del ciclo PHVA el cual cuenta con los elementos transversales para la planeación, ejecución, evaluación y seguimiento, mejora continua institucional.

- Diagrama de Ishikawa (Causa-Efecto): Identificar causas raíz de problemas y analizar factores que contribuyen a los mismos.
- Análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas): Evaluar el contexto interno y externo para identificar áreas de mejora y oportunidades de desarrollo.
- 5S: Implementar un sistema de organización y limpieza para mejorar la eficiencia del entorno de trabajo.
- Análisis de Pareto: Identificar y priorizar los problemas más significativos que afectan la calidad del servicio. La implementación de un sistema de gestión de calidad en un hospital basado en la estructura de alto nivel, los principios de calidad y el enfoque por procesos tiene un impacto significativo en la organización. Al integrar la caracterización de procesos y el uso de herramientas de mejora, el hospital puede optimizar sus operaciones, mejorar la satisfacción del

paciente y asegurar un entorno de trabajo eficiente y eficaz. Esto conduce a una mejora continua en la prestación de servicios de salud de calidad y al logro de los objetivos estratégicos del hospital.

- El programa de auditoría ISO 9000(2015) se fundamenta en acuerdos para un conjunto de una o más auditorías (3.1) planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico. un programa de auditoría que puede incluir auditorías que traten una o más normas de sistemas de gestión u otros requisitos, realizadas por separado o en combinación (auditoría combinada). a extensión de un programa de auditoría debería basarse en el tamaño y la naturaleza del auditado, así como en la naturaleza, funcionalidad, complejidad, el tipo de riesgos y oportunidades, y el nivel de madurez de los sistemas de gestión que se van a auditar. ISO 19011 (2018).

- La funcionalidad del sistema de gestión puede ser aún más compleja si la mayoría de las funciones importantes están contratadas externamente y se gestionan bajo el liderazgo de otras organizaciones. Es necesario prestar especial atención dónde se toman las decisiones más importantes y qué constituye la alta dirección del sistema de gestión.

- La lista de verificación o chequeo ISO 19011 (2018) es una herramienta que permite recopilar información pertinente a las tareas asignadas y preparar la información documentada, además recolecta de forma sistemática una serie de datos relacionados a un proceso escenario, en la que se incluye una serie de aspectos cuyo cumplimiento se espera alcanzar y permite indicar si dichos aspectos se cumplieron o no. La hoja de chequeo también es conocida como: Hoja o lista de verificación. Si contemplamos los objetivos asociados a la gestión de calidad, esta herramienta nos permite realizar las siguientes tareas:

Seguimiento a las distintas fases de un proceso (producción, mantenimiento, logística, servicio al cliente, etc.), identificación de eventuales defectos de un proceso, por tipo de producto

o servicio (por ejemplo, detección de mala calidad en las terminaciones), identificación de defectos de un proceso, por localización (por ejemplo, fallas en un punto específico de la cadena productiva, de logística o de posventa), observación de posibles fallos de un proceso, según el tipo de producto o servicio (por ejemplo, fallas en las maquinarias o en el desempeño de los trabajadores).

3.3.4. Enfoque Sistémico de Calidad y la Innovación

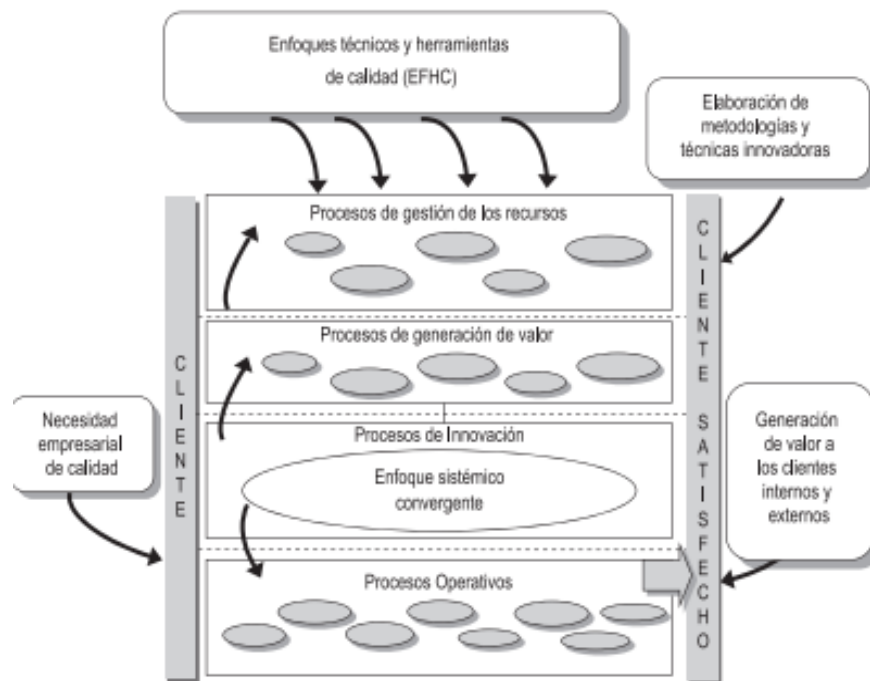
Por otro lado, el enfoque sistémico de calidad visualiza a una organización como un engranaje, bajo este enfoque se optimiza el funcionamiento de todas las partes para alcanzar un objetivo claro. La innovación requiere una concepción sistémica para lograr resultados en los procesos o en el área de intervención, cuando se desarrollan metodologías y técnicas innovadoras asociadas con uno o varios enfoques; esto requiere diseños de estructuras que generen evolución y valor donde se apliquen. La articulación sistémica de la calidad se basa en el conocimiento y las habilidades de las personas y conduce a procesos de innovación dentro del sistema o la organización involucrada. Para hablar de procesos innovadores, es importante tener en cuenta a las personas y sus competencias, es decir, sus conocimientos, habilidades y valores.

Fontalvo T, (2013) en su artículo, La Innovación para la Generación de Valor en los Procesos de Calidad. Hace referencia a la forma como se capta y fluye el conocimiento tácito y explícito para generar conocimiento en las organizaciones.

Para alcanzar la innovación se requiere trabajar con una concepción sistémica, esto tiene que ver con la generación de unos resultados en los procesos o en el área de intervención, cuando se desarrollan metodologías y técnicas innovadoras asociadas con la interrelación de uno o de varios enfoques; lo que requiere diseños de estructuras, que generen evolución y valor donde se apliquen.

La articulación sistémica de la calidad conduce a procesos de innovación al interior del sistema o la organización intervenida, y se sustentan sobre el conocimiento y habilidades de los individuos.

Figura 3. Procesos



Nota: Fontalvo T, (2013). La Innovación para la Generación de Valor en los Procesos de Calidad.

3.3.5 Matriz de Valor Agregado para los Procesos

Fontalvo T, (2013) en su artículo, La Innovación para la Generación de Valor en los Procesos de Calidad define a la matriz de valor agregado para los procesos, como una herramienta de calidad utilizado en un proceso o área específica., permite definir las actividades y acciones que generan valor, las que no generan valor, pero necesarias para lograr los objetivos del área de intervención y las que definitivamente no generan valor. Las dos primeras deben considerarse para la evaluación correspondiente, lo que se puede lograr mediante la documentación de los procedimientos en el área afectada. Es importante resaltar, que, para la elaboración de la matriz de

valor agregado, se deben explicitar los diagramas de flujos o de operaciones con el fin de realizar un análisis más detallado de los diversos componentes del proceso o subproceso del área involucrada. La matriz de valor agregado puede utilizarse para evaluar el valor agregado de un producto, servicio o un proceso específico. Para la valoración de la matriz de valor agregado es determinante caracterizar previamente: 1. Las necesidades y expectativas de los clientes. 2. Las características y dimensiones de la calidad de los productos y servicios 3. Las actividades y procesos asociados con la generación de valor para el cliente. Por lo tanto, el análisis y estudio de valor agregado del proceso debe centrarse sobre las operaciones del proceso que mayor incidencia tengan en la organización.

3.3.6 Mapa de Proceso

Es una herramienta de planificación y gestión que crea un diagrama donde evidencia las fases de trabajo y como se interrelacionan entre, sus responsabilidades y sus recursos. En la guía para la gestión por procesos MIPG de Función pública un mapa de procesos es la representación gráfica de la forma de operar una organización, y los clasifica en cuatro grupos: los procesos estratégicos, los procesos misionales, los procesos de apoyo y los procesos de evaluación.

3.3.7 Indicadores

Con el enfoque desde lo público, y basado en la guía para la construcción y análisis de indicadores del Departamento Nacional de Planeación DNP refiere que es una expresión cuantitativa observable y verificable.

Los indicadores son fundamentales en toda empresa u organización, y cada proceso tendrá sus propios indicadores, lo fundamental es su utilidad, con sus respectivos seguimientos y como

insumo para la toma de decisiones, deben ser dinámicos a medida que se da el alcance de los objetivos propuestos se van ajustando para de esta manera tener metas retadoras.

De acuerdo a la Guía anteriormente mencionada del DNP las principales características son:

- Simplificar: en el que puede abordar diferentes dimensiones.
- Medir: permite comparar en el tiempo o en diferentes momentos.
- Comunicar: emite información para su respectivo análisis y toma de decisiones.

En cuanto a la clasificación de indicadores o sus categorías en la literatura se encuentran diferentes clasificaciones, pero en el presente documento se tendrá en cuenta la clasificación dada por el DANE expresados en su Guía para diseño de construcción e interpretación de indicadores, aunque no son excluyentes.

- Indicadores según medición: allí se encuentran son cuantitativos y cualitativos.
- Indicadores según nivel de intervención: allí se encuentran los indicadores de impacto, resultado, de producto, de proceso y de insumo
- Indicadores según jerarquía: allí se ubican los indicadores de gestión, estratégicos.
- Indicadores según calidad: los cuales comprenden los indicadores de eficacia, indicadores de eficiencia, e indicadores de efectividad.

Se debe tener en cuenta que cualquier sistema de indicadores dentro de la gestión por procesos tiene que mantenerse de forma continuada en el tiempo, revisando constantemente que cumplan sus objetivos.

3.3.8 Plan Estratégico

“Entendemos por Plan Estratégico el conjunto de análisis, decisiones y acciones que una organización lleva a cabo para crear y mantener ventajas comparativas sostenibles a lo largo del tiempo”. Dess y Lumpkin (2003):

Para Mintzberg y Quinn (1998, p.29), los elementos de la planeación estratégica son los siguientes:

- Misión: enunciado que refleja el objetivo fundamental de la empresa.
- Valores: conjunto de enunciados que reflejan los principios fundamentales bajo los cuales debe operar la empresa.
- Estrategia: patrón o plan que integra las principales metas y políticas de una organización, y, a la vez establece la secuencia coherente de las acciones a realizar.
- Metas u objetivos: establecen qué es lo que se va a lograr y cuando serán alcanzados los resultados, pero no establecen cómo serán logrados.
- Políticas: son reglas o guías que expresan los límites dentro de los que debe ocurrir la acción.
- Programas: especifican la secuencia de las acciones necesarias para alcanzar los principales objetivos.
- Decisiones estratégicas: son aquellas que establecen la orientación general de una empresa y su viabilidad máxima a la luz, tanto de los cambios predecibles como de los impredecibles que, en su momento, puedan ocurrir en los ámbitos que son de su interés o competencia.

Según Ramírez y Cabello (1997), la primera herramienta que una empresa debe de implementar para transformarse en una organización competitiva es la planeación estratégica, pues

por medio de ella es posible determinar muy claro a donde quiere ir, de tal manera que, partiendo de donde se encuentra, pueda fijar los derroteros o estrategias necesarios para lograr su misión.

De acuerdo con Pacheco (2006, p.38), la planeación estratégica es el proceso por el cual los directores de una organización prevén su futuro y desarrollan los procedimientos y operaciones para alcanzarlos. Este autor señala que el proceso de administración estratégica se puede dividir en cinco componentes diferentes:

- Selección de la misión y principales metas corporativas;
- El análisis del ambiente competitivo externo de la organización para identificar las oportunidades y las amenazas.
- El análisis del ambiente operativo interno de la organización para identificar las fortalezas y debilidades de la organización.
- La selección de estrategias fundamentadas en las fortalezas de la organización y que corrijan sus debilidades con el fin de tomar ventaja de oportunidades externas y
- contrarrestar las amenazas externas; y
- La implementación de la estrategia.

Según Sielinski (2007, p.33), señala que un proceso básico de planeación estratégica debe contener los siguientes elementos:

- Crear una misión
- Crear una visión
- Establecer metas
- Identificar estrategias
- Crear planes de acción
- Dar seguimiento al plan y actualizarlo

De acuerdo con Castelán (1985), la planeación estratégica es un proceso continuo, el cual involucra una secuencia definida de pasos donde se hace uso de la información propia de la empresa y ajena a ella, y de la cual es necesario hacer una selección.

Hellebust y Krallinger (1991), señalan que un plan estratégico es el movimiento planeado desde un presente comprendido hasta el futuro deseado, así como probable, con un objetivo a varios años. Para tener éxito, un administrador debe ser capaz de desarrollar la fuerza motivadora organizacional necesaria para este movimiento. Mencionan que la estrategia se descompone en segmentos anuales y, a medida que va transcurriendo cada año, el siguiente se detalla en planes y presupuestos anuales. Asimismo, señalan que los clientes, a través del mercado, votan con su dinero por los productos y servicios que piensan que pueden satisfacer sus necesidades. Las empresas que progresan son las que se dedican a satisfacer esas necesidades.

Según estos autores, para preparar un buen plan estratégico los directivos necesitan comprender bien el pasado de la empresa, es decir, resulta difícil discernir a dónde se quiere conducir la empresa, a menos que se comprenda dónde ha estado y cómo llegó a ese punto. El conocimiento del pasado de un negocio implica contar con una buena comprensión de:

- Los recursos humanos
- Los productos
- Los mercados y sus segmentos
- El proceso de fabricación
- La investigación y desarrollo
- Las inversiones
- Las relaciones públicas y gubernamentales

Hellebust y Kallinger (1991), señalan que comprender el presente y finalmente comprender las posibles alternativas futuras. Seleccionar un objetivo es escoger una de las alternativas posibles futuras del negocio. El hecho de que un objetivo sea alcanzable no significa que seguramente se logrará. Es necesario tomar en cuenta los recursos disponibles o como allegarse a dichos recursos.

Según Arranz (1995), la planeación estratégica es la ruta para alcanzar la visión de conjunto que la alta dirección tiene de los resultados esperados a largo, mediano y corto plazo, de su personal, su organización y de la comunidad en que se desarrolla. La planeación estratégica se propone analizar el presente, elegir el futuro, evaluar programas y controlar las acciones de los planes.

Para Arranz (1995), la misión refleja el propósito de la organización, determina el por qué de su existencia y establece el concepto del negocio en que está involucrada. La misión es una descripción concisa de lo que hace la organización y cuáles son sus características que le permiten proporcionar bienes, productos, servicios o satisfactores a sus clientes dentro de un marco ambiental.

3.3.9 Armonización

Como procesos estandarizados a la armonización de sistemas de gestión se pueden describir los siguientes métodos:

La homogeneización: esta metodología propone la búsqueda de estructuras o procesos comunes que permitan identificar factores de integración los cuales pueden analizarse por medio del diseño de herramientas tecnológicas especializadas como software o herramientas ofimáticas por medio de CSPEs (Common Structures of Process Elements) (Pardo, et. al., 2009). El ejercicio

de comparación puede arrojar resultados cualitativos y cuantitativos que permiten analizar a mayor profundidad los modelos de gestión o procesos (Pardo, 2011).

Integración: dentro de las prácticas fundamentales para la implementación de normas asociadas a la gestión por procesos se pueden adoptar diferentes modelos de integración por medio del uso de herramientas como softwares o matrices ofimáticas que pueden otorgar diferentes perspectivas de análisis y simplificación de la información (Pardo et. al., 2011).

La metodología de homogenización puede generar diferentes dificultades de acuerdo a los modelos a integrar, para esto es importante realizar un análisis individual de las normativas a armonizar a fin de conocer y considerar cada detalle cuyos autores denominan las estructuras comunes de los elementos del proceso, por sus siglas en ingles CSPE (Common Structures of Process Elements) (Pardo, et al., 2009).

3.4 Marco Conceptual

Autoevaluación: Mecanismo de verificación periódica de las condiciones de habilitación establecidas en el presente manual, que realiza el prestador de servicios de salud y busca el autocontrol permanente, participativo y reflexivo sobre la prestación de los servicios de salud a ofrecer (Resolución 3100;2019 (Ministerio de salud y protección social).

Criterio: consiste en un precepto o indicador obligatorio que resume la calidad de una actividad que se pretende evaluar. Para el presente manual, el criterio es la unidad fundamental del estándar sobre la cual se realiza la verificación orientada hacia el análisis de los riesgos y la seguridad en la atención de los pacientes. Resolución 3100 del 2019 del Ministerio de salud y protección social.

Estándar: Es el patrón que establece los requisitos mínimos para un servicio de salud. De acuerdo a la Resolución 3100 del 2019 del Ministerio de salud y Protección Social.

Procedimiento: conjunto de acciones que se realizan de manera similar, con una serie común de pasos definidos y una secuencia lógica, realizadas en cualquiera de las fases de atención (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación) (Resolución 2292;2021(Ministerio de salud y protección social).

Calidad: Una organización orientada a la calidad promueve una cultura que da como resultado comportamientos, actitudes, actividades y procesos para proporcionar valor mediante el cumplimiento de las necesidades y expectativas de los clientes y otras partes interesadas pertinentes (Touya, 2002).

Mejora continua: Actividad repetitiva para mejorar el rendimiento. (NTC ISO 9000;2015)

Aseguramiento de la calidad: Parte de la gestión de la calidad, enfocada en garantizar que los requisitos de calidad se cumplirán. (NTC ISO 9000;2015)

Proceso: Conjunto de acciones que están relacionadas entre sí o interactúan entre sí y que utilizan las entradas para producir el resultado deseado. (NTC ISO 9000;2015)

Toma de decisiones basada en evidencia: Con frecuencia incluye múltiples tipos de entradas y fuentes, así como su interpretación, que puede ser subjetiva. Es fundamental comprender las relaciones causa-efecto y las posibles consecuencias imprevistas. El análisis de hechos, evidencias y datos aumenta la objetividad y la confianza en las decisiones. (NTC ISO 9000;2015)

Contexto de la organización: El proceso de comprender el entorno de una organización es un proceso. Este método determina los elementos que afectan el propósito, los objetivos y la sostenibilidad de la organización. Considera el desempeño, los principios, la cultura y el

conocimiento interno de la organización. Además, tiene en cuenta elementos externos, como circunstancias legales, tecnológicas, competitivas, de mercado, culturales, sociales y económicas. (NTC ISO 9000;2015)

Orientación a los resultados: centrarse en los derechos y necesidades de los ciudadanos relacionados con el propósito fundamental de la entidad, así como en los resultados con los valores necesarios para su satisfacción. Estos resultados deben ser el centro de toda la gestión pública. (MIPG Modulo 3. Vs. 2021)

La cadena de valor: se define como una relación lógica y secuencial entre insumos, actividades, productos y resultados, en la que se agrega valor a lo largo del proceso de transformación total. (MIPG Modulo 3. Vs. 2021)

Registros: Los registros son una lista de pruebas que se producen al realizar una tarea dentro de cada procedimiento. (MIPG Modulo 3. Vs. 2021)

3.5 Marco Legal y Normas Técnicas

El Marco normativo se establece en el marco aplicable al Prestador de servicio de salud de Naturaleza Jurídica y Pública, así como lo relacionado al Sistema de Gestión de la calidad.

Tabla 3. *Normatividad*

Normatividad	Objeto	Objeto
Leyes	Ley 100 de 1993	“Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”.
Decretos	Decreto Presidencial 1499 del 2017	Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015
	Decreto Presidencial 1083 del 2015	Por el cual se expide el Decreto Único reglamentario del Sector de Función Pública.

Normatividad	Objeto	Objeto
Resoluciones	Ministerio de Salud y Protección Social Resolución 3100 del 2019	Por la cual definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
	Ministerio de Salud y Protección Social Resolución 544 del 2023	Por la cual se modifica la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de adecuar algunos aspectos relacionados con la Inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud.
	Ministerio de Salud y Protección Social Resolución 1328 de 2021	Por el cual se modifica el artículo 1 de la Resolución 5095 de 2018, en el sentido de adoptar los 'Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis de baja complejidad'. Art 1 Objeto. La presente resolución tiene por objetivo adoptar el 'Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1' y los 'Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad', los cuales hacen parte integral de este acto administrativo.
	Ministerio de Salud y Protección Social Resolución 591 de 2024	"Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades" Establecer los procedimientos, procesos, actividades y/o estándares que se deben adoptar y realizar en la gestión integral de los residuos generados en el desarrollo de las actividades de qué trata el artículo 2.8.10.2 del Decreto 780 de 2016, o la norma que lo modifique o sustituya.
	Ministerio de Salud y Protección Social Resolución 2063 de 2017	Por el cual se adopta la Política de participación social en salud PPSS. Tiene por objetivo adoptar la participación social en salud PPSS, incluida en el documento técnico de este acto administrativo y aplica a los integrantes del sistema de salud, en el marco de sus competencias y funciones.
	Ministerio de Salud y Protección Social Resolución 256 de 2016	Por el cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Art 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto dictar disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS del SGSSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema.
Normas Internacional	NTC ISO 9001 del 2015	Norma Internacional que promueve la adopción de un enfoque a procesos de un sistema de Gestión de la Calidad. Esta norma se aplica a cualquier organización, independientemente de su tamaño o sector, y está diseñada para ayudar a las

Normatividad	Objeto	Objeto
		organizaciones a asegurar que cumplen consistentemente con los requisitos de los clientes y las regulaciones, mejorando al mismo tiempo su desempeño y satisfacción del cliente.

