

RESOLUCIÓN 2181 DE 2008

(junio 16)

Diario Oficial No. 47.024 de 18 de junio de 2008

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público.

EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL,

en ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas en el artículo 2o del Decreto 205 de 2003 y en el párrafo del artículo 1o del Decreto 4292 <sic, es 4295> de 2007, y

CONSIDERANDO:

Que mediante la Ley 872 de 2003 se creó el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de las entidades y agentes obligados, entre las cuales están las entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral de acuerdo con lo definido en la Ley 100 de 1993;

Que mediante el Decreto 1011 de 2006, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS, cuyas acciones se orientan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales sólo se constituyen en prerequisites para alcanzar los mencionados resultados;

Que mediante el Decreto 4295 de 2007, fijó como Norma Técnica de Calidad para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y definida a través del Decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollen y modifiquen;

Que el párrafo del artículo 1o del Decreto 4295 de 2007 prescribe que el Ministerio de la Protección Social expedirá las guías aplicativas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y ajustará las normas técnicas en el marco de la Ley 872 de 2003;

Que en desarrollo de lo anterior, es indispensable la adopción de una guía aplicativa y su ajuste frente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del SGSSS, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público;

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1o. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN. La presente resolución tiene por objeto expedir la Guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención

en Salud del SGSSS, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público obligadas a cumplir con la Ley 872 de 2003, contenida en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución.

PARÁGRAFO. A las Instituciones pertenecientes al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía que se hayan acogido de manera voluntaria al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, SOGC, o que contraten servicios de salud relacionados con los planes de beneficios, se les aplicará lo dispuesto en la presente resolución.



ARTÍCULO 2o. LINEAMIENTOS. Para cumplir en su totalidad con los requerimientos establecidos por la Ley [872](#) de 2003 y el Decreto [4110](#) de 2004 a través del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud a que hace referencia la presente resolución deberán tener en cuenta los siguientes lineamientos:

1. Cumplir en su totalidad las condiciones de habilitación normadas en el Sistema Unico de Habilitación, de conformidad con el enfoque de riesgo a que hace referencia el artículo [6o](#) del Decreto 1011 de 2006 y sus normas reglamentarias.

2. Implementar el componente de acreditación en salud para el mejoramiento continuo de sus procesos con carácter obligatorio, en lo relacionado con el Ciclo de preparación para la Acreditación o Ciclo de Mejoramiento a que hace referencia el Anexo Técnico número 2 de la Resolución 1445 de 2006. La implementación de este componente exige que los procesos sean descritos, documentados y estandarizados.

La opcionalidad a la que hacía referencia el precitado anexo técnico se circunscribe a partir de la vigencia de la presente resolución a la postulación ante el ente acreditador.

3. Implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, de acuerdo a lo establecido en el artículo [32](#) del Decreto 1011 de 2006 y en las pautas indicativas de auditoría expedidas por el Ministerio de la Protección Social, que permiten evaluar y cerrar las brechas para el logro de los resultados esperados por los estándares de acreditación.

4. Implementar el Sistema de Información para la calidad de conformidad con el Decreto [1011](#) de 2006 y la Resolución 1446 de 2006.

5. Ajustarse a los contenidos de la guía applicativa contenida en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución.

PARÁGRAFO. Las entidades señaladas en el artículo [1o](#) de la presente resolución que implementen y desarrollen el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad mediante la adopción de la Guía Aplicativa prevista en el Anexo Técnico que hace parte integral de esta resolución, se entenderá que cumplen con la Norma Técnica NTCGP 1000:2004.



ARTÍCULO 4o. <sic, es 3> VIGENCIA. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 16 de junio de 2008.

El Ministro de la Protección Social,
DIEGO PALACIO BETANCOURT.

ANEXO TECNICO.

RESOLUCION 2181 DE 2008

(junio 16)

Por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Carácter Público.

CAPITULO I.

1. PRESENTACION Y CONTENIDO.

El presente documento contiene la Guía Aplicativa de Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud aplicable a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter publico, la que tiene como finalidad presentar una herramienta elemental y práctica que permita a los usuarios internos y externos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, Empresas de Medicina Prepagada y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, en el ejercicio y aplicación de los sistemas de gestión de calidad, del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del SGSSS, dar cumplimiento a lo previsto en la Ley [872](#) de 2003.

2. ESTRUCTURA DE LA GUIA APLICATIVA DEL SOGC.

Comprende CUATRO CAPITULOS que contemplan su presentación y contenido, Guía Aplicativa para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del SGSSS, el marco legal de los sistemas que implican interrelación con la misma y finalmente una compilación de definiciones que permitirán aclarar y aplicar la NTC SOGC y frente a otros sistemas de Gestión de manera más adecuada.