4. Metodología

El enfoque de esta investigación es de tipo cuantitativo, con un diseño descriptivo y analítico. El estudio se desarrolló en cuatro fases: La primera fase es el diagnóstico situacional, segunda fase el análisis normativo; la tercera fase la identificación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas; y la cuarta fase la identificación herramientas de mejora y oportunidades de mejora.

Este enfoque es adecuado para integrar diferentes marcos normativos y estándares de calidad en un plan de acción concreto para la apertura del Servicio de Cuidado Intensivo (UCI) en la ESE Hospital del Sarare. El desarrollo de los objetivos propuestos se realizó a través de cuatro fases, con sus actividades propuestas y entregables.

Tabla 4. *Fases del proyecto*

Fase	Objetivos	Actividades	Entregables
Fase I Diagnóstico situacional	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el cumplimiento de las condiciones de habilitación para la apertura del Servicio de Cuidado Intensivo en la ESE Hospital del Sarare, de acuerdo con la resolución 3100 de 2019, del Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma NC ISO 9001 y las directrices de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), identificando áreas de mejora y oportunidades de optimización, garantizando la calidad en la prestación del servicio. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicación del Diagnóstico del estado de cumplimiento de condiciones de habilitación basado en la resolución 3100 del 2019. 2. Aplicar el diagnóstico de Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma NC ISO 9001. 3. Verificar el estado de implementación de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). 4. Identificar las áreas de mejora y oportunidades de optimización para superar las brechas identificadas para el cumplimiento de condiciones de habilitación. 	<p>Criterios de definición del perfil de verificador y/o auditor.</p> <p>Resultados de la evaluación por estándares Resolución 3100 del 2019.</p> <p>Resultados de la evaluación de Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma NC ISO 9001.</p> <p>Descripción de los resultados FURAG última vigencia reportada, específicamente en relación a la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).</p> <p>Matriz de identificación de brechas.</p>
Fase II Análisis normativo	<p>Plan estratégico que aborde la interacción de los criterios de habilitación definidos en la resolución 3100 de 2019, los estándares de calidad establecidos en la NTC-ISO 9001:2015 y las directrices de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) con el propósito fundamental de garantizar la coherencia, consistencia y eficacia en los requisitos para la apertura del Servicio de Cuidado Intensivo en la ESE Hospital del Sarare.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar una revisión documental los estándares de calidad establecidos en la NTC-ISO 9001:2015, de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). 2. Identificar convergencias y divergencias entre el Sistema de Gestión de la calidad acorde a la NTC ISO 9001:2015, la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y los criterios de habilitación definidos en la Resolución 3100 del 2019. 	<p>Matriz de convergencias y divergencias de las normas objeto de estudio.</p> <p>Plan estratégico</p>

Fase	Objetivos	Actividades	Entregables
Fase III Identificación de las necesidades expectativas de las partes interesadas	Caracterización del proceso con la definición de las actividades específicas, responsables y plazos definidos para la implementación de la armonización, considerando los aspectos organizativos, operativos y de gestión necesarios para garantizar la calidad en la prestación del Servicio de Cuidado Intensivo.	<ol style="list-style-type: none"> 3. Desarrollar la armonización entre el Sistema de Gestión de la calidad acorde a la NTC ISO 9001:2015, la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y los criterios de habilitación definidos en la Resolución 3100 del 2019. 4. Elaborar un plan estratégico que aborden los criterios de habilitación definidos en la Resolución 3100 del 2019, NTC ISO 9001:2015, la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en el servicio de Cuidado intensivo. 	Matriz de partes interesadas. Caracterización del proceso. Mapa de riesgo.
Fase IV Identificación de herramientas de mejora y	Definir herramientas para fomentar una cultura de mejora continua en la prestación del Servicio de Cuidado Intensivo, promoviendo la participación del personal en la identificación de	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar herramientas para fomentar la mejora continua en la prestación del Servicio de Cuidado Intensivo promoviendo la participación del personal en la identificación de oportunidades de 	Propuesta para fomentar mejora continua basado en la priorización de actividades establecidas en el plan estratégico.

Fase	Objetivos	Actividades	Entregables
oportunidades de mejora.	oportunidades de mejora, la implementación de soluciones innovadoras y el reconocimiento de buenas prácticas y la satisfacción del usuario y su familia.	mejora, la implementación de soluciones innovadoras y el reconocimiento de buenas prácticas y la satisfacción del usuario y su familia. 2. Generar lineamientos y priorizar de actividades de mejora continua.	Evidencia de articulación con el proceso de Dirección de la ESE Hospital del Sarare para la utilidad de los productos del objeto de estudio.

El procesamiento de los datos recolectados en esta investigación se desarrolló en cuatro fases, siguió un enfoque estructurado, centrado en el análisis cuantitativo.

Fase I: Diagnóstico Situacional

En esta fase, los datos obtenidos mediante la aplicación del diagnóstico del cumplimiento de condiciones de habilitación (según la Resolución 3100 de 2019) y el diagnóstico del Sistema de Gestión de Calidad (según la NTC ISO 9001:2015) fueron procesados utilizando métodos descriptivos. Se recolectaron datos sobre el estado actual de la organización, identificando las áreas que requieren mejora.

Procesamiento de datos: Se realizó una comparación entre los datos obtenidos del diagnóstico y los criterios establecidos en las normativas. Las brechas fueron documentadas y analizadas cuantitativamente para identificar su magnitud y áreas críticas de intervención.

Fase II: Análisis Normativo

Los datos obtenidos en la revisión documental de las normas y políticas de calidad fueron procesados mediante un análisis comparativo. Este análisis se centró en identificar convergencias y divergencias entre los marcos normativos aplicables (ISO 9001:2015, MIPG y la Resolución 3100).

Procesamiento de datos: Se construyeron matrices de comparación para mapear los puntos en común y las diferencias entre las normativas, lo que permitió visualizar las áreas donde era necesaria la armonización. Esta información fue utilizada para desarrollar el plan estratégico que guiaría la implementación en el servicio de cuidados intensivos.

Fase III: Identificación de Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas

Los datos sobre las necesidades y expectativas de las partes interesadas se recolectaron mediante encuestas, entrevistas o talleres participativos. Estos datos se procesaron analíticamente para definir los requerimientos clave del servicio de cuidados intensivos.

Procesamiento de datos: Se utilizaron técnicas de análisis de contenido y frecuencias para clasificar y priorizar las expectativas. Posteriormente, se crearon matrices de priorización para identificar las áreas más críticas según las partes interesadas y se integraron en el mapa de procesos del servicio de cuidados intensivos.

Fase IV: Identificación de Herramientas y Oportunidades de Mejora

En esta fase, se recopilaron datos relacionados con las herramientas de mejora continua y las oportunidades de innovación identificadas por el personal del hospital.

Procesamiento de datos: Los datos recolectados se categorizaron en función de la eficacia, factibilidad e impacto de las herramientas propuestas. Se emplearon métodos de priorización, como el análisis de Pareto, para identificar las iniciativas más relevantes, y se generaron informes que sintetizaron las recomendaciones para implementar mejoras en el servicio de cuidados intensivos.

5. Resultados

5.1 Fase I; Diagnóstico Situacional

5.1.1 Aplicación del Diagnóstico del Estado de Cumplimiento de Condiciones de Habilitación Basado en la Resolución 3100 del 2019.

Para el desarrollo de la fase I, se realizó a través de un ejercicio participativo con el Subproceso de Gestión de la calidad del Hospital del Sarare ESE en la cual se aplicó un instrumento a través de una hoja de cálculo de Excel donde se registra el estado de cumplimiento de cada criterio de verificación, para cada uno de los siete estándares de habilitación aplicable al Servicio de Cuidado intensivo.

Este instrumento es de propiedad intelectual en la ESE Hospital del Sarare y se anexa al presente documento.

El ejercicio se realiza para identificar aquellos criterios que, al habilitar el Servicio de Cuidado intensivo, serían exigibles, para de esta manera detectar las brechas de cumplimiento.

Tabla 5. Verificación criterios de habilitación aplicables a todos los servicios basado en la Resolución 3100 del 2019.

	Aplicable a Todos Los Servicios					Descripción Criterios no Cumplidos
	Criterios normativos	Criterios aplicables	Cumple	No cumple	% Cumplimiento	
2. Estándar de infraestructura: Resolución 3100 de 2019 - Estándares y criterios aplicables a todos los servicios: Literal 11.1.	128	50	49	1	98%	La infraestructura nueva destinada para la UCI y lo que conecta el bloque de UCI con el de hospitalización no cuenta con túnel uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrida, con pasamanos a ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres.
3. Estándar de dotación: Resolución 3100 de 2019 - Estándares y criterios aplicables a todos los servicios: Literal 11.1.	45	16	13	3	81%	Se requiere definir acorde al perfil los Medicamentos, dispositivos médicos e insumos, definidos por el prestador acorde a lo que se va a ofertar. No se evidenció equipos de telecomunicaciones de doble vía y conectividad para notificar a la Red de Donación y Trasplantes sobre la existencia de un posible donante. La ESE dentro de sus proyecciones para la habilitación UCI, tiene la de habilitar el servicio quirúrgico de neurocirugía por lo cual el criterio de: las instituciones prestadoras de servicios de salud con servicios de cuidado intensivo pediátrico y adulto que adicionalmente habiliten el servicio quirúrgico de neurocirugía, cuentan con equipo biomédico para realizar pruebas auxiliares en el diagnóstico de muerte encefálica, según lo documentado en el estándar de procesos prioritarios. La ESE no cuenta con dicho equipo médico.
4. Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos: Resolución 3100 de 2019 - Estándares y criterios aplicables a todos los servicios: Literal 11.1.	19	8	8	0	100%	No se evidenciaron criterios faltantes para cumplir.

Aplicable a Todos Los Servicios						
	Criterios normativos	Criterios aplicables	Cumple	No cumple	% Cumplimiento	Descripción Criterios no Cumplidos
5. 11.1.5. Estándar de procesos prioritarios: Resolución 3100 de 2019 - Estándares y criterios aplicables A todos los servicios.	103	27	26	1	96%	El prestador de servicios de salud aún no cuenta con información documentada de las actividades y procedimientos que se realizan en el servicio acordes con su objeto, alcance y enfoque diferencial, mediante guías de práctica clínica- GPC, procedimientos de atención, protocolos de atención y otros documentos que el prestador de servicios de salud determine, dicha información incluye talento humano, equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos e insumas requeridos.
6. 11.1.6. Estándar de historia clínica y registros: Resolución 3100 de 2019 - Estándares y criterios aplicables a todos los servicios: Literal 11.1.	47	10	9	1	90%	Teniendo en cuenta la modalidad de prestación para el médico especialista cuidado intensivo, ya que la opción más probable será por Telemedicina, se requería dar cumplimiento a los criterios exigidos en esta, donde se avale el mecanismo utilizado cumple con características de autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad del documento, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente expedida por el Archivo General de la Nación, la Superintendencia de Industria y Comercio y el Ministerio de Tecnologías de información y Comunicaciones
7. 11.1.7. Estándar de interdependencia: Resolución 3100 de 2019 - Estándares y criterios aplicables a todos los servicios: Literal 11.1.	5	4	4	0	100%	No se evidenciaron criterios faltantes para cumplir.

Figura 4. Verificación criterios de habilitación aplicables a todos los servicios basado en la resolución 3100 del 2019.

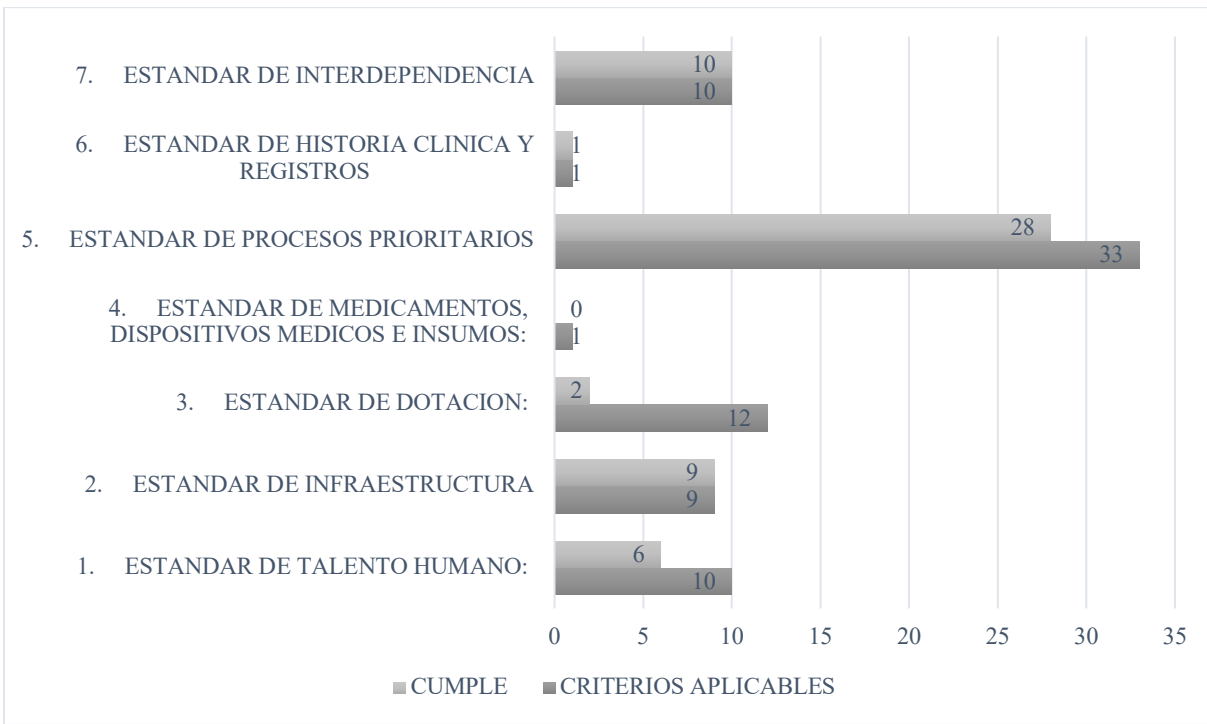


Tabla 6. Verificación criterios de habilitación aplicables al servicio de cuidado intensivo adulto basado en la Resolución 3100 del 2019.

	Criterios Normativos	Criterios Aplicables	Cumple	No Cumple	% Cumplimiento	Descripción Criterios No Cumplidos
1. Estándar de talento humano: Resolución 3100 de 2019 - Grupo Internación - Servicio de Cuidado Intensivo Adultos: Literal 11,4,9	12	10	6	4	60%	<p>La ESE no cuenta con profesional especialista en medicina crítica y cuidado intensivo, ni todo el profesional de enfermería para asignar el servicio es especialista en cuidado crítico o profesional de enfermería con acciones de formación continua en el control de pacientes de cuidado intensivo adulto.</p> <p>Al igual que no todo el talento humano de criterio disponibilidad cuenta con formación continua en atención de pacientes de cuidado intensivo adulto.</p> <p>Si cuenta con médico especialista neurocirugía, neurología, anestesiología, medicina interna, cirugía general o medicina de urgencias, podría tener disponibilidad de Profesional de la medicina especialista en medicina crítica y cuidado Intensivo, con permanencia mínima de 6 horas por cada 24 horas.</p> <p>Y los criterios no aplicables son dos ya que no se proyectan ofertar atención a pacientes críticamente quemados por lo cual no es necesario contar con profesional de la medicina especialista en cirugía plástica, ni profesional de terapia ocupacional.</p>
2. Estándar de infraestructura: Resolución 3100 de 2019 - Grupo internacion - Servicio de Cuidado Intensivo Adultos: Literal 11,4,9	10	9	9	0	100%	<p>La ESE cuenta con una infraestructura nueva la cual fue diseñada y planeada bajo la norma actualizada de habilitación.</p>

	Criterios Normativos	Criterios Aplicables	Cumple	No Cumple	% Cumplimiento	Descripción Criterios No Cumplidos
3. Estándar de dotación: Resolución 3100 de 2019 - Grupo internación - Servicio de Cuidado Intensivo Adultos: Literal 11,4,9	13	12	2	0	17%	La ESE requiere la dotación en ventilador adulto que cuente con las especificaciones definidas para dicho servicio. Adicionalmente no es posible determinar si la dotación está en concordancia porque no se evidencia definido procesos prioritarios de acuerdo a las primeras causas para UCI.
4. Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos: Resolución 3100 de 2019 - Grupo internación - Servicio de Cuidado Intensivo Adultos: Literal 11,4,9	1	1	0	1	0%	No es posible determinar si medicamentos dispositivos insumos están en concordancia porque no se evidencia definido procesos prioritarios de acuerdo con las primeras causas para UCI.
5. Estándar de procesos prioritarios: Resolución 3100 de 2019 - Grupo internación - Servicio de Cuidado Intensivo Adultos: Literal 11,4,9	34	33	28	5	85%	Se requiere documentar los criterios de ingreso, egreso y de inclusión del servicio, así como el manejo de las principales causas de hospitalización según oferta, también documentar gestión operativa de órganos, así como medidas para reducir el riesgo de atención del paciente crítico
6. Estándar de historia clínica y registros: Resolución 3100 de 2019 - Grupo internación - Servicio de Cuidado Intensivo Adultos: Literal 11,4,9	1	1	1	0	100%	La ESE al contar con diferentes servicios de internación habilitados, cuenta con una historia clínica definida la cual para el servicio de cuidado intensivo se requiere la estructura básica
7. Estándar de interdependencia: Resolución 3100 de 2019 - Grupo Internación - Servicio de Cuidado Intensivo Adultos: Literal 11,4,9	10	10	10	0	100%	La ESE al contar habilitado el servicio de Cuidado intermedio, la exigencia de los servicios de interdependencia son los mismos a cuidado intensivo por lo cual todos cumplen. El criterio no aplicable es al no oferta el servicio de cuidado paciente quemado no es necesario contar con oferta de trasplante de piel.

Figura 5. Verificación criterios de habilitación unidad de cuidado intensivo adulto basado en la resolución 3100 del 2019.



El 03 de abril del 2023 el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 544 por la cual modifica la Resolución 3100 del 2019, y esta resolución es objeto del proyecto ya que uno de los aspectos en las que hizo ajustes es en las condiciones de habilitación del Servicio de Cuidado intensivo.

Inicialmente es de tener en cuenta la Resolución 2809 del 2022 por el cual en su anexo establecen los municipios que están ubicados en zonas especiales de dispersión geográfica y en su anexo 1 se puede evidenciar el municipio de Saravena.

Ahora la Resolución 544 del 2023 en el artículo 19 genera un ajuste en los criterios establecidos por la Resolución 3100 del 2019 en el Servicio de Cuidado intensivo específicamente en el estándar de Talento humano, permitiendo que el profesional de medicina especialista en medicina crítica y cuidado intensivo que preste servicio en una IPS que oferte servicio de UCI en una IPS está ubicada en los municipios establecidos como zonas especiales, dicho profesional

podrá hacer uso de la categoría de telexperticia sincrónica durante las 24 horas, sin que se requiera su permanencia en el servicio.

Por lo cual este criterio lo requiere cumplir la ESE pero bajo la normatividad vigente tendrá la opción también mediante telexperticia.

5.1.2 Aplicar el Diagnóstico de Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2015.

Para el desarrollo de esta fase se realizó una evaluación aplicando un instrumento a través de una hoja de cálculo de Excel donde se registró el estado de cumplimiento de cada requisito de la Norma ISO 9001:2015. Este instrumento es de propiedad intelectual de la ESE Hospital del Sarare construida con articulación de Planeación y Control interno de la ESE y se anexa al presente documento.

Se realizó un ejercicio de revisión criterio por criterio identificando las fortalezas y debilidades y se aplicó una categoría de evaluación y puntaje:

Cumple completamente con el criterio evaluado (Se establece, implementa y mantiene)

Cumple con el PHVA= 10

Cumple parcialmente con el criterio evaluado (Es establece, se implementa, no se mantiene) = 5

Cumple al mínimo con el criterio evaluado (Se establece, no se implementa, no se mantiene) = 3

No cumple con el criterio enunciado (No se establece, no se implementa, no se mantiene)
= 0

Cada numeral su valor máximo de calificación es 10, y el no cumple es 0, estos últimos serían los que generan no conformidad.

Posteriormente se determinaron los numerales de la norma no aplicables: por lo cual se excluyó el Numeral 8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios.

De acuerdo con lo anterior el total de numerales a evaluar son 57, cada uno con un valor máximo de puntuación de 10, para un total a obtener de 570 puntos, el cual correspondería a un 100%.

Tabla 7. Resultados de la evaluación de sistema de gestión de calidad basado en la Norma NC ISO 9001.