3. SUARIOS DE LA GUIA.

La Guía Aplicativa está prevista para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y podrá servir de guía para la verificación de su cumplimiento a los entes de control, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Así mismo; todo aquel que requiera de la instrucción para el cumplimiento de los preceptos legales en esta materia.

4. OBJETIVO.

Establecer la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del SGSSS, su implementación y seguimiento, ajustando sus componentes a los lineamientos establecidos por la Ley 872 de 2003 y de conformidad con lo reglado por el Decreto [4295](#) de 2007.

CAPITULO II.

GUIA APLICATIVA DE CALIDAD DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD PARA LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

Se pretende con la presente Guía ubicar de manera clara, cómo se da cumplimiento y se ajustan los componentes del SOGC a las exigencias de la Ley [872](#) de 2003 y lo previsto en la NTCGP 1000:2004

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD	No.	TÍTULO	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
SOGC			NTCGP 1000-2004
1.		INTRODUCCIÓN	
En relación con los indicadores definidos en el sistema de información para la calidad, cuyo enfoque corresponde a los resultados de la información para la calidad, y a los resultados de la atención en salud, que al ser aplicados permiten medir y efectuar el seguimiento del desempeño en la operación enfocados específicamente a la determinación de las condiciones de estructura Sistema Único de Habilitación (SUH), proceso de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud los que cuentan con una alta correlación con el resultado esperado, relacionado directamente con el Sistema Único de Acreditación (SUA).	1.1	GENERALIDADES	En cumplimiento de lo establecido en el artículo 6° de la Ley 872 de 2003, esta forma establece los requisitos para la implementación de un sistema de gestión de la calidad aplicable a la Rama Ejecutiva del Poder Público y otras entidades prestadoras de servicios.
Cada Componente del SOGC, tiene sus características y principios aplicables de manera que convergen en su aplicación, como son la ACCESIBILIDAD, OPORTUNIDAD, SEGURIDAD, PERTINENCIA, CONTINUIDAD. Dentro de sus componentes se cuenta igualmente con principios básicos que le rigen así:	1.2	PRINCIPIOS	<ul style="list-style-type: none"> a) Enfoque hacia el cliente. b) Liderazgo c) Participación activa de los servidores públicos y/ particulares que ejercen funciones públicas d) Enfoque basado en los procesos e) Enfoque del sistema para la gestión; f) Mejora continua;

1. SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN: lo fundamentan los principios de Confidencialidad, eficiencia y Gradualidad.

2. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN. Dentro de los principios que determinan el sistema se cuenta con aquellos que guían los estándares, tales como la sencillez, validez y confiabilidad.

3. SISTEMA DE INFORMACIÓN: Sus principios son la Gradualidad, sencillez, Focalización, validez y confiabilidad, participación y eficiencia.

4. SISTEMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD: Rigen este sistema los principios de autocontrol, enfoque preventivo, confianza y respeto, sencillez y validez (Dec. 1011 de 2006). Un sistema de garantía de calidad implica el conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa.

g) Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones

h) Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores de bienes o servicios.

i) Coordinación, cooperación y articulación;

j) Transparencia

La atención en salud y el logro de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para mirar su desempeño y con las que se emprendan para corregir sus deficiencias. El Sistema de Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud es el conjunto de instituciones, normas,

requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC).

El mejoramiento continuo (MCC) es una filosofía y un sistema gerencial que involucra a los gerentes, a los demás directivos, y a los profesionales de la salud en el mejoramiento continuo de los procesos, para alcanzar mejores resultados en la atención de sus clientes/usuarios y sus familias. Este sistema mira a la organización con enfoque sistémico y entiende la atención en salud que esta brinda como un continuo clínico administrativo cuya finalidad es alcanzar resultados de la atención en salud ofrecida al paciente introduce métodos estadísticos y herramientas gerenciales que reducen la utilización inadecuada de los recursos, la duplicidad de procesos y el trabajo innecesario. Atención Centrada en el Cliente. Cuando se aplica el MCC la meta es identificar, satisfacer y exceder las expectativas y necesidades de los usuarios, de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad. Para el éxito en la implementación del MCC la organización debe orientar sus acciones hacia los usuarios. Esta

transición de los prestadores de servicios hacia el enfoque de satisfacer las necesidades de sus usuarios, implica un compromiso continuo de la organización para hablar con ellos, entenderlos , traducir esas necesidades en productos y servicios y finalmente verificar si los resultados de la atención cumplieron con sus expectativas y promover acciones de mejoramiento . Como en cualquier reorientación o readaptación de una institución, adaptarse a este enfoque implica cambios en la filosofía y cultura de la organización, en el tipo de liderazgo, en la planeación y compartir del conocimiento del negocio, en hacer cambios significantes en el trabajo diario, en los roles y apoderamiento de las personas y en las relaciones y coordinación del trabajo entre los profesionales dentro de la organización (Anexo Técnico número 2 Resolución 1045 de 2006).

También corresponde al Ministerio de la Protección Social velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad. Artículo 5º Decreto 1011 de 2006.

1.3

COMPATIBILIDAD

Este sistema es complementario con los sistemas de control interno y desarrollo administrativo. Es posible, para una entidad, adaptar su (s) sistema(s) de gestión de la calidad existente(s) para que cumpla con los requisitos de esta norma. El sistema de gestión de la calidad debe entenderse como una herramienta que comparte algunos elementos con otros sistemas. Por lo tanto, es posible que la implementación de algunos de los requisitos de esta norma permitan el

			<p>cumplimiento, total o parcial, de requisitos de otros sistemas. En la implementación del sistema de gestión de la calidad se debe tener cuidado especial en la identificación de estos elementos comunes, para evitar que se dupliquen esfuerzos.</p> <p>Específicamente, para el caso de los sistemas de control interno y de desarrollo administrativo algunos elementos de convergencia, se han identificado en el Anexo C de esta norma.</p> <p>Adicionalmente se hace referencia específica al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.</p>
2.		OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN	
<p>El SOGC tiene como objeto la calidad de la atención en salud de cara al usuario, sin embargo al igual que los principios cada uno de sus componentes se traduce de la siguiente manera:</p> <p>1. SISTEMA A UNICO DE HABILITACIÓN. Tiene por objeto del cumplimiento de las condiciones básicas obligatorias en pro de ofrecer seguridad a los usuarios.</p> <p>2. SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN. Su objeto es la Autoevaluación para la obtención de niveles superiores de calidad.</p> <p>3. SISTEMA DE INFORMACIÓN: Se resumen en el monitoreo, orientación y referenciación para estimular la competencia.</p>	2.1	Objeto	<p>Esta norma especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad aplicable a entidades a que se refiere la Ley 872 de 2003, el cual se constituye en una herramienta de gestión que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades.</p>

4. SISTEMA DE AUDITORÍA PARA AL <sic> MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD. El objeto de este sistema es convertirse en un instrumento de evaluación y monitorización permanente para el logro del mejoramiento continuo de la calidad de frente al usuario. El SOGC es aplicable a prestadores de servicios de salud, a las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, la empresa de medicina prepagada y a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud y los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993. (Artículo 1° Decreto 1011 de 2006). Dado que el sistema único de habilitación busca controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y controlar las condiciones en que se ofrecen los servicios, es fundamental no solo establecer las condiciones mínimas de estructura, sino poder entender cómo estas deben contribuir a mejorar el resultado en la atención. Por esta razón, el manual desarrolla un capítulo donde se lista una serie de indicadores de seguimiento a riesgo. Dichos indicadores deben servir de herramienta objetiva de medición y análisis del desempeño de cada uno de los servicios, los cuales deben ser punto de partida para el mejoramiento. (Anexo Técnico número 1 Resolución 1043 de 2006). De la aflicción de los estándares de acreditación se

espera obtener resultados directos que se enfocan a los siguientes resultados:

- Pertinencia: Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área temática correspondiente al estándar evaluado y alcanzan los objetivos y metas propuestas.

- Consistencia: Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.

- Avance de la medición: Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un periodo de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área temática correspondiente al estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos.

Tendencia: Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.

- Comparación: Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos (Anexo Técnico número 2 Resolución 1045 de 2006).

3.

TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Acciones Preventivas: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad

3.1

Acción Correctiva

Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no-conformidad detectada u otra situación indeseable.

de la misma. (Artículo 34 Decreto 1011 de 2006).			
Acciones Preventivas: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma. (Artículo 34 Decreto 1011 de 2006).	3.2	Acción Preventiva	Acción preventiva. Conjunto de acciones tomadas para eliminar la (s) causa(s) de una no-conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.
Estándares de Acreditación, ESTANDAR DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA Y DE GERENCIA (Anexo T número 1 Resolución 1445 de 2006).	3.3	Adquisición de Bienes y servicios	Cualquier modalidad de contratación, convenio, concesión o provisión de bienes y/o servicios, inherentes al cumplimiento de la misión de la entidad.
Acciones permanentes en el tiempo Gerencia. Establece las jerarquías y responsabilidad de las organizaciones DENTRO DE LOS ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA. AL IGUAL QUE EL DE AMBIENTE FÍSICO (Anexo T número 1 Resolución 1445 de 2006).	3.4	Alta Dirección	Persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una entidad.
Estándar de Recurso Humano (Anexo Técnico número 1 Resolución 1445 de 2006).	3.5	Ambiente de trabajo	Conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo.
Auditoría Interna: Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna (Numeral 2, artículo 33 Decreto 1011/06).	3.6	Auditoría Interna	Proceso sistemático independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría interna.