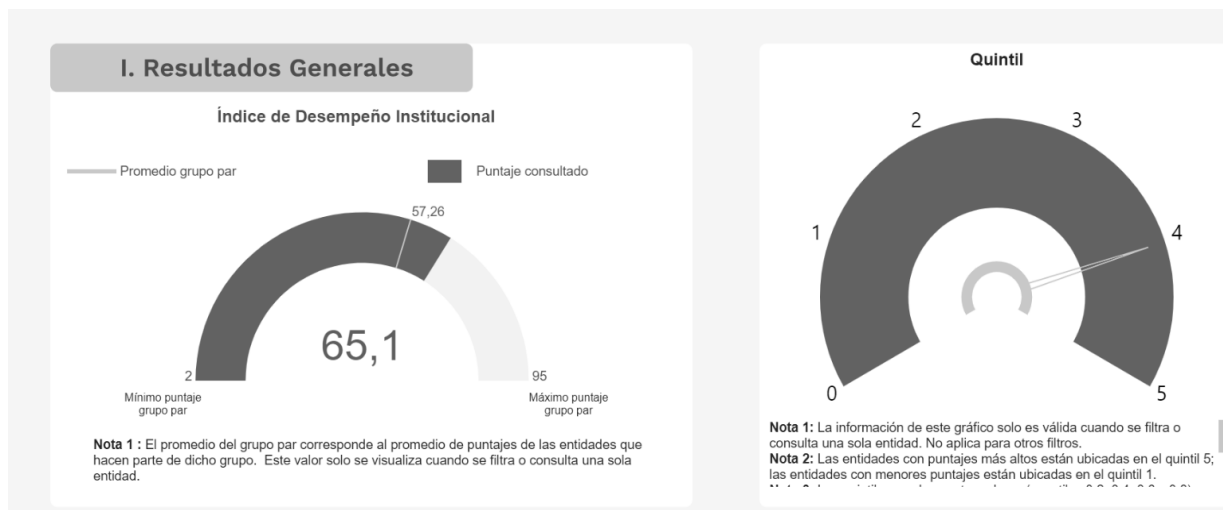
	Criterios Normativos	Criterios Aplicables	Cumple completamente con el criterio evaluado (Se establece, implementa y mantiene) Cumple con el PHVA = 10	Cumple parcialmente con el criterio evaluado (Es establece, se implementa, no se mantiene)= 5	Cumple al mínimo con el criterio evaluado (Se establece, no se implementa, no se mantiene) = 3	No cumple con el criterio enunciado (No se establece, no se implementa, no se mantiene) = 0	% Puntuación	Descripción Criterios No Cumplidos
4.Contexto de la organización. (4.1, 4.2, 4.3, 4.4)	4	4	2	2	0	0	60%	Todos tienen nivel de cumplimiento
5.Liderazgo. (5.1.1, 5.1.2, 5.2.1, 5.2.2, 5.3)	5	5	1	4	0	0	60%	Todos tienen nivel de cumplimiento
6.Planificación (6.1.1, 6.1.2, 6.2.1, 6.2.2, 6.3)	5	5	1	3	1	0	56%	Todos tienen nivel de cumplimiento
7. Apoyo (7.1.1, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.5.1, 7.1.5.2, 7.1.6, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3)	13	13	3	8	2	0	58%	Todos tienen nivel de cumplimiento
8. Operación (8.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.3.1, 8.2.3.2, 8.2.4, 8.4.1, 8.4.2, 8.4.3, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.6, 8.7.1, 8.7.2.	24	19 (8.3)	1	15	3	0	45%	Todos tienen nivel de cumplimiento

	Criterios Normativos	Criterios Aplicables	Cumple completamente con el criterio evaluado (Se establece, implementa y mantiene) Cumple con el PHVA = 10	Cumple parcialmente con el criterio evaluado (Es establece, se implementa, no se mantiene)= 5	Cumple al mínimo con el criterio evaluado (Se establece, no se implementa, no se mantiene) = 3	No cumple con el criterio enunciado (No se establece, no se implementa, no se mantiene) = 0	% Puntuación	Descripción Criterios No Cumplidos
9.1.1, 9.1.2, 9.1.3, 9.2.1, 9.2.2, 9.3.1, 9.3.2, 9.3.3	8	8	0	7	0	1	44%	9.2.1 No se ha incluido en el plan de auditoria institucional la auditoría interna del Sistema de Gestión de la calidad.
10 Mejora. (10.1, 10.2.1, 10.2.2, 10.3)	4	4	2	2	0	0	75%	Todos tienen nivel de cumplimiento

5.1.3 Verificar el Estado de Implementación de la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

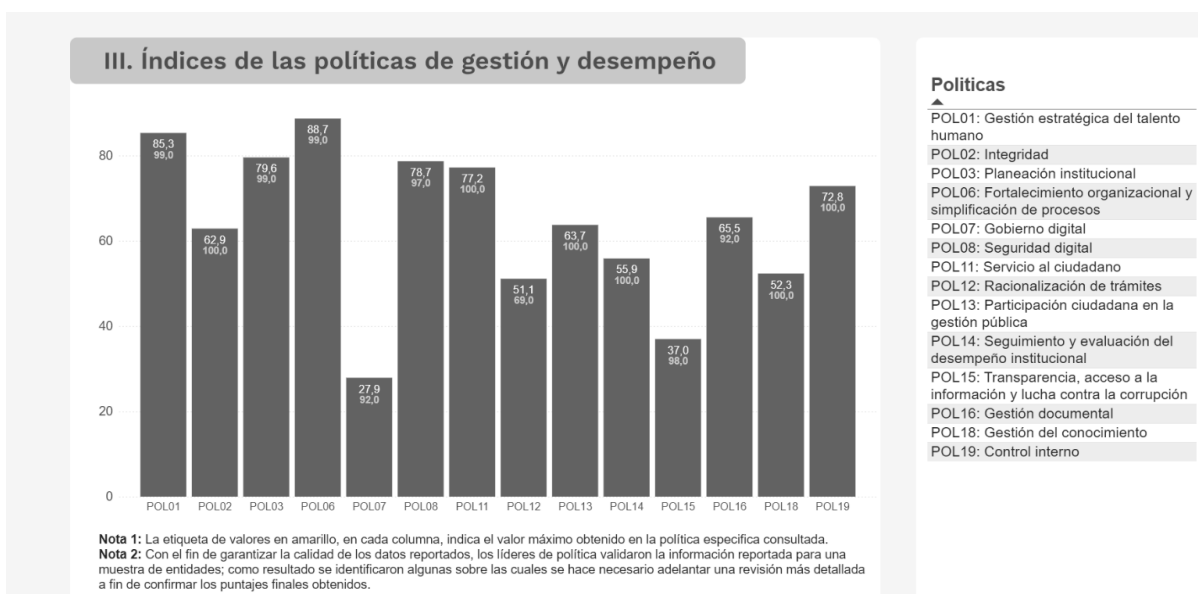
Se realiza presentación de los resultados de la evaluación de desempeño institucional – FURAG de la vigencia 2023, donde tuvo un puntaje del 65.1 y comparado con la vigencia 2022 donde se obtuvo puntaje de 57.7.

Figura 6. Resultados FURAG Hospital del Sarare 2023



Se evidencia el puntaje por cada política de gestión y desempeño de la vigencia 2023.

Figura 7. Índice de políticas MIPG FURAG Hospital del Sarare 2023



Por lo datos anteriormente mencionados fueron obtenidos los datos de la página web de la Función Pública – Resultados FURAG, donde se pueden consultar en el siguiente link <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOWY3ODMyOTAtYTMzMj00MjhjLWFiNmEtMGMzZDE4ZmY5NzMwIiwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iNTIwLTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOjR9>

Específicamente la política POL06 Fortalecimiento organizacional y simplificación de e procesos obtuvo una puntuación de 88.7%.

5.1.4 Identificar las Áreas de Mejora y Oportunidades de Optimización para Superar las Brechas Identificadas para el Cumplimiento de Condiciones de Habilitación.

Con base al diagnóstico realizado en la fase I de condiciones de habilitación aplicables al Servicio de Cuidado intensivo, se realizó un ejercicio de análisis para identificar áreas de mejora y oportunidades desde el enfoque de la calidad esperada teniendo en cuenta adicionalmente el Consenso Colombiano de Calidad en Cuidados Intensivos el cual es generado por la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI) sustentada en una revisión de evidencia científica por un grupo de expertos.

Se realizó un ejercicio de análisis en una matriz donde se relacionaron los criterios de no cumplimiento por cada estándar de habilitación, en una columna para los criterios aplicables a todos los servicios, en la siguiente los criterios aplicables a Unidad de cuidado intensivo y por último se agregó la columna de la Recomendación que da la AMCI con su grado de valor o evidencia. Para de esta manera obtener el insumo para el plan de gestión a realizar para superar las brechas de cumplimiento. A continuación, se presentan áreas y oportunidades de mejora:

Tabla 8. *Mejoras o oportunidades en el estándar de talento humano*

Estándar de Talento Humano				
Descripción criterios no cumplidos aplicables a todos los servicios	Descripción criterios no cumplidos aplicables al servicio de cuidado intensivo adulto	Recomendación AMCI	Conclusión para plan de gestión	
<p>La ESE dentro de sus proyecciones para la habilitación UCI, tiene la de habilitar el servicio quirúrgico de neurocirugía por lo cual el criterio de: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios de cuidado intensivo pediátrico y adulto que adicionalmente habiliten el servicio quirúrgico de neurocirugía, tienen disponibilidad de coordinador operativo de trasplantes, sería aplicable y faltaría para cumplimiento.</p>	<p>La ESE no cuenta con profesional especialista en medicina crítica y cuidado intensivo, ni todo el profesional de enfermería para asignar el servicio es especialista en cuidado crítico o profesional de enfermería con acciones de formación continua en el control de pacientes de cuidado intensivo adulto.</p>	<p>La relación intensivista paciente no sea superior a 1:8, esta recomendación es fuerte a favor con moderada calidad de la evidencia.</p>	<p>Intensivistas mediante telexperticia sincrónica con relación no superior 1:8 es decir si habilita todas las camas como UCI requeriría 2 intensivistas. Pero si la infraestructura es compartida con servicio UCIM dependería la cantidad de camas UCI, con permanencia mínima de 12 horas.</p> <p>Gestionar programa de formación para todo el personal en manejo de cuidado crítico, o para el ingreso de nuevo personal exigirlo</p>	
	<p>Al igual que no todo el talento humano de criterio disponibilidad cuenta con formación continua en atención de pacientes de cuidado intensivo adulto.</p>	<p>Si por ubicación geográfica no sea posible o contar con disponibilidad de intensivista recomienda; que la dirección y presencialidad sea por lo menos de 12 horas.</p>		<p>En el tiempo que no esté el intensivista por recomendación de expertos la UCI estar al manejo de médicos con especialidades a fines con relación paciente 1:10.</p>
	<p>Si cuenta con médico especialista neurocirugía, neurología, anestesiología, medicina interna, cirugía general o medicina de urgencias, podría tener disponibilidad de Profesional de la medicina especialista en medicina crítica y cuidado Intensivo, con permanencia mínima de 6 horas por cada 24 horas.</p>	<p>Si no cuenta con el talento humano suficiente para mantener una relación optima de profesional de enfermería 1:3 las 24 horas. Lo podría ajustar teniendo la cuenta el diagnóstico y complejidad de los pacientes, pero la recomendación de expertos es un máximo 1:6 las 24 horas.</p>		<p>Analizar los diagnósticos de referencias, y de ingresos a UCIM determinando el grado de complejidad de los posibles pacientes para determinar la necesidad de auxiliares de enfermería y profesional de</p> <p>Por recomendación de expertos recomienda contar con un coordinador médico, coordinador de enfermería, y coordinador de apoyo terapéuticos dirigido por especialistas en UCI.</p>
	<p>Y los criterios no aplicables son dos ya que no se proyectan ofertar atención a pacientes críticamente quemados por lo cual no es necesario contar con profesional de la medicina especialista en cirugía plástica, ni profesional de terapia ocupacional.</p>	<p>En auxiliar de enfermería recomienda fuerte a favor, pero baja calidad de evidencia, la</p>		

Estándar de Talento Humano			
Descripción criterios no cumplidos aplicables a todos los servicios	Descripción criterios no cumplidos aplicables al servicio de cuidado intensivo adulto	Recomendación AMCI	Conclusión para plan de gestión
		relación paciente 1:2 pero puede ajustarse según diagnóstico y complejidad.	

Tabla 9. Mejoras o oportunidades en el estándar de infraestructura

Descripción Criterios No Cumplidos Aplicables A Todos Los Servicios	Descripción Criterios No Cumplidos Aplicables Al Servicio De Cuidado Intensivo Adulto	Recomendación AMCI	Conclusión Para Plan De Gestión
La infraestructura nueva destinada para la UCI y lo que conecta el bloque de UCI con el de hospitalización no cuenta con túnel uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrida, con pasamanos a ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres.	La ESE cuenta con una infraestructura nueva la cual fue diseñada y planeada bajo la norma actualizada de habitación.	La norma de habitación exige el área mínima de cubículo de 8 mts ² , y la AMCI recomienda que no sea inferior a 12 mts ² . Y las recomendaciones que no se evidencian como requisitos de habitación es: Por recomendación de expertos que se cuente con espacios físicos para reuniones, área de descanso, alimentación para evitar que el personal asistencial presente el síndrome de burnout o niveles altos de estrés, esto debido a que el servicio exige la permanente del personal.	Diseñar y ejecutar una adecuación en obra para conectar el bloque de infraestructura UCI con el bloque de internación, esta debe contar con barreras laterales, superficies seguras y que no se ingrese el agua por lluvias o ambiente. La infraestructura disponible de la ESE cuenta con una sala para coordinación, la cual en su dotación se adecuaría para área de reuniones, descanso, alimentación para la personal asistencia. El área de cada cubículo del ESE cumple con el mínimo normativo, para la dotación de cada uno se debe procurar optimizar espacios para garantizar el ingreso de equipos biomédicos grandes o la movilización del personal.

Tabla 10. *Mejoras o oportunidades en el estándar de dotación*

Estándar de Dotación			
Descripción Criterios No Cumplidos Aplicables A Todos Los Servicios	Descripción Criterios No Cumplidos Aplicables Al Servicio De Cuidado Intensivo Adulto	Recomendación AMCI	Conclusión para Plan de Gestión
<p>Se requiere definir acorde al perfil los Medicamentos, dispositivos médicos e insumos, definidos por el prestador acorde a lo que se va ofertar</p> <p>No se evidenció equipos de telecomunicaciones de doble vía y conectividad para notificar a la Red de Donación y Trasplantes sobre la existencia de un posible donante.</p> <p>La ESE dentro de sus proyecciones para la habilitación UCI, tiene la de habilitar el servicio quirúrgico de neurocirugía por lo cual el criterio de: las instituciones prestadoras de servicios de salud con servicios de cuidado intensivo pediátrico y adulto que adicionalmente habiliten el servicio quirúrgico de neurocirugía, cuentan con equipo biomédico para realizar pruebas auxiliares en el diagnóstico de muerte encefálica, según lo documentado en el estándar de procesos prioritarios. La ESE no cuenta con dicho equipo médico.</p>	<p>La ESE requiere la dotación en ventilador adulto que cuente con las especificaciones definidas para dicho servicio.</p> <p>Adicionalmente no es posible determinar si la dotación está en concordancia porque no se evidencia definido procesos prioritarios de acuerdo a las primeras causas para UCI.</p>	<p>Requiere complementar la dotación ya que cuenta con una básica de cuidado intermedio, y la infraestructura de UCI será compartida por el servicio de cuidado intermedio y de esta manera cumplir con la dotación de habilitación de todos los servicios y la de cuidado intensivo, pero además la AMCI recomienda:</p> <p>Habilitación exige contar con batería para los ventiladores, y AMCI recomienda que tenga autonomía por mínimo 30 minutos en caso de falla de energía eléctrica.</p> <p>Recomiendan contar con ventiladores con una serie de variables para medir y hacer seguimiento al efecto que ocasiona la ventilación mecánica en los pulmones y a nivel sistémico. Es partidario de todo avance tecnológico, pero definiendo el éxito de la ventilación mecánica proporcional a tiempo de dedicación del operador clínico al paciente y a la interacción con los equipos biomédicos Además recomienda contar con dispositivos de capnógrafo volumétrica para la evaluación del estado ventilatorio.</p> <p>Recomienda los monitores multiparámetros independiente si es una UCI especializada o general.</p> <p>Ecocardiografía: para valoración hemodinámica y de funcionalidad cardiaca.</p>	<p>Formular un proyecto de dotación para el servicio de Cuidado intensivo para 16 cubículos /camas, y obtener la viabilidad de dicho proyecto con el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Adicionalmente formular proyecto de dotación complementaria teniendo en cuenta la especialidad a dedicar de la UCI así como las recomendaciones de equipo de monitoreo de la AMCI, o desde recursos propios de la ESE adquirir los equipos complementarios.</p> <p>Lo anterior se debe porque el Ministerio para viabilizar un proyecto de dotación UCI se basa en lo exigido en habilitación.</p>

Estándar de Dotación			
Descripción Criterios No Cumplidos Aplicables A Todos Los Servicios	Descripción Criterios No Cumplidos Aplicables Al Servicio De Cuidado Intensivo Adulto	Recomendación AMCI	Conclusión para Plan de Gestión
		Ultrasonografía para evaluación poscarga en falla cardíaca derecha	

Tabla 11. *Mejoras o oportunidades en el estándar proceso prioritario*

Estándar De Procesos Prioritarios			
Descripción criterios no cumplidos aplicables a todos los servicios	Descripción criterios no cumplidos aplicables al servicio de cuidado intensivo adulto	Recomendación AMCI	Conclusión Para Plan De Gestión
No se evidenciaron criterios faltantes para cumplir.	No es posible determinar si medicamentos dispositivos insumos están en concordancia porque no se evidencia definido procesos prioritarios de acuerdo con las primeras causas para UCI.	<p>AMCI recomienda que se cuenta con Guías de práctica clínica para patologías más frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Manejo en sepsis y choque séptico -Insuficiencia respiratoria aguda -Síndrome de dificultad respiratoria -Neumonía severa adquirida en comunidad -Síndromes coronarios agudos -Insuficiencia cardíaca aguda -Accidente cerebro vascular -Lesión renal aguda -Trauma cráneo encefálico -Estados hipertensivos del embarazo -Código rojo obstétrico -Intoxicaciones agudas -Crisis hiperglucemias en UCI -Manejo integral paciente con COVID 19 -Posoperatorio de cirugía mayor. <p>Adicional a los protocolos y procedimientos de habilitación recomienda contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sedación, analgesia y relajación muscular. -Prevención y manejo del delirium -Terapia medica nutricional -Terapia transfusional en el paciente crítico 	<p>Es necesario la documentación existente de la ESE en cuando a condiciones de habilitación realizar su revisión y realizar la actualización que genere el contar con la UCI.</p> <p>De acuerdo al perfil epidemiológico, y la naturaleza de la UCI documentar o adoptar Guías de práctica clínica.</p> <p>Documentar lo recomendado por la AMCI.</p>

Estándar De Procesos Prioritarios			
Descripción criterios no cumplidos aplicables a todos los servicios	Descripción criterios no cumplidos aplicables al servicio de cuidado intensivo adulto	Recomendación AMCI	Conclusión Para Plan De Gestión
		<ul style="list-style-type: none"> -Rehabilitación integral -Humanización en la atención de pacientes críticos <ul style="list-style-type: none"> -Trombo profilaxis -Profilaxis de úlcera gástrica -Ventilación. Mecánica -Prevención neumonía asociada a ventilador. -Prevención de infección asociada a catéter intravascular. -Gestión operativa de la donación de órganos Aspectos en la atención del paciente a final de vida en UCI <ul style="list-style-type: none"> -Manejo de vía aérea -Toracotomía cerrada. -Colocación de catéter venoso central. -Manejo del paciente por parada cardíaca. 	

Tabla 12. *Mejoras o oportunidades en el estándar de medicamentos dispositivos e insumos*

Estándar De Medicamentos Dispositivos E Insumos			
Descripción Criterios no Cumplidos Aplicables a Todos los Servicios	Descripción Criterios no Cumplidos Aplicables al Servicio de Cuidado Intensivo Adulto	Recomendación AMCI	Conclusión para Plan DE Gestión
El prestador de servicios de salud aún no cuenta con información documentada de las actividades y procedimientos que se realizan en el servicio acordes con su objeto, alcance y enfoque diferencial, mediante guías de práctica clínica- GPC, procedimientos de atención, protocolos de atención y otros documentos que el prestador de servicios de salud determine, dicha información incluye talento	Se requiere documentar los criterios de ingreso, egreso y de inclusión del servicio, así como el manejo de las principales causas de hospitalización según oferta, también documentar gestión operativa de órganos, así como medidas para reducir el riesgo de atención del paciente crítico	No da recomendaciones	Se requiere documentar las actividades y procedimientos definiendo los recursos, así como establecer criterios unificados de manejo médico para garantizar los medicamentos e insumos requeridos.