Acciones permanentes en el tiempo Gerencia. Establece las jerarquías y responsabilidad de las organizaciones. (Anexo T número 1 Resolución 1445 de 2006).	3.7	Autoridad	Poder con que se cuenta o que se ha recibido por delegación.
Calidad de la atención en salud, se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (Artículo 2º Decreto 1011 /06).	3.8	Calidad	Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
El ejercicio efectivo y cumplimiento de lo previsto en el Decreto 1011 de 2006, por cada una de las IPS permitirá la prestación de la atención en salud con calidad.	3.9	Capacidad de una entidad	Aptitud de una entidad, sistema o proceso para realizar un producto o prestar un servicio que cumple los requisitos para ese producto o servicio.
Cualquier individuo, familia, grupo y/o comunidad (interno o externo a la organización. En el contexto de este manual de estándares se homologará la palabra cliente externo al de paciente. (Anexo técnico Resolución 1445 de 2006).	3.10	Cliente	Organización, entidad o persona que recibe un producto y/o servicio.
Se establecen los perfiles y capacidades de los profesionales idóneos y calificados para la prestación de los servicios (Anexo Técnico número 1 Resolución 1043 de 2006).	3.11	Competencia	Habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes.
Dentro del SOGC, se considera el cumplimiento de los requisitos mínimos obligatorios para la entrada y permanencia en el sistema (Artículo 1º, Decreto 1043 de 2006).	3.12	Concesión	Autorización para utilizar o liberar un producto que no es conforme con los requisitos especificados.
La metrología en materia de salud, se aplicará de conformidad con lo previsto por el Ministerio de	3.13	Confirmación Metodológica	Conjunto de operaciones necesarias para asegurar que el equipo de medición

<p>Industria y Comercio en lo pertinente, sin embargo el SOGC, prevé los estándares necesarios y cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas requeridas. Adicionalmente se adelanta la Autoevaluación para la habilitación y la acreditación contra los estándares previstos en las Resoluciones Reglamentarias (Resolución 1043 de 2006. Anexo Técnico número 2 Estándares de Condiciones Técnicas y científicas).</p>			<p>cumple con los requisitos para su uso previsto.</p>
<p>Satisfacción de los Usuarios, traducida en calidad de la atención en salud por cumplimiento de los requisitos, condiciones y estándares previstos en el SOGC. (Artículos 6º, 8º, 9, 12, 19 y 23 Decreto 1011 de 2006).</p>	3.14	Conformidad	<p>Cumplimiento de un requisito.</p>
<p>Control. Conjunto de operaciones encaminadas a verificar y comprobar el funcionamiento, productividad, de algún proceso de acuerdo con unas directrices y planes establecidos. (Artículos 6º, 8º, 9º, 12, 19 y 23 Decreto 1011 de 2006).</p>	3.15	Control de Calidad	<p>Parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.</p>
<p>La norma de auditoría y acreditación, prevén planes de mejoramiento y de acción, de carácter obligatorio generando sanciones como aquellas de no poder prestar sus servicios por adolecer de su existencia.</p>	3.16	Corrección	<p>Acción tomada para eliminar una no-conformidad detectada.</p>
<p>Se refleja dentro del contexto del SOGC, cuando define en cada uno de los componentes los procesos contenidos en cada uno de los manuales definidos por el SUH y SUA. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la</p>	3.17	Diseño y desarrollo	<p>Conjunto de procesos que transforma los requisitos de una política, programa, proyecto o cliente en características especificadas o en la especificación de un proceso o sistema, producto y/o servicio.</p>

calidad de los servicios de salud en el país. (Artículo 2° Decreto 1011 de 2006, Anexo Técnico número 1 y 2 Resolución 1445 de 2006, Anexo Técnico número 1 y 2 Resolución 1043 de 2006 y Anexo Técnico número 1 Resolución 1446 de 2006).			
El Sistema para la información es uno de los componentes estructurales del SOGC, y hace parte sustancial del mismo dentro de los diferentes procesos, estándares y manuales (Artículo 47 Decreto 1011 de 2006, Resolución 1446 de 2006 y su Anexo técnico, Resolución 1043 de 2006 y sus Anexos técnicos número 1 y 2, numeral 7 artículo 1° Resolución 1445 de 2006 y sus Anexos técnicos número 1 y 2).	3.18	Documento	Información y su medio de soporte.
Efectividad. El grado en que la asistencia médica se presta de forma correcta, según el estado actual del conocimiento, para alcanzar el resultado proyectado o deseado por el paciente. (Anexo técnico Resolución 1445 de 2006).	3.19	Efectividad	Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.
Los estándares permiten identificar, planificar y ejecutar los servicios de salud, la gestión y la administración, así como la auditoría y la información para alcanzar los resultados. (Decreto 1011 de 2006 y sus resoluciones reglamentarias).	3.20	Eficacia	Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
Balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (Artículo 2° Decreto 1011 de 2006).	3.21	Eficiencia	Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.
Si el bien el SOGC, no tiene su enfoque basado en procesos, sino en resultados, sin embargo se hace evidente durante el desarrollo del SOGC, la necesidad de documentación de los procesos	3.22	Enfoque basado en procesos	Identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en las entidades. En particular, las interacciones entre tales procesos se conocen