Estándar De Medicamentos Dispositivos E Insumos

Descripción Criterios no Cumplidos Aplicables a Todos los Servicios	Descripción Criterios no Cumplidos Aplicables al Servicio de Cuidado Intensivo Adulto	Recomendación AMCI	Conclusión para Plan DE Gestión
humano, equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos e insumos requeridos			

Tabla 13. *Mejoras o oportunidades en el estándar de historia clínica*

Estándar de Historia Clínica

Descripción Criterios no Cumplidos Aplicables a todos los Servicios	Descripción Criterios no Cumplidos Aplicables al Servicio de Cuidado Intensivo Adulto	Recomendación AMCI	Conclusión para Plan de Gestión
Teniendo en cuenta la modalidad de prestación para el médico especialista cuidado intensivo, ya que la opción más probable será por Telemedicina, se requería dar cumplimiento a los criterios exigidos en esta, donde se avale el mecanismo utilizado cumple con características de autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad del documento, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente expedida por el Archivo General de la Nación, la Superintendencia de Industria y Comercio y el Ministerio de Tecnologías de información y Comunicaciones	La ESE al contar con diferentes servicios de internación habilitados, cuenta con una historia clínica definida la cual para el servicio de cuidado intensivo se requiere la estructura básica	No da recomendaciones	Generar estrategia para fortalecer la calidad de la información registrada en la historia clínica en todo el ciclo de atención del paciente. Para modalidad de Telemedicina requiere historia clínica web y cumplir con todo lo exigido en dicha modalidad.

Tabla 14. *Mejoras o oportunidades en el estándar de interdependencia*

Estándar De Interdependencia			
Descripción Criterios no Cumplidos Aplicables a todos los Servicios	Descripción Criterios no Cumplidos Aplicables al Servicio de Cuidado Intensivo Adulto	Recomendación AMCI	Conclusión para Plan de Gestión
No se evidenciaron criterios faltantes para cumplir.	La ESE al contar habilitado el servicio de Cuidado intermedio, la exigencia de los servicios de interdependencia son los mismos a cuidado intensivo por lo cual todos cumplen. El criterio no aplicable es al no oferta el servicio de cuidado paciente quemado no es necesario contar con oferta de trasplante de piel.	No da recomendaciones	Fortalecer la gestión por procesos porque los de soporte o apoyo, así como los demás subprocesos misionales son entradas y salidas del proceso de UCI por lo cual genera impacto en los resultados.

5.2 Fase II Análisis Normativo

5.2.1 Realizar una Revisión Documental los Estándares de Calidad Establecidos en la NTC-ISO 9001:2015, de la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

En esta fase se desarrolla acogiendo la política FOSP como referente de integración, con los requisitos adaptables de la norma de habilitación la resolución 3100 de 2019 y los requisitos establecidos por la NTC ISO 9001:2015, teniendo en cuenta los estándares de cada una de las normas, en la revisión documental se evidencian requisitos no comunes que no se pueden adaptar a los requerimientos de la resolución existiendo diferencias y semejanzas. Como actividad principal se analiza la política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos siendo el objetivo de esta política, aumentar las capacidades organizacionales mediante la alineación de la estrategia institucional y el modelo de operación por procesos, estructura y planta de personal, con el fin de contribuir a la generación de mayor valor público en la prestación de bienes y servicios, aumentando la productividad estatal. Es fundamental conocer la ubicación y el propósito de la entidad, así como los recursos, procedimientos y acciones necesarios para llevar a cabo las acciones planificadas.

Debido a esto, es crucial establecer de manera precisa y transparente los resultados que se buscan alcanzar por una entidad, industria, departamento o municipio durante un período de tiempo específico, y poder expresarlos en términos de productos, efectos e impactos. Entendiendo este propósito la política se centra en 4 condiciones; 1. Entender la situación, donde se analizan las capacidades y entornos del direccionamiento estrategia y la planeación e identificar los puntos críticos, 2. Diseñar o rediseñar lo necesario, con la información del contexto se establece si la arquitectura institucional es la adecuada bajo preceptos de eficiencia, productividad y la

generación de valor público. 3. Trabajar por procesos, la adopción de una gestión por procesos permite la mejora de actividades orientada a los resultados, clasificados en estratégicos, misionales y de apoyo. 4. Gestionar recursos físicos y servicios internos, hace referencia a los bienes muebles e inmuebles.

Su adecuada gestión le permite a la organización identificar y disponer de ellos para brindar un mejor servicio, entre los servicios internos están: mantenimiento, ingreso y salida de elementos de aseo y cafetería, servicios públicos, eventos, logística, impresos y publicaciones, almacén y suministros se debe garantizar una adecuada provisión de recursos físicos y servicios internos.

En la revisión de la resolución 3100

Cap. 1 se definen las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Art 2, Dicha resolución aplica a:

1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
2. Los Profesionales Independientes de Salud.
3. Los Servicios de Transporte especial de pacientes.
4. Las Entidades con Objeto Social Diferente a la prestación de servicios de salud.
5. Las secretarías de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.
6. Las entidades responsables del pago de servicios de salud.
7. La superintendencia Nacional de Salud.

Art 3, Condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores: para la entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) deben cumplir las siguientes características:

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

Cap. 2. Autoevaluación e inscripción en el REPS

Cap. 3. Novedades y cierre de Servicios

Cap. 4. Visitas de verificación

Cap. 5. Disposiciones generales

Después de analizar la estructura de la presente norma, se revisa el manual como anexo técnico comprende 11 temas, 1. Estructura de los servicios de salud determinando su taxonomía; 2. Orienta sobre las especificidades de las prestación de los servicios de salud en la modalidad extramural, 3. Sobre las especificidades de la prestación de los servicios de salud telemedicina, 4. Define los principales conceptos de la norma desde los transversales hasta los específicos, 5. Condiciones para la prestación del servicio con apoyo de organismos de cooperación, 6. Situaciones de emergencia, 7. Definición del alcance y objetivo, 8. Condiciones técnico administrativas, de suficiencia patrimonial y financiera y las tecnologías y científicas, 9. Inscripción de los prestadores de servicios de salud, verificación de condiciones de habilitación de servicios, 10. Novedades para los prestadores de servicios de salud, 11. Estándares y criterios aplicables de manera transversal y diferenciada a los servicios de salud, 12. de se toman los estándares y criterios mínimos de las condiciones de habilitación.

En el análisis de la norma se tuvieron en cuenta las características o elementos de los siete estándares de las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación de servicios de salud;

- Estándar de talento humano
- Estándar de infraestructura
- Estándar de Dotación
- Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos
- Estándar de procesos prioritarios
- Estándar de historia clínica y registros
- Estándar de interdependencia

Al estudiar los aspectos anteriormente mencionados, se procede con la revisión de los requisitos de la NTC ISO 9001: 2015, dentro de la revisión documental, se analiza la estructura de alto nivel lo cual permite facilitar el ejercicio comparativo entre normas, y se desarrolle de forma sencilla su armonización.

Objeto y campo de aplicación; Esta Norma Internacional especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad cuando una organización:

a) necesita demostrar su capacidad para proporcionar regularmente un producto o servicio que satisfaga los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables, y

b) aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora continua del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.

Todos los requisitos de esta Norma Internacional son genéricos y son aplicables a todas las organizaciones, sin importar su tipo, tamaño y el producto suministrado.

Los 10 capítulos con los que cuenta la NTC ISO 9001:2025 se dividen en:

1. Objeto y campo de aplicación
2. Referencias normativas
3. Términos y definiciones
4. Contexto de la Organización
5. Liderazgo
6. Planificación
7. Apoyo
8. Operación
9. Evaluación del desempeño
10. Mejora

5.2.2 Identificar Convergencias y Divergencias entre el Sistema de Gestión de la Calidad acorde a la NTC ISO 9001:2015, la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y los criterios de habilitación definidos en la Resolución 3100 del 2019.

El ejercicio de la segunda fase se realizó mediante una Matriz Comparativa que permitió identificar los elementos convergentes y divergentes entre las normas mencionadas, los elementos de la matriz fueron los lineamientos generales de la política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, los 7 estándares de la resolución 3100:2019 y los capítulos de la norma ISO 9001 partiendo desde el capítulo 4.

Contexto de la organización hasta el capítulo 10. mejora continua. Con estos criterios y requisitos potencialmente adaptables se muestra que está compuesto por una estructura por etapas, entre las convergencias encontradas las tres normas buscan mejorar la gestión de procesos y la

calidad de los servicios, aunque desde enfoques y contextos diferentes, promueven la participación del personal y la mejora continua, además de tener como objetivo la eficiencia en la gestión y el uso eficaz de los recursos.

En la matriz donde se integran lineamientos y estándares, se realiza la identificación se procede a hacer el análisis de ciertos aspectos de las normas que se pretende armonizar;

Figura 8. Convergencias

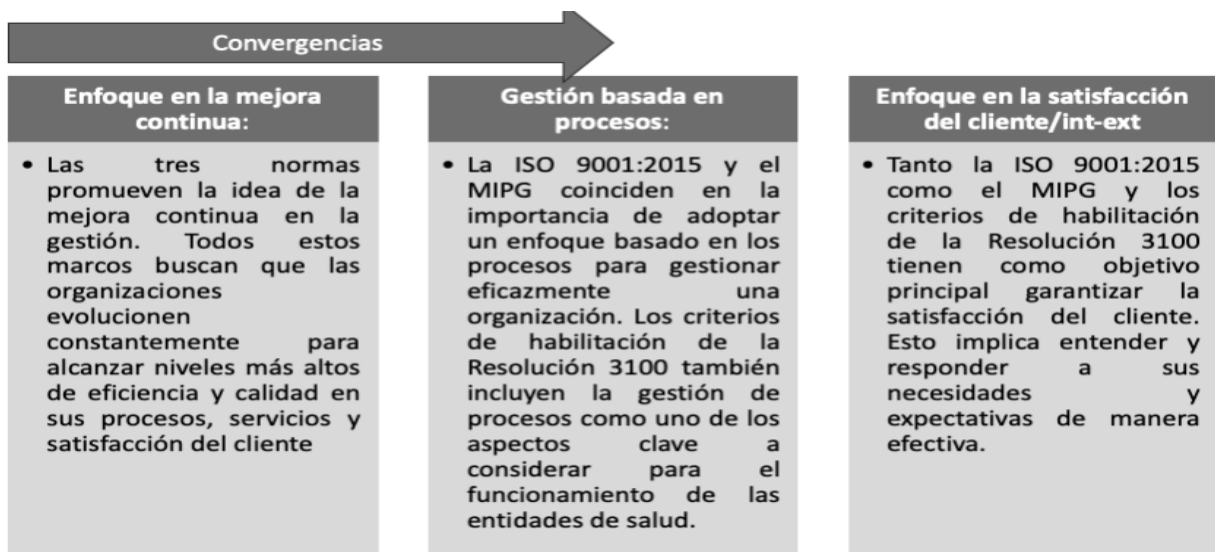
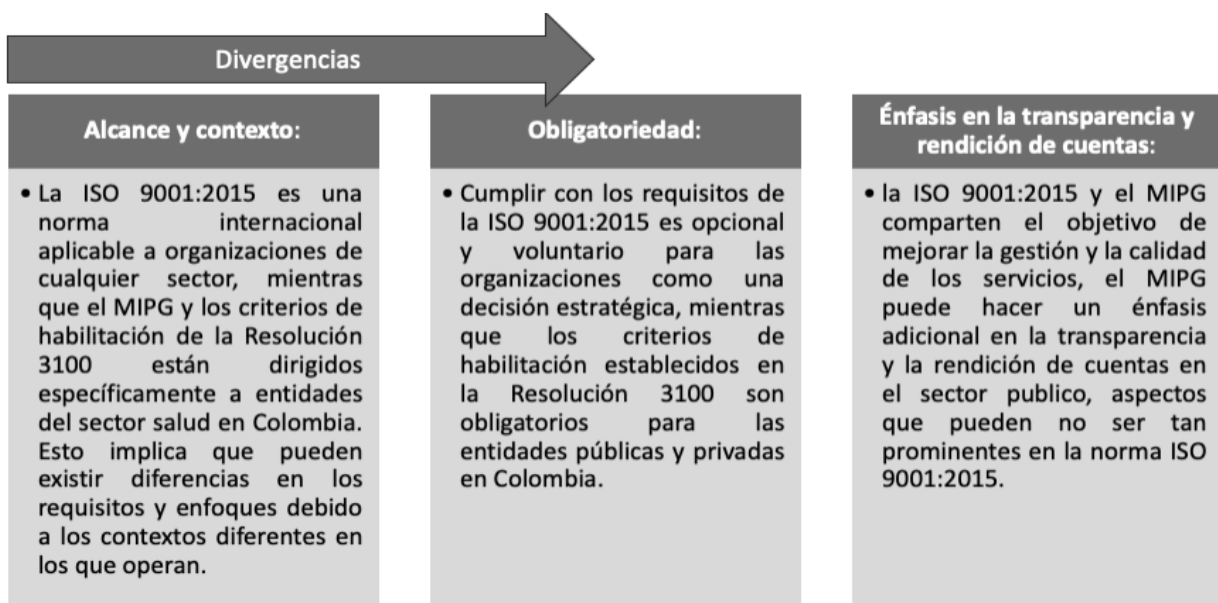


Figura 9. Divergencias



En la dinámica anterior permite identificar que, aunque estas normas tienen objetivos comunes en términos de mejora de la gestión en la calidad de los servicios, difieren en aspectos no comunes como el alcance, obligatoriedad y enfoque contextual.

5.2.3 Desarrollar la Armonización entre el Sistema de Gestión de la Calidad acorde a la NTC ISO 9001:2015, la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y los criterios de habilitación definidos en la Resolución 3100 del 2019.

En este objetivo se elaboró un matriz donde se toma del MIPG en su tercera dimensión; la Gestión con valores para resultados, la política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, se analizan las condiciones de la política con sus respectivos lineamientos generales para identificar la correspondencia con la resolución 3100 del 2019 y la norma NTC ISO 9001:2015 y los elementos comunes. En la matriz se describen cuatro condiciones principales de la política de fortalecimiento organizacional y simplificación de proceso, los cuales se dividen en 2 objetivos generales; comprender muy bien la situación por la que atraviesa una entidad, y hacer un ejercicio de diseño o rediseño de allí se despliegan 10 lineamientos del MIPG, se compara y en cada lineamiento de la política arroja unas características que se analizan con los criterios de cada norma, teniendo en cuenta que estas norma se conforman de estructuras adaptables.

En el desarrollo de la armonización se describe en la Tabla aspectos generales comunes.

Enfoque en la satisfacción del cliente/ciudadano:

Todos los estándares reconocen la importancia de satisfacer las necesidades y expectativas del cliente o ciudadano como un objetivo fundamental, la NTC ISO 9001:2015 enfatiza en comprender y cumplir con los requisitos del cliente, la política FOSP del MIPG pone énfasis en

entender la situación y considerar las necesidades y expectativas de los ciudadanos como parte integral de la gestión pública, los criterios de habilitación de la resolución 3100:2015 priorizan la atención al ciudadano y la mejora de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de la comunidad aunque no tenga un estándar que establezca este punto específico en los diferentes elementos de los 7 estándares de la norma son inherentes a las condiciones de habilitación, busca atender la seguridad del paciente con el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basados en evidencia científica.

Liderazgo y compromiso de la alta dirección:

Los tres estándares reconocen la importancia del liderazgo y compromiso de la alta dirección en el establecimiento de una cultura de calidad y mejora continua, la NTC ISO 9001:2015 requiere que la alta dirección demuestre liderazgo y compromiso con el sistema de gestión de la calidad, la política del MIPG de FOSP propone definir los responsables del proceso y sus obligaciones en el lineamiento trabajar por procesos promueve una cultura de transparencia, rendición de cuentas, identificación de riesgos, establecimiento de controles y mejora continua por parte de los líderes de la organización.

Los criterios de habilitación de la Resolución 3100:2015 en el criterio procesos prioritarios el liderazgo en la implementación de prácticas de gestión efectivas para promover la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios de salud.

Enfoque basado en procesos:

Los tres estándares tiene en común la importancia de adoptar un enfoque basado en procesos para lograr resultados consistentes y satisfacer las necesidades de los clientes o ciudadanos, la NTC ISO 9001:2015 requiere la identificación, gestión y mejora continua de los procesos, la política del MIPG de FOSP, trabajar por procesos busca identificar los procesos

necesarios para la prestación del servicio y la adecuada gestión, a partir de las necesidades y expectativas de los grupos de valor, en la simplificación y optimización de los procesos organizacionales para aumentar la eficiencia, los criterios de habilitación de la Resolución 3100 priorizan la gestión eficiente de los procesos internos para garantizar la prestación oportuna y efectiva de los servicios de salud.

Mejora continua:

Todos los estándares promueven la idea de la mejora continua como un elemento clave para asegurar la eficacia y eficiencia de los procesos y servicios, la NTC ISO 9001:2015 requiere la búsqueda constante de la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad, la política del MIPG de FOSP en los lineamientos generales Diseñar o rediseñar lo necesario; propone revisar y analizar permanente el conjunto de procesos institucionales, a fin de actualizarlos, promueve la innovación y la adaptación a nuevos retos para lograr una gestión más eficiente y efectiva, los criterios de habilitación de la Resolución 3100 establecen mecanismos de verificación, seguimiento y evaluación para garantizar la mejora continua en la prestación de servicios y el cumplimiento de los objetivos.

Tabla 15. *Armonización entre el sistema de gestión de la calidad acorde a la NTC ISO 9001:2015, la política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) y los criterios de habilitación definidos en la Resolución 3100 del 2019.*

Condiciones Política FOSP	Lineamientos generales	Res 3100	ISO 9001:2015
Entender la situación	Análisis de capacidades y entornos del Direccionamiento Estratégico y la Planeación, está en la necesidad de recabar la información necesaria e identificar los puntos críticos que expliquen por qué la institucionalidad actual no es adecuada para la entrega de productos y servicios sintonizados con las necesidades de los ciudadanos.	N/A	<i>4.1 Comprensión del direccionamiento estratégico, organización y de su contexto</i>
Diseñar o rediseñar lo necesario	Revisar técnicamente si la arquitectura institucional es la más adecuada, bajo los preceptos de la eficiencia, la productividad y la generación de valor público.	Procesos Prioritarios	<i>4.1 Comprensión de la organización y de su contexto; 4.2 comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas; 4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos 6. Planificación. 8.1 Planificación y control operacional 9.1.3 Análisis y evaluación; 9.1.3 Análisis y evaluación 7.1.5 Recursos de seguimiento y medición</i>
Diseñar o rediseñar lo necesario	Medir el impacto que en materia presupuestal puedan generar dichos procesos y prioridades definidas por los planes de desarrollo y otros instrumentos de Direccionamiento Estratégico para el ajuste de estructuras organizacionales.	Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera	<i>7.1.5 Recursos de seguimiento y medición</i>
Diseñar o rediseñar lo necesario	Aprobar los procesos de ajustes de estructura los cuales deben ser autorizados por los responsables del manejo fiscal, y en algunos eventos de los responsables del área de planeación.	Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera	<i>6.3 planificación de los cambios</i>
Diseñar o rediseñar lo necesario	Ajustar las reformas de planta de empleos y estructura deben ser aprobadas por la Función Pública y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, de acuerdo con los lineamientos de la Presidencia de la República.	Talento Humano	<i>7.1.2 PERSONAS</i>

Condiciones Política FOSP	Lineamientos generales	Res 3100	ISO 9001:2015
Trabajar por procesos	<p>Identificar los procesos necesarios para la prestación del servicio y la adecuada gestión, a partir de las necesidades y expectativas de los grupos de valor identificadas en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y de Planeación (es posible agrupar procesos afines en macroprocesos)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Definir el objetivo de cada uno de los procesos – Definir la secuencia de cada una de las diferentes actividades del proceso, desagregándolo en procedimientos o tareas – Definir los responsables del proceso y sus obligaciones – Identificar los riesgos del proceso, así como establecer los controles correspondientes <ul style="list-style-type: none"> – Definir los controles de medición y seguimiento correspondientes – Definir estrategias que permitan garantizar que la operación de la entidad se haga acorde con la manera en la que se han documentado y formalizado los procesos – Revisar y analizar permanente el conjunto de procesos institucionales, a fin de actualizarlos y racionalizarlos (recorte de pasos, tiempos, requisitos, entre otros) – Documentar y formalizar los procesos para identificar el aporte que cada uno hace a la prestación del servicio y la adecuada gestión (comúnmente conocido como mapa de procesos) 	Procesos Prioritarios	<p><i>4. 4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO</i></p> <p><i>5.1 Liderazgo y compromiso</i></p> <p><i>5.3 Roles y responsabilidades y autoridades en la organización</i></p> <p><i>5.1.2 Enfoque al cliente</i></p> <p><i>6.1 Acciones para abordar riesgo y oportunidades</i></p> <p><i>8.1 Planificación y control operacional</i></p>
Gestionar recursos físicos y servicios internos	<p>Gestionar recursos físicos y servicios internos. Su adecuada gestión le permite a la organización identificar y disponer de aquellos recursos requeridos para la generación de los productos o prestación de los servicios, en las cantidades y cualidades necesarias, así como las condiciones de ambiente y seguridad laboral propicias para que los riesgos de salud ocupacional asociados no se materialicen.</p>	Infraestructura, Dotación	<p><i>7.1 Recursos</i></p> <p><i>7.1.3 INFRAESTRUCTURA</i></p>

Condiciones Política FOSP	Lineamientos generales	Res 3100	ISO 9001:2015
Gestionar recursos físicos y servicios internos	Asegurar que el control administrativo y físico de los bienes esté acorde con su control contable.	Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera	N/A
Gestionar recursos físicos y servicios internos	Tener en cuenta las disposiciones previstas en el Plan General de la Contabilidad Pública de la CGN, las directrices dadas por Colombia Compra Eficiente y las establecidas por cada entidad, en sus manuales internos de contratación.	Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera	N/A
Gestionar recursos físicos y servicios internos	Verificar las disposiciones dadas por el Gobierno Nacional o los gobiernos locales en materia de políticas de austeridad en el gasto público (consumo de servicios públicos, de combustibles, compras, viáticos gastos de personal, entre otros), y por las autoridades competentes (igualmente, nacionales y locales), en temas de gestión ambiental	N/A	4.1 <i>Comprensión de la organización y de su contexto</i> 8.1 <i>Planificación y control operacional.</i> 7.1 <i>Recursos</i>
N/A	N/A	Historia Clínica	7.5.3 <i>Control de la información documentada</i>
N/A	N/A	Medicamentos Dispositivos médicos	8.1 <i>planificación control operacional</i>

5.2.4 Elaborar un Plan Estratégico que Aborden los Criterios de Habilitación Definidos en la Resolución 3100 del 2019, NTC ISO 9001:2015, la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en el servicio de Cuidado intensivo.

Con el fin de elaborar un plan estratégico, además de realizar la revisión documental de Resolución 3100 del 2019, NTC ISO 9001:2015, la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), para el diagnóstico de las condiciones de habilitación, la identificación de brechas y oportunidades, en articulación con el Hospital del Sarare ESE, se realizó una visita de Referenciación a una ESE Acreditada la cual cuenta con el Servicio de Cuidado intensivo adulto, allí se realizó una mesa de trabajo con un equipo estratégico y un recorrido a la infraestructura del servicio.

El Hospital del Sarare ESE desde el programa de Seguridad del paciente realizó gestión para visita de referenciación en la ESE Hospital universitario de Santander, visita realiza el 8 de abril del 2024, en esta visita se participó como integrantes del presente proyecto, se realizó recorrido a la unidad de cuidado intensivo adulto y se pudo determinar buenas prácticas:

Talento Humano: La entidad cuenta con líderes de procesos, coordinadores por servicio los cuales se articulan para análisis e implementación de los planes de mejora, así como la asignación de los paquetes instruccionales de seguridad del paciente.

La metodología de implementación de los paquetes instruccionales es su revisión literaria, disponibilidad de recursos, dinámica de la entidad para posteriormente aterrizarlos al contexto y las necesidades de cada institución.

Formación continua a través de la Oficina de educación de enfermería: En dicha oficina se pautan los temas con metas diarias de educación, con auxiliares designados para educación para

el usuario, familia y colaboradores. Además, realizan taller de atención inmediata a través de simuladores, realizan dos eventos institucionales grandes; el foro y simposio de seguridad del paciente, desde el programa de seguridad del paciente realizan actividades de educación, metodología de inducción: está liderada por Talento humano y el personal que ingresa tiene acceso a los cursos en la plataforma Moodle la cual es evaluada.

Se constato la proporción de asignación de pacientes acorde a los lineamientos de la AMCI.

Dotación: Evidenció registros controles del plan de mantenimiento a equipos biomédicos, completa dotación acorde al servicio y a las especialidades médicas brindadas, verificación diaria de funcionamiento.

Infraestructura: adecuaciones y construcciones nuevas que garantizan el cumplimiento normativo, plan de mantenimiento hospitalario evidencia su correcta implementación.

Medicamentos: estrategias de seguridad en la administración de medicamentos, correcta trazabilidad.

Procesos Prioritarios: Cuenta con software para sistema de gestión, seguridad en la información, acceso para consulta y estudio para los funcionarios, adopción, adaptación de guías, documentación completa. De manera permanente estos equipos aplican adherencia mediante listas de chequeo las cuales la institución como fortaleza tiene todo documentado y el personal realiza es verificación de cumplimiento y los planes de mejora. A través de Almera se da la trazabilidad de dichos planes donde publican los plazos, evidencias y el equipo base de seguridad del paciente realiza su seguimiento.

La ESE implementa dos estrategias; búsqueda activa y búsqueda pasiva.

Búsqueda activa: mediante rondas de seguridad del paciente, verificaciones a través de listas de chequeo y los puntos de control (barreras).

Búsqueda pasiva: mediante los reportes de plataforma ALMERA, y también en formatos físicos. (Implementan una estrategia si se detectó ante búsqueda activa sensibilizan realizando retroalimentación del evento).

Interdependencia: Medidas de contratación y evaluación de proveedores, que garantizan su cumplimiento.

A continuación, se presenta el Plan Estratégico Planteado teniendo en cuenta los insumos anteriormente descritos con un enfoque integral que asegura que la UCI no solo cumpla con las normativas y estándares de calidad, sino que también se fortalezca la capacidad operativa y organizacional, proporcionando una atención de alta calidad a los pacientes.

Tabla 16. Plan estratégico

Estrategia	Acciones	Criterios de Habilitación (Res 3100 de 2019)	Requisitos Sistema de Gestión de Calidad (ISO 9001:2015)	Recursos necesarios	Política FOSP (MIPG)	Responsable
Fortalecer y promover una cultura de calidad centrada en la política de fortalecimiento organizacional simplificación de procesos, seguridad del paciente y la mejora continua en la UCI cumpliendo los estándares de calidad."	Promover una comunicación abierta y efectiva de los protocolos y procedimientos estandarizados una vez estos sean socializados a la planta de personal, realizar mesas de trabajo compartiendo experiencias y casos de éxito	Procesos prioritarios	7. Apoyo 7.4 Comunicación	Herramientas de gestión por procesos	Entender la situación: Analizar de capacidades y entornos del Direccionamiento Estratégico y la Planeación, está en la necesidad de recabar la información necesaria e identificar los puntos críticos que expliquen por qué la institucionalidad actual no es adecuada para la entrega de productos y servicios sintonizados con las necesidades de los ciudadanos.	Coordinador de calidad/ jefe Uci
	Implementar programas de formación sobre cultura de calidad, seguridad del paciente, y prácticas basadas en evidencia para todo el personal de la UCI.	Talento Humano	7. Apoyo 7.1.2 Personas	Programas de Capacitación		Coordinador de calidad
	Implementar prácticas que optimicen el uso de recursos y reduzcan costos sin comprometer la calidad del servicio.		5. liderazgo 5.1 Liderazgo y compromiso	Herramientas de gestión por procesos		Coordinador de calidad
	Definir y establecer indicadores clave de calidad relacionados con la atención al paciente en la UCI, como tasas de infección nosocomial, cumplimiento de	Procesos prioritarios	4. Contexto de la Organización 4.4. Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos	Software de gestión; indicadores		Coordinador de calidad

Estrategia	Acciones	Criterios de Habilitación (Res 3100 de 2019)	Requisitos Sistema de Gestión de Calidad (ISO 9001:2015)	Recursos necesarios	Política FOSP (MIPG)	Responsable
	<p>protocolos de seguridad, y satisfacción del paciente.</p> <p>Minimizar las debilidades internas y mitigar las amenazas externas. implementar programas de retención de personal y mejorar la comunicación interna para abordar las limitaciones en la capacitación continua y los problemas de rotación de personal y desarrollar estrategias para reclutar y retener talento médico y de enfermería.</p>		<p>4. Contexto de la Organización</p> <p>4.1 comprensión de la Organización y de su contexto</p>	<p>Programas de Capacitación</p>		<p>Coordinador de calidad/ formación</p>
	<p>Establecer un sistema de retroalimentación donde se reconozcan las contribuciones individuales y de equipo a la cultura de calidad.</p>	<p>Procesos prioritarios</p>	<p>8. Operación</p> <p>8.2.1 Comunicación con el cliente</p> <p>9.1.2 Satisfacción al cliente</p>	<p>Manuales, procedimientos, herramientas de Mejor continua</p>		<p>Coordinador de calidad</p>
<p>Fomentar un liderazgo visible y comprometido con la calidad, donde los líderes de la UCI demuestren un compromiso activo</p>	<p>Generar un mecanismo de gobernanza que asegure, el adecuado desempeño de los procesos en el servicio de cuidado intensivo</p>	<p>Talento Humano</p>	<p>7. Apoyo</p> <p>7.1.2 Persona</p>	<p>Manuales, procedimientos</p>	<p>Diseñar o rediseñar lo necesario: Ajustar las reformas de planta de empleos y estructura deben ser aprobadas por la Función Pública y el Ministerio de</p>	<p>Coordinador de calidad/ Gerencia</p>

Estrategia	Acciones	Criterios de Habilitación (Res 3100 de 2019)	Requisitos Sistema de Gestión de Calidad (ISO 9001:2015)	Recursos necesarios	Política FOSP (MIPG)	Responsable
hacia la mejora continua y sirvan como modelos a seguir para el resto del equipo.	Garantizar los perfiles y roles necesarios para la adecuada operación del servicio de cuidado intensivo	Talento Humano	5. Liderazgo 5.3 Roles y responsabilidades	Manuales, procedimientos	Hacienda y Crédito Público, de acuerdo con los lineamientos de la Presidencia de la República.	Coordinador de Formación
Garantizar la dotación necesaria de equipamiento y tecnología necesaria para la operación de la unidad de cuidado intensivo	Garantizar la compra e instalación de la dotación necesaria para la habilitación del servicio de cuidado intensivo	Dotación	7. Apoyo 7.1 Recursos	Planificación de la Gestión de Costos e inventarios	Gestionar recursos físicos y servicios internos: Su adecuada gestión le permite a la organización identificar y disponer de aquellos recursos requeridos para la generación de los productos o prestación de los servicios, en las cantidades y cualidades necesarias, así como las condiciones de ambiente y seguridad laboral propicias para que los riesgos de salud ocupacional asociados no se materialicen	Gerencia
	Adoptar tecnologías y sistemas que apoyen la mejora de la calidad, como sistemas de registro electrónico de salud, herramientas de análisis de datos clínicos y soluciones de gestión de la calidad, y optimizar los recursos disponibles en la adquisición de equipos de última tecnología que fortalezcan las líneas investigativas científicas del hospital con la intervención de entidades respaldadas por las super salud	Historia Clínica	7. Apoyo 7.1 Recursos	Planificación de la Gestión de Costos, asignación de recursos		Gerencia

Estrategia	Acciones	Criterios de Habilitación (Res 3100 de 2019)	Requisitos Sistema de Gestión de Calidad (ISO 9001:2015)	Recursos necesarios	Política FOSP (MIPG)	Responsable
Garantizar la mejora continua mediante evaluaciones periódicas y auditorías internas para evaluar el cumplimiento de estándares de calidad, identificar áreas de oportunidad y asegurar la implementación efectiva de las estrategias de mejora.	Realizar auditorías internas periódicas para evaluar el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad. Formular las estrategias de evaluación del desempeño del servicio de cuidado intensivo	Procesos prioritarios / Interdependencia	9.2 Auditoria Interna 9.Evaluacion de desempeño 9.1 Seguimiento Medicion y analisis 9.1.2 Satisfacion al cliente	Auditorias, Checklist Herramientas de gestion por procesos	Trabajar por procesos: Identificar los procesos necesarios para la prestación del servicio y la adecuada gestión, a partir de las necesidades y expectativas de los grupos de valor identificadas en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y de Planeación (es posible agrupar procesos afines en macroprocesos) – Definir el objetivo de cada uno de los procesos – Definir la secuencia de cada una de las diferentes actividades del proceso, desagregándolo en procedimientos o tareas – Definir los responsables del proceso y sus obligaciones – Identificar los riesgos del proceso, así como establecer los controles correspondientes – Definir los controles	Coordinador de calidad Coordinador de calidad

Estrategia	Acciones	Criterios de Habilitación (Res 3100 de 2019)	Requisitos Sistema de Gestión de Calidad (ISO 9001:2015)	Recursos necesarios	Política FOSP (MIPG)	Responsable
Garantizar la información documentada necesaria para atender las necesidades del proceso de atención del servicio de cuidado	Mantener actualizados protocolos, guías clínicas, y procedimientos operativos estándar (POEs) específicos para la UCI,	Procesos prioritarios	10. Mejora 10.3 Mejora Continua	Manuales, procedimientos	de medición y seguimiento correspondientes – Definir estrategias que permitan garantizar que la operación de la entidad se haga acorde con la manera en la que se han documentado y formalizado los procesos – Revisar y analizar permanente el conjunto de procesos institucionales, a fin de actualizarlos y racionalizarlos (recorte de pasos, tiempos, requisitos, entre otros) – Documentar y formalizar los procesos para identificar el aporte que cada uno hace a la prestación del servicio y la adecuada gestión (comúnmente conocido como mapa de procesos) Gestionar recursos físicos y servicios internos: Su adecuada gestión le permite a la organización identificar y disponer	Coordinador de calidad

Estrategia	Acciones	Criterios de Habilitación (Res 3100 de 2019)	Requisitos Sistema de Gestión de Calidad (ISO 9001:2015)	Recursos necesarios	Política FOSP (MIPG)	Responsable
intensivo en todos sus estandares	asegurando que estos reflejen las mejores prácticas y estén alineados con las normativas vigentes.				de aquellos recursos requeridos para la generación de los productos o prestación de los servicios, en las cantidades y cualidades necesarias, así como las condiciones de ambiente y seguridad laboral propicias para que los riesgos de salud ocupacional asociados no se materialicen	
Priorizar las necesidades de infraestructura y equipamiento de la UCI de acuerdo con los estándares de la Resolución 3100 y las mejores prácticas en cuidados intensivos.	Desarrollar un plan detallado que incluya un cronograma para la actualización o adquisición de infraestructura y equipos. Asegurarse de que el plan esté alineado con el presupuesto disponible y contemple la posibilidad de financiamiento adicional si es necesario.	Infraestructura	7. Apoyo 7.1.3 Infraestructura	Estrategias de financiamie nto, asignacion de presupuesto	Gestionar recursos físicos y servicios internos	Coordinador de calidad/ Gerencia

El plan estratégico presentado se basó en el siguiente objetivo general; Fortalecer y promover una cultura de calidad centrada en la política de fortalecimiento organizacional, simplificación de procesos, seguridad del paciente y mejora continua en la UCI cumpliendo los estándares de calidad.

Este objetivo centraliza el enfoque en mejorar la calidad del servicio en la UCI mediante la integración de estándares regulatorios, requisitos y buenas prácticas de gestión, alineándose con los marcos normativos vigentes, El plan estratégico proporcionó un marco integral en la alineación de las operaciones del Servicio de Cuidado Intensivo con los requisitos legales y normativos, y se pretende impulsar a la promoción de una cultura de calidad, en la eficiencia, y la mejora continua.

Para desarrollar el plan estratégico en el primer paso de la metodología se tomó como insumo la fase de diagnóstico y análisis situacional por medio de la verificación de criterios de habilitación aplicables, se identificó el estado actual de cumplimiento de la UCI con respecto a los requisitos establecidos en la Resolución 3100, esto incluyó la revisión de procesos, infraestructura, dotación, insumos, competencias del personal, interdependencia y gestión documental, con esta información establecida se comparan los resultados, se identificó en qué áreas existen brechas o incumplimientos que deban ser abordados.

El segundo paso fue realizar un análisis del entorno utilizando la Matriz DOFA (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas, Amenazas) como técnica en la planeación estratégica, donde se identificó fortalezas y oportunidades y se reconoció debilidades y Amenazas, se evaluó factores internos y externos, algunos de los aspectos tomados fueron; cambios normativos, implementación de nuevas tecnologías o avances tecnológicos, expectativas de los pacientes en el servicio etc.

En el análisis posteriormente se comparan los factores identificados internos con los externos, y esto permitió generar estrategias fundamentadas en las fortalezas para actuar en las debilidades; priorizar oportunidades y contrarrestar amenazas; como se visualiza en el anexo de la matriz DOFA se priorizó las estrategias descritas en el plan, según los hallazgos encontrados en el instrumentos inicial aplicado (verificación criterios de habilitación aplicables basado en la resolución 3100 del 2019), se tuvo en cuenta el porcentaje asignado y la valoración según el cumplimiento del estándar, esto permitió ver cómo está operando la organización frente a los estándares qué áreas requieren atención y generar indicadores para el monitoreo del plan estratégico.

Al bazar está estrategia en datos concretos garantiza que la UCI opere bajo estándares de alta calidad, con un enfoque en la seguridad del paciente, fomento del liderazgo, garantía de la dotación, gestión documental, fortalecimiento del talento humano, necesidades de infraestructura, la eficiencia, y la mejora continua.

En el tercer paso, se realizó la formulación de la estrategia; primero se definen los objetivos estratégicos alineados con los criterios de habilitación, los estándares de calidad y la política del MIPG Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos, segundo se crean estrategias específicas para alcanzar dichos objetivos y se realiza una identificación de los recursos necesarios para la implementación de las estrategias incluyendo recursos humanos, técnicos y materiales.

En el cuarto paso se desglosan las estrategias, se alinean con las acciones, con acciones específicas al cumplimiento de los estándares o criterios de las tres normas con la asignación de un responsable. El plan estratégico ofreció una visión integrada de cómo las estrategias y acciones

específicas se integran con los requisitos normativos y las políticas institucionales para fortalecer la calidad y la seguridad en la UCI del hospital.

5.3 Fase III Identificación de las Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas

5.3.1 Identificar Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas como Insumo para el Establecimiento de la Gestión por Procesos del Servicio de Cuidados Intensivos.

Figura 10. Matriz generadora de valor al cliente



5.3.2 Analizar la Ruta de Atención o Mapa de Procesos del Servicio de Cuidado Intensivo.

En este objetivo se realizó una matriz generadora de valor a partir de elementos de reconocimiento observacional en una visita de referenciación realizada en el Hospital Universitario de Santander, se recopiló información: la entrada al proceso sería el cliente estandarizado con problemas críticos específicos, que cumpla con la edad establecida para el ingreso a la UCI adulto,

así mismo se da una propuesta de valor agregado al proceso a partir de necesidades y expectativas del elemento de entrada cliente con el fin de cubrir las necesidades en UCI, logrando la estabilidad y recuperación del elemento salida cliente (paciente estable, sin problemas de origen con requisito de traslado a hospitalización), acompañado de un trato humanizado, centrado en el paciente y su familia, esperado como producto del proceso Misional.

Figura 11. Mapa de proceso propuesto para la unidad de cuidados intensivos adulto



El Hospital del Sarare E.S.E. tiene definido un modelo de operación basado en la Gestión por procesos; inventariado en un Mapa de Procesos como herramienta gerencial, estructural y funcional para el mejoramiento de la calidad institucional, que se articula con la *Política de Fortalecimiento Institucional y Simplificación de Procesos del Hospital del Sarare E.S.E* conformado por los siguientes Niveles, Procesos y Subprocesos:

Tabla 17. *Niveles, procesos y subprocesos*

Niveles	Procesos	Subprocesos
Macroproceso Estratégicos	4 procesos estratégicos	10 Subprocesos estratégicos
Macroproceso Misionales	7 procesos Misionales	17 Subprocesos Misionales.
Macroproceso De Apoyo	6 procesos de Apoyo	20 Subproceso De Apoyo.
Macroproceso de Seguimiento	1 proceso de Seguimiento	1 Subproceso de seguimiento.

La gestión por procesos del Hospital del Sarare E.S.E, se encuentra fundamentada en las actividades desplegadas y desarrolladas por los procesos misionales para la generación de servicios orientados a la satisfacción de necesidades y requerimientos de las partes interesadas.

El Hospital del Sarare es consciente que uno de los pilares en los modelos de gestión de calidad actuales que garantizan la adecuada gestión y prestación del servicio en las organizaciones, es el Trabajo por Procesos o “*Gestión por procesos y un SIG*” que, mediante una secuencia ordenada de actividades, interrelacionadas, crean valor al ciudadano que es el eje fundamental de la gestión pública.