para poder obtener los mencionados resultados, las mismas son la herramienta primordial para su descripción dentro de los manuales contentivos de cada uno de los servicios y que permiten la obtención de los resultados esperados en salud que van más allá del cumplimiento de un proceso estricto, es decir la obtención de la recuperación de la salud. (Decreto 1011 de 2006 y sus resoluciones reglamentarias).			como “enfoque basado en los procesos”.
Prestadores de servicios de Salud definidos y especificados. (Artículo 1° Decreto 1011 de 2006).	3.23	Entidades	Entes de la Rama Ejecutiva del Poder Público y otros prestadores de servicios cubiertos bajo la Ley 872 de 2003.
Dentro de los componentes del SOGC, se cuenta de manera inmersa con instrumentos y herramientas de medición, como son los estándares, indicadores y el propio sistema de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad en Salud. (Decreto 1011 de 2006, artículos 2°, 4°, 8° Resolución 1043 de 2006 y sus Anexos técnicos número 1 y 2, Resolución 1445 de 2006 y sus Anexos técnicos número 1 y 2. Anexo Técnico Resolución 1446 de 2006).	3.24	Equipo de Medición	Instrumento de medición, software, patrón de medición, material de referencia o equipos auxiliares, o combinación de ellos, necesarios para llevar a cabo un proceso de medición.
Se establecen requisitos en los manuales de Habilitación y acreditación. (Decreto 1011 de 2006 y sus resoluciones reglamentarias).	3.25	Especificación	Documento que establece requisitos
Acciones permanentes en el tiempo Gerencia. Establece las jerarquías y responsabilidad de las organizaciones (Anexo T número 1 Resolución 1445 de 2006).	3.26	Estructura de la Entidad	Disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones entre el personal.
El propósito de la gestión se considera en el aparte correspondiente a los propósitos de los estándares de gerencia de la	3.27	Gestión	Actividades coordinadas para dirigir y controlar una entidad.

<p>siguiente manera: Por conducto de la alta dirección, la organización debe garantizar la adecuada asignación de recursos para el logro de los objetivos formulados y establecer mecanismos de seguimiento que garanticen los resultados propuestos. Adicionalmente evalúa la importancia que da la institución al desarrollo de la capacidad de liderazgo en todos los niveles y la participación directa de la alta dirección como líder y responsable principal de la creación y mantenimiento de un Direccionamiento estratégico claro y visible, que sirvan de guía al trabajo diario del equipo humano y actúe como promotor de un proceso permanente de mejoramiento, buscando dar una respuesta más efectiva a los usuarios, otros clientes y la comunidad. Todo lo anterior se evidencia en los estándares de Gerencia y Direccionamiento. (Artículo 46 Decreto 1011 de 2006, Resolución 1446 de 2006 y Resolución 1445 de 2006. Anexo Técnico número 1 en el Capítulo de Direccionamiento).</p>			
<p>Dentro de la ejecución del SOGC, se encuentra especificado el manejo documental, incluidos los propios manuales, guías y otro tipo de documentos, especialmente en lo contemplado en el capítulo correspondiente a los procesos prioritarios asistenciales. (Numeral 2 artículo 32 Decreto 1011 de 2006, Resolución 1043 de 2006 y sus anexos técnicos número 1 y 2. Resolución 1445 Anexo Técnico número 1.</p>	3.28	Gestión Documental	<p>Conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.</p>
<p>Corresponden a los requisitos mínimos establecidos para la prestación de los servicios de</p>	3.29	Infraestructura	<p>Sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el</p>