Su metodología de implementación se establece en el **Manual de Calidad del Sistema Integrado de Gestión**. Haciendo su despliegue desde la Alta Gerencia hacia todos los procesos mediante ciclos dinámicos de Mejora Continúa como cultura y a través de las estrategias “Gestión por Procesos / SIG” que propende por la armonía funcional y estructural entre los procesos institucionales y Modelos de referencia. Asimismo, mediante la caracterización de sus procesos y la interacción entre ellos como la asignación de líderes para cada uno de los procesos que promuevan el liderazgo, formulen, gestionen, monitoricen, mantengan y desplieguen los avances de mejoramiento en los procesos definidos. Forman parte del sistema la documentación, las caracterizaciones de los procesos, procedimientos, manuales, guías, protocolos, instructivos,

lineamientos, políticas, formatos, registros y valor documental necesarios para la gestión de la institución. El seguimiento a la implementación de la estrategia “Gestión por Procesos- SIG” se realizara mediante el seguimiento y evaluación de las actividades claves formuladas para cada uno de los procesos; asimismo la actualización estará sujeta a los resultados de la revisiones periódicas que se realicen como actividad de Auditoria Interna y de las no conformidades como registro de control (puntos de control) definidos para la valoración de (los) productos que cada proceso entrega a las partes interesadas. El compromiso de la institución con el mejoramiento continuo se evidencia desde la plataforma estratégica con la política integral de calidad y objetivos de calidad con el propósito de aumentar la satisfacción del usuario, Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios, Optimizar la gestión de los procesos del SIG, Mantener actualizados los sistemas de información, Mejorar la competencia y compromiso del talento humano, así como mediante la implementación del Sistema Integrado de Gestión (MIPG, SOGCS, NTC-SO 9001, NTC- ISO 14001, NTC-ISO 45001)

En la ESE Hospital Sarare se identificaron 4 macroprocesos, el misional conformado por 7 procesos de los cuales se identificó el proceso internación, que a su vez está conformada por 5 subprocesos, donde se identificó el subproceso Unidad de Cuidado Critico (Intermedio e Intensivo - Adulto), se procedió a la ubicación según característica y objetivos: macroprocesos Estratégicos, macroprocesos Misionales, macroprocesos de Apoyo y macroproceso Control y Seguimiento. Así se elaboró el Mapa de Procesos generales de la UCI adulto, de la ESE Hospital Sarare. El mapa de procesos del hospital sarare refleja la secuencia de procesos ofertada al cliente para atender sus necesidades de salud, así como las agrupaciones de los macroprocesos y sus interrelaciones que hacen posible la gestión en la organización. Se pueden distinguir 3 clases de procesos: Procesos misionales: Todos aquellos procesos que tienen contacto directo con el cliente, se realizan en

tiempo real y son la razón de ser del hospital, Se encuentran localizados en la parte central del mapa y están representados con color celeste, hacen referencia a los procesos asistenciales y de atención al cliente. Procesos estratégicos: Son aquellos procesos que establecen las necesidades para que los procesos claves obtengan los resultados adecuados. Se encuentran en la parte superior del mapa con el color verde. Procesos de apoyo: Son los procesos que aportan recursos, ya sean materiales, organizativos o de información, para la realización de los procesos operativos. Se encuentran en la parte inferior del mapa y están representados con color lila. El cliente supone el comienzo y el final de nuestras actividades, siendo un fiel reflejo de la orientación central del hospital por satisfacer las necesidades del cliente, desplegándose este sistema a través de toda la organización. Las agrupaciones de macroprocesos, tanto en los estratégicos como de apoyo, facilitan la comprensión de las interrelaciones y las funciones de gestión del hospital.

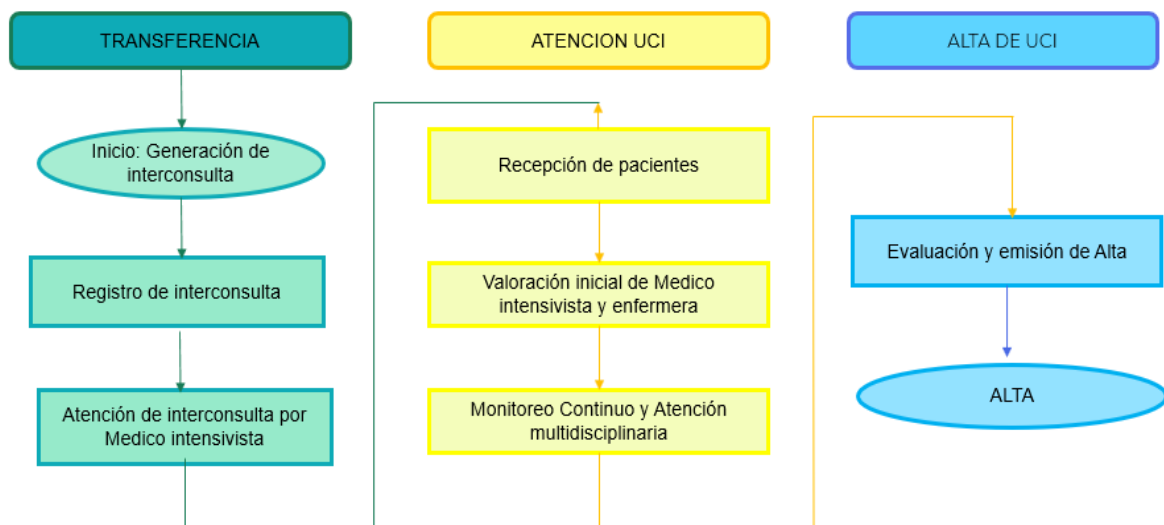
5.3.1.1 Propuesta de ruta de atención de paciente. El Hospital del Sarare E.S.E, propone un *Modelo de Prestación de Servicios de Salud* alineado a las cuatro (4) estrategias centrales de la política PAIS y del MIAS; ajustado a las características de la población influyente, y a las condiciones técnico-administrativas de la institución.

El objetivo principal del Modelo de Prestación de Servicios de Salud del Hospital del Sarare E.S.E, es “Brindar servicios integrales de salud, alineados a la *Política Atención Integral en Salud* y al *Modelo Integral de Atención en Salud* con un enfoque diferencial que propenda por resolver las particularidades y problemas de salud de acuerdo a las características de la población del departamento de Arauca y áreas influencia por medio de la gestión del riesgo a través de la Unidad de Atención Primaria en Salud como epicentro de la implementación de *RIAS*, articulado con un componente complementario de mediana y alta complejidad, bajo una estructura integrada

de gestión (SIG); con el fin de garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población adscrita, ajustado a las capacidad técnico administrativa del Hospital”.

El presente Modelo de Prestación de servicios de Salud tiene su alcance acorde a las características de la población del Municipio de Saravena y los demás municipios adscritos bajo acuerdo de voluntades con la EAPB al Hospital de Sarare E.S.E.

Figura 12. *Propuesta de ruta de atención de paciente crítico en la UCI Adulto.*



Según metodología propuesta se evaluó, en base a observación de actividades, el flujo de mapa de procesos, la atención del paciente crítico se inicia en áreas hospitalarias ajenas a la unidad de cuidados intensivos adulto, como son el servicio de urgencias y los servicios hospitalarios de medicina interna, cirugía y ginecología. A partir de éstos y, en reconocimiento de paciente con riesgo de complicación, se genera la interconsulta con el área crítica, la cual es respondida en el sitio de emisión para determinar el traslado intrahospitalario. En la unidad se despliegan los procesos operativos y de apoyo mencionados anteriormente de acuerdo con morbilidad y en

espacios de tiempo referidos como “turnos de guardia” de 12 horas. Luego del cumplimiento del objetivo de estabilización del paciente ingresado o, del suceso de fallecimiento, se generan los procesos de alta hospitalaria mediante la Inter relación con los servicios de tratamiento inicial referidos en los subprocesos.

5.3.2 Crear la Caracterización del Proceso de Cuidado Intensivo con la Definición de Entradas, Salidas, Responsables, Partes Interesadas, Controles al Proceso, Riesgos e Indicadores.

La caracterización permite una comprensión completa del propósito del proceso UCI Adulto y los componentes esenciales de su ejecución. Se identifican los componentes esenciales en el proceso de UCI adulto, para su ejecución, se realiza tomando el formato establecido en el E.S.E Hospital Sarare, el cual comprende de un código establecido en la tabla de codificación de procesos y subprocesos y Mapa de procesos institucional del Hospital, número de revisión, fecha de aprobación, número de páginas, el nivel de macroprocesos según la tabla de codificación el cual corresponde a misional, fecha de realización, proceso al que pertenece: internación, código: INT 01, Subproceso: Soporte UCI adulto, Versión N°:1, Objetivo: prestar atención integral de salud de alta complejidad las 24 horas del día con personal calificado, eficaz y eficiente a pacientes mayores de 16 años que se encuentran en estado crítico e inestable que requiere servicios constantes y permanentes, haciendo uso de los recursos humanos y materiales para asegurar un tratamiento efectivo y oportuno en el paciente logrando la recuperación, definiendo el alcance del proceso iniciando con la transferencia de pacientes adulto con criterios de ingreso a UCI adulto, soporte UCI, monitoreo, hasta dar de alta a paciente sin problemas críticos de inicio, estableciendo como líder del proceso a un coordinador médico y una coordinadora de enfermería. Luego se procede a describir las actividades del proceso teniendo en cuenta: Proceso / Proveedor, Entrada, Ciclo del

Proceso PHVA, actividad que realiza, Responsable, Salida (que entrega) y Proceso/ cliente (a quien).

La caracterización de la E.S.E hospital Sarare se presenta plasmada en Anexos, la cual fue realizada para el proceso de UCI adulto dando cumplimiento al objetivo 3; donde se desarrolla la gestión basada en la metodología del ciclo PHVA, el cual es utilizado para la mejora continua del proceso.

5.3.2.1 Medición del Proceso UCI Adulto. Es importante recordar que las complicaciones en una unidad de cuidados intensivos pueden surgir, pero lo más probable es que se originen en la misma patología del paciente y no en eventos adversos o externos a su condición. Por lo tanto, se espera que el hospital brinde seguridad y calidad de atención a sus pacientes, sin importar su especialidad. El propósito de los indicadores de calidad es registrar las complicaciones que sufre un paciente en la UCI como resultado de un error humano. Estos indicadores deben ser medibles y cuantificables, lo que permite obtener datos para el análisis y corrección necesarios. El problema surge al determinar quién, cómo y en qué parte se reflejan esos indicadores, si se realizan manualmente y el personal de salud adscrito a la UCI debe estar capacitado para hacerlo, y si se realizan automatizada mente, también es necesario saber cómo ingresar los datos en el sistema que genere un reporte. Es crucial interpretar correctamente los resultados y compararlos con los estándares internacionales, ya que esto determinaría la gravedad de la situación.

Para evaluar e iniciar el proceso, es necesario comprender todas las etapas, para planificar los indicadores de calidad y, sobre todo, conocer qué se quiere medir para identificar dónde está la falla y por qué se ha producido, realizando siempre el objetivo de brindar una mejor y optima atención al paciente crítico, ya que esto representa seguridad en la atención del paciente. Cualquier

sistema de indicadores para la gestión por procesos debe mantenerse en el tiempo y revisarse continuamente para que cumplan sus objetivos.

Tabla 18. Indicadores propuestos

Indicador	Formula Indicador	Frecuencia	Tipo De Indicador
Presencia de intensivista en la UCI las 24 horas del día	Número de días con intensivista de presencia física las 24 horas/365*100	Mensual	Estructura
Presencia de talento humano en salud especializado en cuidados intensivos	Nº de días con cumplimiento de los estándares de talento humano especializado en cuidados intensivos/ 365*100	Mensual	Estructura
Relación profesional de salud (intensivista, profesional de enfermería, profesional de terapia	Nº de días con cumplimiento de la relación personal asistencial: paciente, según los estándares de talento humano /365 x 100	Mensual	Estructura
Síndrome de desgaste profesional (SDP o síndrome de burnout)	Encuestas realizadas para evaluar el SDP en profesionales de la UCI	Trimestral	Estructura
Razón de mortalidad ajustada en UCI (mortalidad ajustada por gravedad)	Nº de muertes en UCI por unidad de tiempo/Número de egresos UCI por unidad de tiempo/ Porcentaje de mortalidad esperada según escala de gravedad	Mensual	Estructura
Promedio de días de ventilación	Número promedio de días de ventilación mecánica de todos los pacientes egresados de la UCI/ por unidad de tiempo	Mensual	Estructura
Adherencia al correcto registro de historia clínica por enfermera.	Total, de datos registrados correctamente/ Total de datos auditados.	Trimestral	Proceso
Adherencia al correcto registro de historia clínica por médico.	Total, de datos registrados correctamente/ Total de datos auditados.	Trimestral	Proceso
Días promedio de estancia	Número promedio de días de estancia de todos los pacientes UCI que egresaron en el período/ Número total de egresos en el período	Mensual	Proceso
Egresos Institucional	Número de egresos datos por servicio	Mensual	Proceso
Egresos por traslado	Número de traslados de pacientes a otro servicio	Mensual	Proceso
Reingresos a UCI no programados	Nº enfermos con reingreso no programados < 48 horas/Nº enfermos dados de alta de la UC x 100	Mensual	Proceso

Indicador	Formula Indicador	Frecuencia	Tipo De Indicador
Eventos adversos por administración de medicamentos.	Número total de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos detectados en el período/ Número total de días de estancia de los pacientes hospitalizados en el período.	Mensual	Proceso
Giro de cama	Total, de egresos del período/ Total de camas disponibles del período	Mensual	Proceso
Ocupación general	Camas ocupadas del período / Camas disponibles del período	Mensual	Proceso
Tasa de infección por bacteriemia	Número de pacientes con infección a causa de bacteriemia / Total de días de pacientes con catéter venosos central x 1000 día de CVC	Mensual	Proceso
Re intubación	Nº de re intubaciones /Nº total de extubaciones programadas x 100	Mensual	Proceso
Prevención de infecciones relacionadas con catéteres venosos centrales	Nº pacientes en quienes se implementan la totalidad de las medidas / Nº total de pacientes con catéter venoso central x 100	Mensual	Proceso
Sedación adecuada	Nº de enfermos con sedación continua adecuada/ Nº de enfermos con sedación continua x 100	Mensual	Proceso
Profilaxis para las úlceras de estrés	Nº pacientes con riesgo de HGI que reciben profilaxis farmacológica/ Nº total de pacientes en UCI con riesgo de HGI x 100	Mensual	Proceso
Prevención para la enfermedad tromboembólica	Nº pacientes con profilaxis de TVP/ Nº pacientes ingresados x 100	Mensual	Proceso
Identificación de pacientes en situación de riesgo nutricional	Nº de pacientes con valoración inicial del RN / Nº de egresos UCI x 100	Mensual	Proceso
Nutrición temprana	Nº de pacientes con NE de inicio temprano/ Nº de pacientes con criterios para inicio temprano de NE x 100	Mensual	Proceso
Rehabilitación temprana	Nº de pacientes con un plan de rehabilitación según la condición médica en UCI/ Nº de pacientes ingresados a la UCI x 100	Mensual	Proceso
Riesgo residual	Promedio calculado en la matriz de riesgo.	Anual	Proceso

Indicador	Formula Indicador	Frecuencia	Tipo De Indicador
Razón de mortalidad ajustada en UCI (mortalidad ajustada por gravedad)	Nº de muertes en UCI por unidad de tiempo/Número de egresos UCI por unidad de tiempo/Porcentaje de mortalidad esperada según escala de gravedad	Mensual	Resultado
Mortalidad no ajustada a 30 días	Nº de muertes de pacientes a 30 días del ingreso a UCI por unidad de tiempo / Nº de egresos de UCI por unidad de tiempo *100	Mensual	Resultado
Mortalidad ajustada: después de 48 horas	Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas/ Número total de pacientes que egresan en el servicio más en número de pacientes que quedan acostados en un período determinado.	Mensual	Resultado
Reingresos de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización por la misma causa en menos de 15 días/ Total de pacientes que egresan vivos en el período.	Mensual	Resultado
Proporción de satisfacción global	Número total de pacientes que se consideran insatisfechos con los servicios recibidos / Número total de pacientes encuestados en el período.	Mensual	Resultado
Neumonía asociada a la ventilación mecánica	Nº de episodios de NAV / Nº total de días de ventilación mecánica invasiva x 1.000 días VM	Mensual	Resultado
Infecciones urinarias (ITU) asociadas al uso de sonda uretra	Nº de episodios de ITU /Nº total de días de sondaje uretra x 1.000 días de sondaje uretral	Mensual	Resultado
Proporción de vigilancia de eventos adversos.	Número total de eventos e incidentes detectados que han sido gestionados/Número total de eventos adversos e incidentes detectados.	Mensual	Resultado
Incidencia de úlceras por presión (UPP)	Nº de pacientes ingresados UCI que desarrollan UPP/ Nº total de pacientes ingresados UCI x 100	Mensual	Resultado
Eventos adversos asociados a transfusión	Nº reacciones adversas transfusionales (RAT) en un periodo/ Nº total de componentes transfundidos en un periodo x 100	Mensual	Resultado
margen de utilidad operacional del servicio.	Ingresos operacionales del servicio/ Excedente neto (Ingresos menos costos)	Mensual	Financiero

Indicador	Formula Indicador	Frecuencia	Tipo De Indicador
Ocupación general	Camas ocupadas del período / Camas disponibles del período	Mensual	Financiero
Proporción de ingresos del servicio	$\frac{\text{Ingresos operacionales del servicio} - \text{Excedente neto (ingresos menos costo)}}{\text{Ingreso total}}$	Mensual	Experiencia de la atención
Proporción de pacientes insatisfechos	Número total de pacientes que se consideran insatisfechos con los servicios recibidos/ Número total de pacientes encuestados en el período.	Mensual	Experiencia de la atención
Encuesta de calidad percibida al alta del servicio de UCI	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de encuestas entregadas y contestadas}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egresados de la UCI}} \times 100$	Mensual	Experiencia de la atención
Eventos adversos por lesiones por presión	Número total de lesiones por presión nuevas presentadas en pacientes hospitalizados durante el período/ Número total de pacientes hospitalizados en el período.	Mensual	Seguridad
Índice de infección global	Número de pacientes con infección intrahospitalaria/ Egresos en el período	Mensual	Seguridad
Encuesta de calidad percibida al alta del servicio de UC	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de encuestas entregadas y contestadas}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egresados de la UCI}} \times 100$	Mensual	Seguridad
Reingresos a UCI no programados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ enfermos con reingreso no programados} < 48 \text{ horas}}{\text{N}^\circ \text{ enfermos dados de alta de la UC}} \times 100$	Mensual	Seguridad
Tasa de eventos adversos	$\frac{\text{Número total de eventos adversos detectados en el período}}{\text{Total de días de estancia.}}$	Mensual	Seguridad
Tasa de eventos adversos	$\frac{\text{Número total de caídas de pacientes hospitalizados que se presentan en el período}}{\text{Número total de días de estancia de los pacientes hospitalizados en el período.}}$	Mensual	Seguridad
Tasa de infección global	$\frac{\text{Número de pacientes con infección intrahospitalaria confirmada en el período}}{\text{Total de días de estancia.}}$	Mensual	Seguridad

Nota. Adaptado de Indicadores de calidad: Acta Colombiana de Cuidado Intensivo (2023).

5.3.2.2 Mapa de Riesgo Propuesto para la UCI Adulto de ESE Hospital Sarare. La

gestión de riesgo es un factor primordial que debe ser implementado para: garantizar la seguridad en cada área de la institución, optimizar la prestación del servicio brindado a los usuarios, garantizar la seguridad de los pacientes y de todo el personal que interactúe en la institución. Se diseña el mapa de riesgo identificando los posibles riesgos asociados a las actividades realizadas en el proceso de Uci adulto, aplicando los niveles de clasificación del riesgo, planteados en la metodología implementada que son:

- Baja, media, alta.
- Leve, moderado y catastrófico.

Aceptable, tolerante, En base a la metodología análisis modo falla y efecto (AMFE) sistema recomendado para el contexto colombiano, metodología analítica estructurada que sirve para identificar todas las formas en las que podría fallar un servicio, evitar esas fallas y limitar su efecto, que pueden surgir en el proceso de creación de un servicio y referenciación bibliográfica del mapa de riesgo de internación del hospital Sarare y una visita observacional descriptiva a la Uci del ESE hospital Sarare. metodología útil para un sistema de gestión de riesgo clínico, la cual permite adelantarse a los eventos adversos, coadyuvando al mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio de salud, y por ende en la seguridad de los pacientes. El AMFE es un proceso de calidad, el cual reconoce que algunas situaciones son evitables y predecibles. Esta herramienta anticipa los errores y diseña un sistema que minimizará su impacto. Normalmente, AMFE podría revelar que un error es tolerable o que el error será detectado por el sistema de chequeos, los cuales deben ser parte de un sistema de garantía de la calidad de los sistemas de salud. AMFE utiliza técnicas de investigación cualitativas como grupos focales, entrevistas estructuradas y semi estructuradas para la recolección de la información en varias fases del proceso.

También se realizó una investigación de campo, donde se analizó los procesos de control interno de Hospital Universitario de Santander. La recolección de la información que permitió determinar el desempeño del control como herramienta indispensable para la gestión de riesgos operativos en la UCI.

El objetivo general de esta investigación se enfoca en demostrar lo importante que es una correcta gestión de los riesgos operativos, su impacto en el cumplimiento de los objetivos del hospital aplicando una metodología de identificación, que permite determinar los riesgos y facilite a la misma la toma de decisiones, así como la definición de planes de acción mitigantes.

El método utilizado es semi-Cuantitativa el cual nos permite evaluar los riesgos utilizando criterios de probabilidad y severidad cualitativa y numéricos a través de una probabilidad aceptable, tolerable, moderado, importante e inaceptable.

Figura 13. *Valoración de la frecuencia de los riesgos*

Frecuencia - probabilidad	
Calificación	Valoración
Baja	1
Media	2
Alta	3

Figura 14. *Valoración de impacto de los riesgos*

Gravedad- impacto	
Calificación	Valoración
Leve	5
Moderado	10
Catastrófico	20

En los análisis de riesgos se encuentra la formula $Riesgo = Probabilidad * impacto$ a continuación se pueden observar las tablas a evaluar por riesgo para realizar un análisis detallado de la amenaza.

Figura 15. Valoración de riesgo inherente

Gravedad- impacto	
Calificación	Valoración
Aceptable	
Tolerable	
Moderado	
Importante	
Inaceptable	

El riesgo inherente se refiere a los riesgos presentes en cada actividad que no pueden ser erradicados por completo, pero si controlados, de allí la importancia de identificarlos a tiempo.

En los análisis de riesgos se encuentra la formula $Riesgo = Probabilidad * impacto$ a continuación se pueden observar las tablas a evaluar por riesgo para realizar un análisis detallado de la amenaza.

Figura 16. Valoración de riesgo inherente con clasificación

Probabilidad	Impacto	Valor	Clasificación	
1	5	5	Menor o igual a 5	Aceptable
	10	10	Mayor o igual a 5	Tolerable
	20	20	Menor o igual a 10	
2	5	10	Mayor o igual a 10	Moderado
	10	20	Menor o igual a 20	
	20	40	Mayor o igual a 30	Importante
3	5	15	Menor o igual a 40	Inaceptable
	10	30	Mayor a 40	
	20	60		

Fuente: adaptado de bibliografía.

Una vez asignado un valor según corresponda en la matriz, aplicamos la fórmula y resultado del producto (probabilidad*impacto) nos informa en que escala de riesgo se encuentra actualmente la institución, a continuación, se presenta la tabla de evaluación:

Figura 17. Nivel de riesgo inherente

<i>Probabilidad Impacto</i>		
<i>Calificación</i>	<i>Valoración</i>	<i>Acción y Temporizador</i>
Acceptable	5	No se necesita acción
Tolerable	20	No se necesita mejorar la acción preventiva. Sin embargo, se deben considerar soluciones más rentables o mejoras que no supongan una carga económica importante. Se requieren comprobaciones periódicas para asegurar que se mantiene la eficacia de las medidas de control.
Moderado	5-20	Se deben hacer esfuerzos para reducir el riesgo, las medidas para reducir riesgo se deben implementar en un periodo determinado. Cuando el riesgo está asociado con consecuencias extremadamente dañinas, se precisa una acción posterior para establecer con más precisión la probabilidad de daño como base para determinar la necesidad de la mejora de las medidas de control.
Importante	5-10	No se debe comenzar ni continuar el trabajo hasta reducir el riesgo, remediar el problema en un tiempo inferior al de los riesgos moderados.
Inaceptable	20	No se debe comenzar ni continuar el trabajo hasta que se reduzca el riesgo, si no es posible reducirlo se debe prohibir el trabajo.

5.3.2.3 Mapa de Riesgo Anexo. En el estudio observacional para la identificación de riesgos presentes en UCI adulto del Ese Hospital Sarare, el Mapa de riesgo se estructuró tomando como referencia el formato de la Uci intermedio. Se tuvieron en cuenta los riesgos aplicables a la Uci Adulto, generando un cuadro en Excel teniendo en cuenta: Nombre del área o Proceso, Líder del área o proceso, Nombre del riesgo, Descripción, Clasificación, Causas, Consecuencias, se evaluó el riesgo absoluto según la frecuencia, Gravedad y Nivel, se documentó la existencia de control para cada riesgo y si está documentado, se dio una valoración del control en porcentaje, se describió el control a implementar y la frecuencia de este con su respectivo responsable, dando un nivel de riesgo residual y su tratamiento.

En el estudio observacional para la identificación de riesgos presentes en UCI adulto del Ese Hospital Sarare se identificaron 11 riesgos de los cuales 9 clasificados como Riesgo operativo y 3 Riesgo de cumplimiento, 4 con una probabilidad Alta, 8 con una gravedad catastrófica y 1 con un nivel inaceptable, se observa la existencia de control en todos y solo 3 no tienen control documentado, una frecuencia de control permanente, mensual y diaria según sea el caso, con una valoración de control de un 75 % en 9 riesgos y 2 de un 50 %, dejando un riesgo residual tolerable de un 25 % y 50 % lo que implica seguir trabajando en reducir el riesgo implementando capacitaciones hasta lograr la adherencias a los protocolos establecidos para reducir el riesgo.

Finalmente, es importante destacar que todos los trabajadores de la institución, incluidos técnicos, enfermeros, médicos y demás, están involucrados en una gestión de riesgos efectiva. Es fundamental que cada miembro del equipo aporte con su experiencia y esfuerzo para lograr un ambiente hospitalario más seguro tanto para los pacientes como para el personal debido al tamaño y la complejidad de la institución. Todo el personal del hospital debe trabajar juntos para identificar y reducir los peligros potenciales, asegurando así la seguridad y el bienestar de todos los que trabajan en la atención de la salud.

5.4 Fase IV Herramientas de Mejora y Oportunidades de Mejora

5.4.1 Identificar Herramientas para Fomentar la Mejora Continua en la Prestación del Servicio de Cuidado Intensivo Promoviendo la Participación del Personal en la Identificación de Oportunidades de Mejora, la Implementación de Soluciones Innovadoras y el Reconocimiento de Buenas Prácticas y la Satisfacción del Usuario y su Familia.

A lo largo del documento se han mencionado aspectos fundamentales para generar un análisis de un sistema de gestión de la calidad implementado en el sector de la salud en entidades del sector público, lo que genera una serie de características que determinan un nivel de armonización entre las tres normas objeto de estudio. Esta fase se aborda desde la metodología del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la atención en salud PAMEC, donde a través de la autoevaluación y el monitoreo constante de la calidad observada en relación a la calidad esperada.

En primer lugar se determina esa calidad esperada a través del análisis, verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación bajo la óptica de la Resolución 3100 del año 2019 expedida por el Ministerio de salud y protección social, pero además se revisan recomendaciones de expertos como la AMCI donde basado en la experiencia permite identificar aspectos de consensos que acortan el tiempo y optimiza recursos para ese cierre de brechas, todo lo anterior podría enmarcarse en este primer paso de la ruta crítica del PAMEC, como la autoevaluación.

Llegando aquí a plantear la primera herramienta de esta fase:

- Autoevaluación; con el fin de realizar un diagnóstico para identificar esas fallas o problemas de calidad que afectan a la entidad y partes interesadas.
- En la selección de procesos a mejorar, así como la priorización de estos: la herramienta fundamental es orientar hacia el proceso de cuidado crítico, teniendo en cuenta que los servicios

de cuidado intensivo y cuidado intermedio bajo la norma de habilitación puede estar compartido, lo cual, en esa planeación de la apertura del cuidado intensivo, la dinámica que ha tenido el cuidado intermedio genera datos e información relevante para el funcionamiento de la UCI. La herramienta de este paso se basa en una caracterización de procesos completa bajo el ciclo PHVA, teniendo en cuenta los aspectos que se determinan en los siete estándares de habilitación, identificando las actividades claves y críticas, determinando aquellos puntos donde genera mayor probabilidad de materializarse los riesgos.

- Definición de la calidad esperada: una vez determinado esas estrategias para cerrar brechas es establecer de manera cuantitativa y con términos de tiempo, los resultados a lograr a través de la formulación de los indicadores. Es fundamental establecer metas acordes al contexto realidad, recursos y a medida que se avanza ajustar dichas metas, que sea dinámica y no estático, que sea retador para día a día avanzar, también participativo y con una comunicación a todos los niveles de la entidad, para que desde el rol que desempeña cada funcionario conozca en que grado aporta al alcance de los objetivos y de esta misma manera en que grado puede afectar su cumplimiento.

- Definición de la calidad observada: para la determinación de existencia de brechas entre esa calidad esperada y la observada. Una herramienta fundamental es contar con un equipo de trabajo de auditores internos, formatos en verificación de condiciones de habilitación, verificando los criterios aplicables a todos los servicios y los específicos al servicio de cuidado intensivo. Con un equipo interdisciplinar que aborde cada uno de los siete estándares de habilitación, bajo un ejercicio participativo, práctico con herramientas y listas de chequeo definidas que permite medir la trazabilidad entre cada autoevaluación. Y para utilizar esos recursos disponibles que han dado expertos, ir a los consensos de las diferentes disciplinas de la salud. Otro

factor a tener en cuenta son las actividades de referenciación con entidades de similar característica y que ya oferté el servicio de salud, en este caso Cuidado intensivo, allí se puede evidenciar prácticas exitosas.

- Formulación del plan de mejora, aquí es fundamental desde los siete estándares de habilitación con el análisis del contexto para determinar, por ejemplo requisitos de habilitación como contar con intensivista pero teniendo en cuenta factores del contexto tales como estar ubicado en un municipio distante a la ciudades principal con regular estado de las vías, pero bajo esa oportunidad normativa que es la telexperticia, otra sería la formulación de proyectos para la adquisición de la dotación del servicio de cuidado intensivo, otras como la conformación de un equipo multidisciplinario para la formulación documental atendiendo el estándar de procesos prioritarios.

- Implementación del plan de mejora, allí es donde es fundamental la implementación de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Un plan de mejora que sea implementado desde el direccionamiento estratégico donde se asegure la asignación de recursos, que este alineado a los objetivos institucionales bajo el modelo de gestión por procesos para que todos contribuyan a la implementación del plan de mejora directa o indirectamente, para la generación de mayor valor público.

- Evaluación del mejoramiento, en este paso es fundamental una herramienta de sistemas de información ya que la multiplicidad de planes de mejora genera dificultad para los seguimientos.

- Aprendizaje organizacional: a través de los diferentes comités institucionales y documentando toda la implementación se comparte el aprendizaje, tanto de aspectos que se

lograron como aquellos que en su implementación generaron ajustes o una reorientación. Esa gestión del conocimiento con un sistema de información robusto que conserve las buenas prácticas, los planes de mejora exitosos como referente.

5.4.2 Generar Lineamientos y Priorizar de Actividades de Mejora Continua

En este punto se definieron 8 Lineamientos estratégicos, se realizó una priorización de objetivos y actividades específicas, teniendo en cuenta la revisión de la información analizada en el presente proyecto, los aspectos tomados fueron los siguientes; la Gestión de la seguridad del paciente que garantiza que los cuidados proporcionados minimicen riesgos y maximicen la protección de la vida y la salud de los pacientes, La Gobernanza que se enfoca en asegurar un liderazgo claro, responsabilidad y transparencia en la toma de decisiones que afectan la calidad de la atención.

El Cumplimiento de las normativas y estándares de calidad asegura que las prácticas del hospital estén alineadas con las mejores prácticas y requerimientos legales, manteniendo así la acreditación y reputación del hospital. La Capacitación y desarrollo del personal mantiene un equipo de trabajo competente y actualizado en las últimas tendencias y procedimientos médicos.

La Participación del paciente y familiares fortalece la relación entre el hospital y sus usuarios, promoviendo una atención más humana y centrada en las necesidades del paciente. La Gestión de recursos optimiza el uso de los recursos disponibles, garantizando su sostenibilidad y eficiencia.

Finalmente, el Monitoreo y evaluación del desempeño permite un seguimiento continuo de los procesos, facilitando la identificación de áreas de mejora, y la Gestión del cambio y mejora

continua se asegura de que las prácticas y procesos evolucionen de acuerdo con las necesidades del entorno y las exigencias del sector salud.

Estos lineamientos no solo responden a las necesidades identificadas en la UCI del Hospital del Sarare, sino que también representan una hoja de ruta para el fortalecimiento continuo de la calidad en el servicio, beneficiando directamente a los pacientes, el personal médico y la institución. los lineamientos sintetizan las oportunidades de mejora encontradas, y se describió en la siguiente ilustración las actividades de propuestas para la mejora continua;

11. Gestión de la seguridad del paciente
12. Gobernanza
13. Cumplimiento de las normativas y estándares de calidad
14. Capacitación y desarrollo del personal
15. Participación del paciente y familiares
16. Gestión de Recursos
17. Monitoreo y Evaluación del desempeño
18. Gestión del cambio y mejora continua

Figura 18. *Actividades propuestas para la mejora continua*

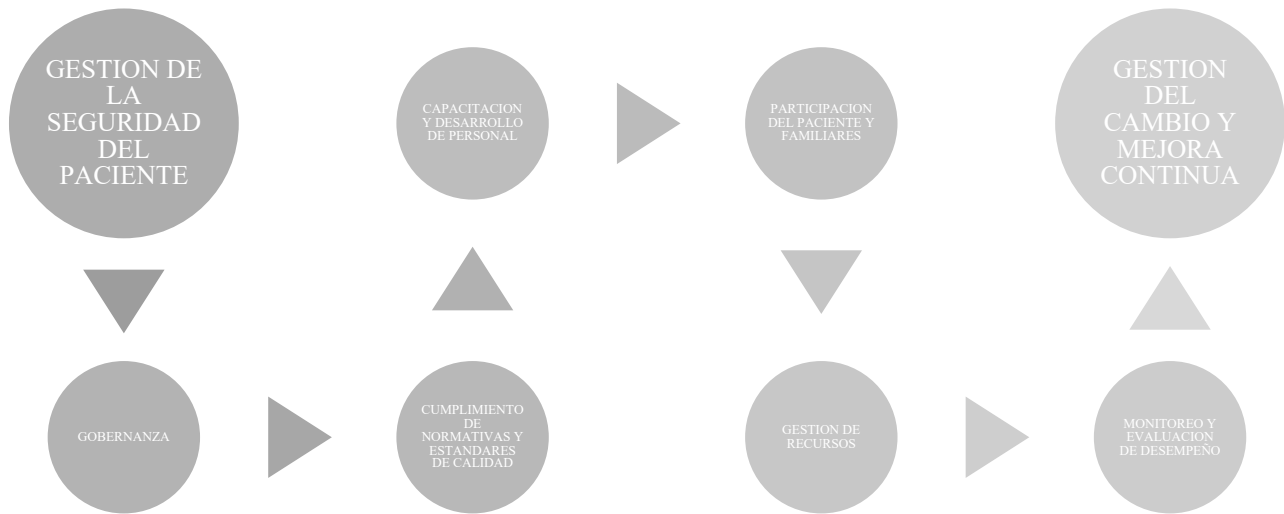


Figura 19. *Actividades propuestas para la mejora continua*

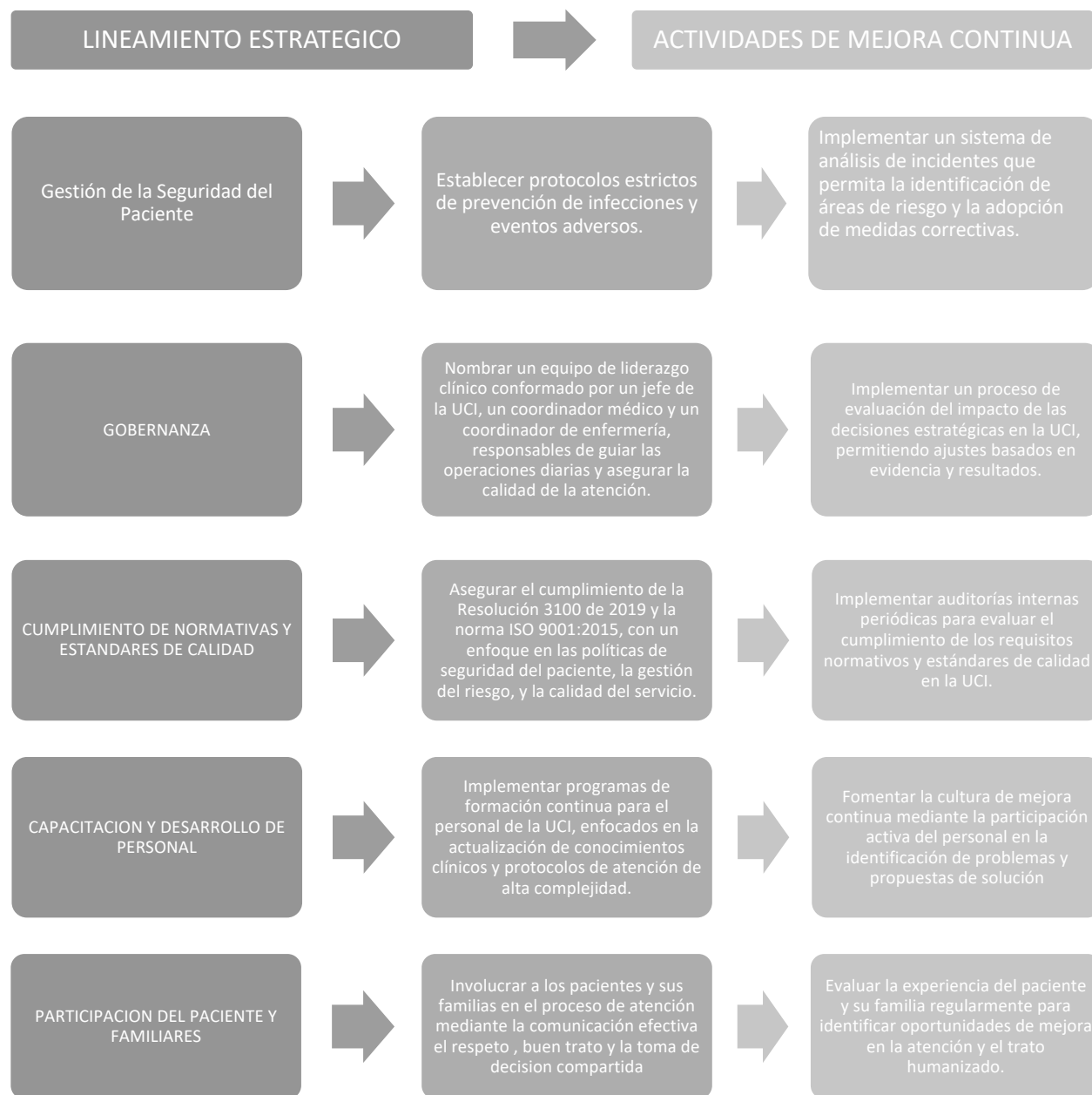
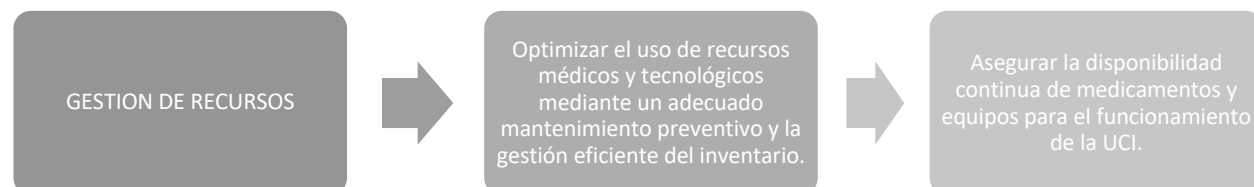


Figura 20. *Actividades propuestas para la mejora continua*



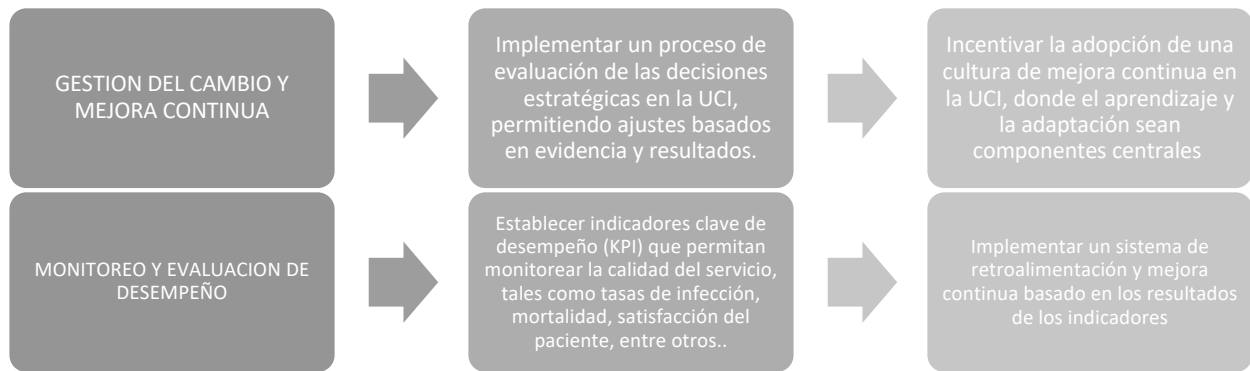


Tabla 19. Cronograma de actividades

Fase	Actividades	Cronograma														
		SEMESTRE I				SEMESTRE II				SEMESTRE III			SEMESTRE IV			
		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12	MES 13	MES 14	MES 15
1	<p>Aplicación del Diagnóstico del estado de cumplimiento de condiciones de habilitación basado en la resolución 3100 del 2019.</p> <p>Aplicar el diagnóstico de Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma NC ISO 9001.</p> <p>Verificar el estado de implementación de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).</p> <p>Identificar las áreas de mejora y oportunidades de optimización para superar las brechas identificadas para el cumplimiento de condiciones de habilitación.</p>															
2	<p>Realizar una revisión documental los estándares de calidad establecidos en la NTC-ISO 9001:2015, de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).</p> <p>Identificar convergencias y divergencias entre el Sistema de Gestión de la calidad acorde a la NTC ISO 9001:2015, la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y los criterios de habilitación definidos en la Resolución 3100 del 2019.</p> <p>Desarrollar la armonización entre el Sistema de Gestión de la calidad acorde a la NTC ISO 9001:2015, la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y los criterios de habilitación definidos en la Resolución 3100 del 2019.</p>															

Fase	Actividades	Cronograma															
		SEMESTRE I				SEMESTRE II				SEMESTRE III			SEMESTRE IV				
		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12	MES 13	MES 14	MES 15	
3	<p>Elaborar un plan estratégico que aborden los criterios de habilitación definidos en la Resolución 3100 del 2019, NTC ISO 9001:2015, la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en el servicio de Cuidado intensivo.</p> <p>Identificar necesidades y expectativas de las partes interesadas como insumo para el establecimiento de la gestión por procesos del servicio de Cuidados intensivos.</p> <p>Analizar la ruta de atención o mapa de procesos del servicio de Cuidado intensivo.</p> <p>Crear la caracterización del proceso de cuidado intensivo con la definición de entradas, salidas, responsables, partes interesadas, controles al proceso, riesgos e indicadores.</p>																
4	<p>Identificar herramientas para fomentar la mejora continua en la prestación del Servicio de Cuidado Intensivo promoviendo la participación del personal en la identificación de oportunidades de mejora, la implementación de soluciones innovadoras y el reconocimiento de buenas prácticas y la satisfacción del usuario y su familia.</p> <p>Generar lineamientos y priorizar de actividades de mejora continua.</p>																

Nota: frente al diseño del cumplimiento de las etapas del cronograma inicial se debe mencionar que se cumplió a cabalidad con los previsto inicialmente.