salud, contemplados en los artículos 6° y subsiguientes del Decreto 1011 de 2006, que determinan el objeto de evaluación del Sistema Único de Habilitación. Específicamente en el artículo 1° estándares 2 y 3 de Instalaciones y dotación y su mantenimiento (Resolución 1043 Anexo Técnico número 2).			funcionamiento de una entidad.
El manual de calidad de una entidad prestadora de servicios de salud corresponde a lo previsto y descrito dentro del SOGC. (Res. 1445 de 2006, anexo Técnico número 1).	3.30	Manual de Calidad	Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una entidad.
La filosofía del SOGC se basa en dos pilares el Mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario. (Decreto 101, artículo 2°, Resolución 1445 de 2006 Anexo Técnico número 1 (Resolución 1446 de 2006 Anexo técnico y Resolución 1043 de 2006 Anexo Técnico número 2).	3.31	Mejora Continua	Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.
El SOGC precisan la misión y la visión que determinan el rumbo, de una forma ética y en función de su razón de ser, de sus colaboradores y de la comunidad para la que trabaja; cómo define los principios y valores que orientan los comportamientos de la cultura deseable en la organización. Propósito estándares de Direccionamiento. (Resolución 1445 de 2006 Anexo Técnico número 1).	3.32	Misión de Calidad	Se entiende como el objeto social o la razón de ser de la entidad.
El incumplimiento del Estándar (Resolución 1043 de 2006, Resolución 1445).	3.33	No-conformidad	Incumplimiento de un requisito.
CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel	3.34	Objetivo de calidad	Algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad.

profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (Artículo 2º. Decreto 1011 de 2006. Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico número 2 y Resolución 1445 de 2006 Anexo Técnico número 2).			
En materia del SOGC, la parte interesada se traduce de manera directa con el Usuario, cliente externo, interno y proveedores, de igual forma con los contratantes de aseguramiento, los entes externos de control y el MPS. (Artículos 49 al 52 del Decreto 1011 de 2006).	3.35	Parte interesada	Organización, persona o grupo que tenga un interés en el desempeño de una entidad.
La planificación de la calidad se determina en el SOGC, en términos de la Definición de la Calidad Esperada, para la asistencia técnica de los Planes de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad. Contenidos en el Programa de Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud PAMEC. (Resolución 1043 de 2006. Anexo Técnico número 2 y Resolución 1445 de 2006 Anexo Técnico número 2).	3.36	Planificación de calidad	Parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados, para cumplir los objetivos de la calidad.
Las políticas de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud están reflejadas en el acometimiento y cumplimiento del SOGC. (Decreto 1011 de 2006 y sus resoluciones reglamentarias).	3.37	Política de la calidad de una entidad.	Política de la calidad de una entidad: Intención(es) global(es) y orientación(es) relativa(s) a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección de la entidad.
Se determina dentro de los estándares establecidos para cada uno de los servicios y el desarrollo de los componentes del SOGC. (Resolución 1046 de 2006 Anexo Técnico número 1 y 2, artículo 2º Resolución 1445 de 2006 y su Anexo Técnico número 1).	3.38	Procedimiento	Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

<p>Se determina dentro de los estándares establecidos para cada uno de los servicios y el desarrollo de los componentes del SOGC tales como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Procesos Prioritarios del programa de auditoría. 2. Procesos Prioritarios asistenciales de Habilitación. 3. Procesos de Acreditación. (Resolución 1046 de 2006 Anexo Técnico número 1 y 2, artículo 2º Resolución 1445 de 2006 y su Anexo Técnico número 1). 	3.39	Proceso	<p>Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados. Procesos estratégicos. Incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la dirección. Procesos misionales: Incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objetivo social o razón de ser Procesos de apoyo: Incluyen todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y de medición, análisis y mejora. Procesos de evaluación: Incluyen aquellos procesos necesarios para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia. Incluyen procesos de medición, seguimiento y auditoría interna, acciones correctivas y preventivas y son una parte integral de los procesos estratégicos de apoyo y los misionales.</p>
<p>EL SERVICIO ES LA ATENCIÓN DE SALUD. Se</p>	3.40	Producto o servicio	<p>Resultado de un proceso o un conjunto de procesos.</p>

define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. (Resolución 1046 de 2006 Anexo Técnico número 1 y 2 artículo 2° Resolución 1445 de 2006 y su Anexo Técnico número 1).			
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes (Artículos 1° y 26 del Decreto 1011 de 2006).	3.41	Proveedor	Proveedor: Organización o persona que proporciona un producto y/o servicio.
Los registros dentro del SOGC, son elemento fundamental en el perfeccionamiento y ejercicio del sistema, por lo cual se cuenta con la determinación de múltiples registros los que se establecen en la Resolución 1043 de 2006 anexos técnicos número 1 y 2 y Resolución 1445 de 2006, Anexo Técnico número 1, Especialmente en los estándares de habilitación en lo pertinente a historias clínicas y registros asistenciales.	3.42	Registro	Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
Se establecen requisitos a lo largo del SOGC. Dentro de los manuales de estándares de habilitación y acreditación (Decreto 1011 de 2006 y sus resoluciones reglamentarias).	3.43	Requisito	Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
Se establecen responsabilidades tanto para los prestadores, como para los evaluadores de acreditación o verificadores de habilitación (Artículos 16, 46 y 50	3.44	Responsabilidad	Responsabilidad: Derecho natural u otorgado a un individuo en función de su competencia para reconocer y aceptar las