7. Balance del Presupuesto

Tabla 20. *Presupuesto*

Recursos	Valor costos provistos Unitario	Valor costos provistos por 3 investigadores	Valor Total costos provistos en 15 meses	Valor de costos de ejecución en 15 meses
Material bibliográfico (Libros, suscripciones a revistas)	\$ 10.000	\$ 30.000	\$ 450.000	\$ 450.000
Publicaciones (Artículos, proceso editorial, traducciones publicación en revistas).	\$ 300.000	\$ 900.000	\$ 13.500.000	\$ 13.500.000
Internet	\$ 30.000	\$ 90.000	\$ 1.350.000	\$ 1.350.000
Memoria USB	\$ 20.000	\$ 60.000	\$ 900.000	\$ 900.000
Resmas de papel	\$ 4.000	\$ 12.000	\$ 180.000	\$ 180.000
Fotocopias	\$ 3.000	\$ 9.000	\$ 135.000	\$ 135.000
Impresiones	\$ 10.000	\$ 30.000	\$ 450.000	\$ 450.000
Tiempo de investigadores 4 horas al mes	\$ 160.000	\$ 480.000	\$ 7.200.000	\$ 7.200.000
Transporte (visitas a entidades públicas)	\$ 20.000	\$ 60.000	\$ 900.000	\$ 900.000
Plan de Pospago Datos y Voz x mes	\$ 20.000	\$ 60.000	\$ 900.000	\$ 900.000
Gastos varios, provisión mensual	\$ 60.000	\$ 180.000	\$ 2.700.000	\$ 2.700.000
Total, de costos	\$ 637.000	\$ 1.911.000	\$ 28.665.000	\$ 28.665.000

Al realizar el balance se compara los costos provistos iniciales planificados con los gastos reales ejecutados durante el proyecto, se evidencia un saldo positivo. Esto significa que se invirtió lo presupuestado, demostrando la efectividad de la planificación y el control financiero. Dicha práctica nos permitió un control riguroso del presupuesto, facilitándonos la toma de decisiones durante la ejecución del proyecto.

8. Conclusiones

La investigación permitió evaluar de manera integral el cumplimiento de las condiciones necesarias para la apertura del Servicio de Cuidado Intensivo en la ESE Hospital del Sarare, de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019, los estándares de calidad de la NTC-ISO 9001:2015 y las directrices de la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del MIPG. Esta evaluación exhaustiva fue fundamental para identificar tanto los recursos existentes como las brechas críticas que necesitan ser abordadas para asegurar que la apertura del servicio cumpla con los estándares establecidos. Se concluye que, aunque la institución posee una capacidad instalada adecuada, es necesario realizar actividades de gestión adicionales para garantizar el cumplimiento integral de los requisitos normativos.

La armonización de estos tres marcos normativos permitió la creación de un enfoque de gestión integral y coherente, donde los principios de calidad de la ISO 9001:2015 se integran y refuerzan los objetivos de la política de Fortalecimiento Organizacional del MIPG y los criterios de la Resolución 3100 de 2019. Este proceso de armonización facilitó la alineación de los objetivos estratégicos, operativos y normativos, promoviendo una cultura organizacional centrada en la mejora continua, la satisfacción del paciente y el cumplimiento estricto de las normativas en la apertura de la UCI.

Así mismo, el estudio evidenció que la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos del MIPG se traduce en una mayor eficiencia operativa dentro del Servicio de Cuidado Intensivo. Esto abarca la optimización en el uso de equipos médicos, la implementación de protocolos rigurosos, la capacitación continua del personal, una adecuada distribución del personal, la gestión efectiva de insumos y el monitoreo de indicadores clave. Estos elementos resultan en una atención más rápida, segura y precisa, lo que es esencial en el contexto de cuidados intensivos.

La elaboración del plan estratégico fue clave para articular eficazmente los requisitos de habilitación de la Resolución 3100 de 2019 con los estándares de calidad de la NTC-ISO 9001:2015 y las políticas de Fortalecimiento Organizacional del MIPG. El uso de la Matriz DOFA facilitó la formulación de estrategias orientadas a asegurar una atención de alta calidad, segura y eficiente para los pacientes en estado crítico.

Este plan estratégico proporcionó un marco operativo coherente que no solo facilitó la comprensión y aplicación de los requisitos, sino que también preparó al hospital para la apertura y operación efectiva del Servicio de Cuidado Intensivo, alineado con las mejores prácticas de gestión hospitalaria.

La investigación permitió definir con precisión las actividades, responsabilidades y plazos necesarios para la implementación del plan de armonización. Esta caracterización detallada del proceso asegura que todos los elementos organizativos y operativos estén alineados y coordinados, lo que es crucial para garantizar la calidad en la prestación del servicio. Además, facilita la gestión del proyecto, reduciendo posibles retrasos y garantizando un control efectivo en cada etapa del proceso.

El análisis detallado del proceso de cuidados intensivos adultos, desde la planificación inicial hasta la evaluación final, proporcionó una base sólida para la implementación de mejoras continuas. La construcción de indicadores de calidad en la UCI, aunque es un desafío, resulta esencial para garantizar la seguridad del paciente. Al seleccionar indicadores adecuados y establecer un sistema de seguimiento y evaluación, el Hospital Sarare E.S.E. puede identificar áreas de mejora, reducir errores y optimizar la calidad de la atención, posicionándose como un referente en la prestación de servicios de alta complejidad a nivel local. La implementación de la metodología AMFE en la gestión de riesgos permite al hospital mejorar la calidad de la atención, garantizar la seguridad del paciente y cumplir con los más altos estándares de calidad.

La inclusión de herramientas para fomentar una cultura de mejora continua dentro del Servicio de Cuidado Intensivo es uno de los resultados más destacados de este proyecto. Al promover la participación del personal en la identificación y resolución de problemas, así como en la implementación de soluciones innovadoras, se crea un entorno propicio para el desarrollo sostenible del servicio. Este enfoque no solo mejora la calidad del cuidado ofrecido, sino que también contribuye a una mayor satisfacción tanto del personal como de los usuarios del servicio.

Finalmente, gracias al enfoque metódico y bien estructurado del plan de armonización, se ha establecido un camino claro hacia la apertura del Servicio de Cuidado Intensivo en la ESE Hospital del Sarare. La integración efectiva de los requisitos normativos y de calidad, junto con una gestión eficiente de los procesos operativos, garantiza que el servicio no solo cumpla con las normativas vigentes, sino que también esté en condiciones de ofrecer un cuidado de alta calidad desde su inicio. Este plan de armonización no solo ha tenido un impacto significativo en la gestión institucional de la ESE Hospital del Sarare, sino que también representa un modelo a seguir para otras instituciones de salud que busquen implementar servicios de alta complejidad en un marco

de calidad y eficiencia. La capacidad del hospital para responder a los desafíos organizacionales y operativos que implica la apertura de un servicio de esta naturaleza se ha fortalecido considerablemente, posicionándolo como un líder en la prestación de cuidados intensivos en la región.

Finalmente, derivado de la experiencia en el diseño de este plan de armonización, se recomienda que otras instituciones de salud que deseen implementar servicios de alta complejidad, como la UCI, adopten una metodología de armonización similar. La integración de los requisitos normativos con los estándares de calidad y las políticas organizacionales garantiza un enfoque coherente y eficiente. Es fundamental que las entidades evalúen de manera detallada sus capacidades instaladas, identifiquen las brechas críticas y desarrollen un plan estratégico claro antes de avanzar hacia la implementación. Este enfoque permitirá no solo cumplir con los estándares regulatorios, sino también posicionar a las instituciones como líderes en la prestación de servicios de alta complejidad, optimizando recursos y asegurando una atención de calidad a largo plazo.

Referencias

- Acosta Mahecha, Acuña Padilla, García Muñoz y Vargas Carmelo. (2021), *Adecuación UCI Para Atención de COVID-19, Hospital San Rafael de Facatativá, Cundinamarca.*
- Acosta, Andrés; Acuña, Paula; García, Elizabeth; Vargas, M. de L. A. (2021). Adecuación UCI Para Atención De Covid-19, Hospital San Rafael De Facatativá, Cundinamarca. *Revista Conrado*, 17(78), 127-133.
- Alva Peralta, L.N.; Davila Cajahuanca, M.; Gonzales Querevalu, D.B. Vasquez Carhuallanqui, M.K. (2019), *Propuesta de Mejora de la Calidad del Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José – Callao*, Perú Lima, 27 de junio de Universidad ESAN.
- Alvarado, C.; Peña, L. (2017). Participación del auditor en formación en el desarrollo de las auditorías internas del sistema de gestión de calidad de cuatro procesos prioritarios de la Fundación Cardiovascular de Colombia- Instituto cardiovascular 2017. *Universidad UDES.*, 4, 9–15.
- Banco Mundial. (Julio de 2018). Banco mundial. Obtenido de <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2018/07/05/low-quality-healthcare-is-increasing-the-burden-of-illness-and-health-costs-globally>
- Bernal, M. (2022), *Propuesta de mejora continua en la unidad de cuidados intensivos UCI del hospital III nivel de atención*. Facatativá, Colombia. <http://hdl.handle.net/10654/44416>.
- Consultor Salud. (2021). *Cómo le fue a Colombia en la calidad de la atención de la salud*. [https://consultorsalud.com/como-le-fue-a-colombia-en-](https://consultorsalud.com/como-le-fue-a-colombia-en)

la-calidad-de-la-atencion-de-la-salud/le-fue-a-colombia-en-la-calidad-de-la-atencion-de-la-salud/ .

Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública (Septiembre 11, 2017) Decreto Presidencial 1499 del 2017, *Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo. 133 de la Ley 1753 de 2015*
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=83433>

Cruz Medina, (Abril-Junio 2023). *Número 81. La planeación estratégica un pilar en la gestión empresarial* <https://www.itson.mx/publicaciones/pacioli/documents/81/pacioli-81.pdf>.

Duque Gómez, D. M. (2021). *Propuesta de mejora para la gestión de tecnología biomédica, aplicando la metodología AMFE en una Institución de Salud.*

Eraso, N. M. (2011). *Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción.*
<https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/3288>.

Escobar Valencia, M., Gómez Villarreal, C., & Camacho Aranguren, M. (2017). El movimiento de la Calidad en Colombia 1930-2010. Una mirada desde las políticas públicas. *Ensayos de Economía*, 27(50), 65-85.

Esper, R. C., Ruiz, S. S., & Morales, M. D. (2009). Mortalidad por disfunción orgánica múltiple en una unidad de cuidados intensivos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 44(004), 156-160. Recuperado el 6 de 10 de 2022, de <http://ejournal.unam.mx/rfm/no44-4/rfm44404.pdf>.

Fontalvo Herrera T. (2014). *La Innovación para la Generación de Valor en los Procesos de Calidad.* *Ingeniare* (14):95-104.
<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/ingeniare/article/view/616>.

Fueltan Burgos, A. L., Montenegro Rojas, G. E., Pazmiño Ordoñez, J. C., & Solarte Bastidas, Y.

A. (2024). *Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el centro de salud San Bartolomé de Córdoba ESE*.

Función Pública; (2020) *El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)*, Gobierno de Colombia. <https://www.funcionpublica.gov.co/glosario>.

Hernández, J.; Hernández, Y.; Gil, M.; Cárdenas, E. (2018). Evaluación del Modelo Integrado De Planeación y Gestión (MIPG) En Las Entidades Territoriales Del Estado Colombiano. *Ekologia*, 18(1), 2–21. <https://doi.org/10.22519/22157360.1255>.

Hernández, L.; Mesa, L., (2019). *Diseño de un sistema de Gestión de calidad basado en los requisitos de la norma ISO 9001:2015 en el centro médico por salud*. Santiago de Cali, 2019, Universidad Autónoma de Occidente, Facultad de Ingeniería.

Hospital del Sarare ESE. (s.f.). *Reseña histórica y caracterización* <http://www.hospitaldelsarare.gov.co/>.

Londoño Zuluaga, A. M. (2010). *Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en Consusalud IPS*.

Meneses Romero, V. F. (2010). Aproximación al sistema obligatorio de garantía de calidad en salud (SOGCS) desde el pensamiento complejo. *Universidad Militar Nueva Granada*.

Mercader Alarcóna, M.; Miralles Sanchoa, J.; Pérez Carbonell, A.; Nolasco Guirao, V.; Antón Latour, M.A.; Miras García, M.M. (2023), *Result of the implementation of a quality management system based on the ISO 9001:2015*.

Ministerio de Salud y de la Protección Social. (2019). *Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de*

Servicios de Salud

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Republica de Colombia (Febrero 05, 2016) *Resolución 256 de 2016, Por el cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Art 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto dictar disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS del SGSSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema.*

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%200256%20de%202016.pdf

Ministerio de salud y protección social (Diciembre 23, 2021) *Resolución 2292 Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).*

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=119841>

Ministerio de Salud y Protección Social Republica de Colombia (Agosto 30, 2021). *Resolución 1328 de 2021, Por el cual se modifica el artículo 1 de la Resolución 5095 de 2018, en el sentido de adoptar los 'Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis de baja complejidad'. Art 1 Objeto. La presente resolución tiene por objetivo adoptar el 'Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario*

de Colombia versión 3.1 y los *'Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad'*, los cuales hacen parte integral de este acto administrativo.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%201328%20de%202021.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social Republica de Colombia (Junio 09, 2017) *Resolución 2063 de 2017, Por el cual se adopta la Política de participación social en salud PPSS. Tiene por objetivo adoptar la participación social en salud PPSS, incluida en el documento técnico de este acto administrativo y aplica a los integrantes del sistema de salud, en el marco de sus competencias y funciones.*

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%202063%20de%202017.pdf

Ministerio de Salud y Protección social Republica de Colombia, (Abril 03, 2023), *Resolución 544 del 2023 Por la cual se modifica la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de adecuar algunos aspectos relacionados con la Inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud.*

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%20544%20de%202023.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social Republica de Colombia, (Abril 04, 2024) *Resolución 591 de 2024, "Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades" Establecer los procedimientos, procesos, actividades y/o estándares que se deben adoptar y realizar en la gestión integral de los residuos generados en el desarrollo de las actividades de qué trata el artículo 2.8.10.2 del*

Decreto 780 de 2016, o la norma que lo modifique o sustituya.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No%20591%20de%202024.pdf

Ministerio de Salud y Protección social Republica de Colombia, (Noviembre 25, 2019),

Resolución 3100 del 2019 Por la cual definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%203100%20de%202019.pdf

Muñoz M; Osorio D, Vesga J, (2022) *Armonización entre la norma ISO 9001:2015 sistema de*

gestión de la calidad. Requisitos y la resolución 1403 de 2007 para aplicación en droguerías. Caso droguería y perfumería Farmavillas SAS, Universidad Santo Tomas, Bucaramanga. División de Ingenierías y Arquitectura, Facultad de Ingeniería Industrial Especialización en Dirección y gestión de la Calidad.

[https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/44183/2022OsorioDayanna.pdf?sequence=1.](https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/44183/2022OsorioDayanna.pdf?sequence=1)

Norma Técnica Colombiana, (2015). *NTC-ISO 9001:2015-09-23, Sistemas de Gestión de Calidad.*

[http://www.iso.org.](http://www.iso.org)

Paneque, R. E. (2004). *Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una*

mirada actual. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-34662004000100004.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-34662004000100004)

Pizarro Gómez, Durán, Nieto Estrada, Gil Valencia, Zaccaro, Dueñas Castell, Chica Mezag, Zabaleta Poloh, Varón Vegai, Garay Fernández, Medina Lombok, Echeverri Ospinak, Florián, Encisol, Gómez Duquel, Quintero Villareal, Rojas Suárez, Piñeres, Ortizo, Correap... Valencia Morenou. (2023), *Consenso colombiano de calidad en cuidados intensivos: task force de la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos (AMCI®)*, *Anestesiología intensiva*, Vol. 23. Núm. 2., páginas 164-201 (Abril - Junio 2023). * Autor para correspondencia. Correo electrónico: victor.nietoestrada@gmail.com, <https://doi.org/10.1016/j.acci.2023.04.007>.

Rodríguez Grecia, (2018) *Proyecto de gestión UCI adultos Fundación Cardiovascular de Colombia, Universidad de Santander, UDES*. Facultad de Ciencias de la Salud. Bucaramanga, Santander 2018.

Rojas Martínez, C. P., Hernández Palma, H. G., & Niebles Núñez, W. A. (2020). Gestión administrativa sustentable de los sistemas integrados de gestión en los servicios de salud. *Revista Espacios*, 41(1), 6. <https://www.gacetasanitaria.org/es-herramientas-degestion-en-los-articulo-13008555>.

Roldan, J. V., & Segura, S. P. (2020). Actualización en el sistema de control interno (MECI) e implementación del modelo integrado de planeación y gestión MIPG en la ese Hospital Habacuc calderón de Carmen de Carupa. subtítulo. *Universidad de Cundinamarca*, 20, 1–126.

Sánchez-Hurtado, Tejada-Huezo, S.S. Gómez-Flores, A. E.-C. (2018). Carta científica El adulto mayor en una unidad de cuidados intensivos mexicana, análisis retrospectivo El Derly patients in a Mexican intensive care unit: A retrospective analysis. *CARTA CIENTÍFICA El Adulto Mayor En Una Unidad de Cuidados Intensivos Mexicana, Análisis*

- Retrospectivo Elderly Patients in a Mexican Intensive Care Unit: A Retrospective Analysis*, 42(4), 2018–2020.
- Solano Camargo, G. D. (2024). Autoevaluación del Sistema Único de Habilitación (SUH) de la resolución 3100 de 2019 en la Unidad de Salud Mental Sentir bien, Distracción, La Guajira, 2023.
- Tarazona, Gehidy, (2021). *Herramientas de gestión y la calidad de servicios de la unidad de cuidados intensivos Covid-19 de un Hospital en Lima*. Universidad Cesar Vallejo.
- Tascón, A. (2020). Barreras Para La Implementación De La Norma Técnica ISO 9001:20015 En El Sector Salud De Colombia. *Convenio universidad santo Tomás e Icontec facultad de ingeniería mecánica maestría en calidad y gestión integral Liquid Crystals*, 21(1), 1–76.
- Urrea Claudia, González Diana. (2020) *Análisis del grado de satisfacción de los usuarios por la atención recibida en una Unidad de Cuidados Intensivos, en una Institución de alta complejidad en la ciudad de Santiago de Cali durante el año 2020*. Institución Universitaria Antonio José Camacho Facultad Educación a Distancia y Virtual Administración en salud 2022.
- Vega Alvear, S., Canteros, J., Jara, J., & Rodríguez, P. (2013). Costos reales de tratamientos intensivos por paciente y día cama. *Revista Médica de Chile*, 141(2), 202–208. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872013000200009>.
- Vera Enriquez, R. S., Vera Villón, J. V., Cotes Rodríguez, J. M., & Brito Guadalupe, W. X. (2023). *Indicadores de calidad en cuidados intensivos: medición, bench, marking y mejora continua en la atención al paciente crítico*. *RECIMUNDO*, 7(1), 734-745. [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(1\).enero.2023.734-745](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(1).enero.2023.734-745).

Victoria Marín, S., & López Trejos, J. G. (2024). *Gestión de riesgos orientada al uso de equipos biomédicos en las áreas de UCI y urgencias del Hospital Universitario del Valle*. <https://hdl.handle.net/10614/15649>.

Villamizar, Jhon- Mora, Marlon, Camargo, Carolina, A. (2020). *Estrategias para la optimización operativa y financiera de las entidades de salud pública bajo el sistema obligatorio de garantía de calidad en atención en salud (SOGCS)*. (pp. 41–53). <https://doi.org/10.22463/26655543.2894>.

Viloria Altamar, AP (2021). *Implementación del sistema único de habilitación de acuerdo a la Resolución 3100 de 2019 en el Centro de Salud San Miguel*.