Decreto 1011 de 2006).			consecuencias de un hecho.
<p>Se evidencia dentro del componente de Auditoría para el mejoramiento de la calidad, de igual forma es parte integral de los Sistemas de Habilitación y acreditación, en la medida en que se desarrolla la autoevaluación y posterior verificación del cumplimiento de los Estándares. (Artículos 12, 19, 32, 33, 36, al 40, 44 y 49 Decreto 1011 de 2006).</p> <p>Se evidencia revisión interna y externa mediante la verificación efectuada durante la visita de evaluación tanto para la Habilitación como para la Acreditación.</p>	3.45	Revisión	Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.
<p>Definida en el enfoque del Sistema único de Habilitación y determinado específicamente por tipo de riesgo en cada uno de los apartes referentes a Recurso Humano, Ambiente Físico, Gestión de Insumos, etc. (Resolución 1443 de 2006, Anexo Técnico número 1 y 2, Resolución 1445 de 2006, Anexo Técnico número 1, Resolución 1448 de 2006 en su anexo técnico, artículo 3° Decreto 1011 de 2006, numeral 3, artículo 2° Resolución 1446 de 2006). Especialmente dentro de los estándares de seguimiento a riesgos.</p>	3.46	Riesgo	Riesgo: Toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el desarrollo normal de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos.
<p>Esta es explorada en los estándares de acreditación, especialmente en los relacionados con la función de apoyo de Direccionamiento en relación con la evaluación de la satisfacción global del cliente con la atención recibida (Decreto 1011 de 2006 y sus resoluciones reglamentarias). Es un proceso prioritario en el PAMEC,</p>	3.47	Satisfacción al Cliente	Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos y expectativas.

evaluación que solicitada al usuario y el indicador de dominio satisfacción y lealtad.			
La estructura del SOGC, es Sistémico (Decreto 1011 de 2006 y sus resoluciones reglamentarias).	3.48	Sistema	Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan con el fin de lograr un propósito.
El Sistema de Gestión de la Calidad se encuentra inmerso en el SOGC, especialmente el Sistema Único DE acreditación en el que al respecto determina como propósito para los estándares de direccionamiento los siguientes: “Principios y valores que orientan los comportamientos de la cultura deseable en la organización; cómo la alta dirección de la institución asume el papel de liderazgo para encauzar y difundir estos lineamientos y convertirlos en un plan estratégico, construido con todas las áreas, en forma priorizada, racional y viable. (Artículo 46 Decreto 1011 de 2006, Resolución 1446 de 2006 y Resolución 1445 de 2006, Anexo Técnico número 1 En el Capítulo de Direccionamiento).	3.49	Sistema de Gestión de la Calidad para entidades.	Herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades. Está enmarcado en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.
El concepto de trazabilidad se encuentra referenciado dentro de los indicadores de monitoría del SOGC. (Resolución 1446 Anexo Técnico). Especialmente en el componente del sistema de información para la calidad, indicadores y eventos adversos.	3.50	Trazabilidad	Capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración.
Se desarrolla dentro de los estándares de Acreditación y de manera específica en el desarrollo del Sistema de información. (Decreto 1011 de 2006, artículo 4º y Resolución 1445 de 2006 Anexo Técnico número 1).	3.51	Validación	Confirmación mediante el suministro de evidencia objetivo de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista.
Este aspecto se encuentra inmerso en dos de los cuatro componentes del SOGC: Verificación de las	3.52	Verificación	Confirmación, mediante la aportación de evidencia objetiva, de que se han

condiciones del Sistema Único de Habilitación (Artículos 8° y 19 Decreto 1011 de 2006), Sistema Único de Acreditación, desprendido de la Autoevaluación. (Artículo 41 Decreto 1011 de 2006).		cumplido los requisitos especificados.
4.	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
4.1	Requisitos generales	Que debe hacer la entidad.
<p>El componente de Auditoría prevé como actividad inicial de mejoramiento la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios. Cómo Realizar la Autoevaluación, determina los mecanismos para identificar los procesos que serán objeto de mejora, que se relacionan con el direccionamiento estratégico de la entidad. (Decreto 1011 de 2006, artículos 12 y 41, Resolución 1043 de 2006 Anexo Técnico número 1 y 2, Resolución 1445 Anexo Técnico número 1, Resolución 1446 de 2006 Anexo Técnico). Mediante la implementación de procesos de priorización se determina la secuencia de proceso que debe ser objeto de mejoramiento y se determina su relación dinámica e interacción con otros procesos estratégicos, misionales o de apoyo. (Decreto 1011 de 2006, artículos 12 y 41, Resolución 1043 de 2006 Anexo Técnico número 1 y 2. Resolución 1445 Anexo Técnico número 1, Resolución 1446 de 2006 Anexo Técnico). El SOGC, dentro de sus componentes estima el desarrollo de la auditoría para el mejoramiento de la calidad, así como la valoración del riesgo. Ahora bien, el SUA determina dentro de los estándares de mejoramiento que hacen parte de</p>	a)	Identificar los procesos que le permiten cumplir la misión que se le ha asignado. (NOTA: estos incluyen, según sea aplicable, los procesos estratégicos de apoyo, misionales y/o de evaluación (véase el numeral 3.39 Nota 4).

cada uno de los grupos de estándares de acreditación los procesos necesarios para hacer el seguimiento de los controles bajo los siguientes criterios: existencia de procesos para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a los procesos prioritarios, que consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia, el equipo de salud y los trabajadores, aplicando prioridades bajo criterios de alto riesgo, alto volumen y alto costo. (Decreto 1011 de 2006 y sus resoluciones reglamentarias). El sistema Único de habilitación como el de acreditación se encuentran estandarizados y con los respectivos criterios de evaluación y control (Resolución 1043 de 2006. Anexos técnicos 1 y 2 y Resolución 1445 de 2006 y sus Anexos técnicos 1 y 2).

El SUA determina dentro de los estándares de mejoramiento que hacen parte de cada uno de los grupos de estándares de acreditación los procesos necesarios para hacer el seguimiento de los controles bajo los siguientes criterios: existencia de procesos para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a los procesos prioritarios que consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia, el equipo de salud y los trabajadores, aplicando prioridades bajo criterios de alto riesgo, alto volumen y alto costo. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: seguridad, continuidad,

<p>coordinación, competencia, aceptabilidad, efectividad, pertinencia, eficiencia, accesibilidad y oportunidad existencia de procesos de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento, así como su comunicación a la entidad (Anexos técnicos 1 y 2 Resolución 1443 de 2006). Es claro que la metodología de acreditación tiene un enfoque funcional y por lo tanto su cumplimiento debe darse en la integridad de la institución incluidos los procesos o servicios que se tercericen. De igual manera los estándares de gerencia del anexo técnico orientan también la asignación adecuada de los recursos de acuerdo con el plan los cuales se miden y controlan, en función de los procesos del mejoramiento de la calidad (Anexo Técnico número 1 y 2 Resolución 1445 de 2006).</p>			
	b)	Determinar la secuencia e interacción de estos procesos;	
	c)	Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces y eficientes.	
	d)	Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos;	
	e)	Realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos.	

	f)	Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos; y
	g)	Identificar y diseñar, con la participación de todos los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, los puntos de control sobre los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia o que generan un impacto considerable en la satisfacción de necesidades y expectativas de calidad de los clientes, en las materias y funciones que le competen a cada entidad.
4.2	Gestión Documental	
4.21	GENERALIDADES [1] [2] [3]	La documentación del sistema de gestión de la calidad deben incluir
Definición de la Calidad Esperada, permite a la organización concretar los objetivos de la calidad de procesos prioritarios que enmarcada en los diferentes niveles de referencia (Normativos, teóricos, técnicos, producto del desdoblamiento de la calidad a partir de los deseos del cliente, referenciación, etc.), pactados por acuerdos contractuales (auditoría externa) o generados por la norma técnica de obligatorio cumplimiento. A su vez la documentación de los procesos prioritarios inicia con caracterizar los deseos que se deben satisfacer sobre el producto traduciendo los deseos de los clientes y usuarios en especificaciones, instrucciones, planes y programas que tengan	a)	Declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad.

<p>sentido para el personal de la institución. Cuando se conocen y se clarifican las necesidades, se puede desdoblar la calidad, pasando por la validación en conjunto de las características de calidad del producto, en este caso la solicitud, hasta la construcción de indicadores de gestión que garantice el cumplimiento en todos los casos de los deseos Anexo Técnico No. 2 (Resolución 1043 de 2006).</p>		
	b)	Un manual de la calidad,
	c)	Los procedimientos documentados requeridos en esta Norma.
	d)	Los documentos requeridos por la entidad para el cumplimiento de sus objetivos institucionales y que le permitan asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos, y
	e)	Los registros requeridos por esta Norma (véase el numeral 4.2.4).
4.2.2	<u>Manual de Calidad</u> [4]	La entidad debe establecer:
<p>El SUA especifica de manera genérica los procesos con que debe contar una institución de aseguramiento o prestación de servicios de salud que quiera cumplir con estándares ópticos y factibles de calidad de la atención en salud (artículo 44 Decreto 1011 de 2006). De igual manera todos y cada uno de los procesos que implemente la institución para cumplir el estándar respectivo, deben cumplir con unas características específicas, que al respecto de la gestión documental</p>	a)	<p>El alcance del sistema de gestión de la calidad, incluidos los detalles y la justificación de cualquier exclusión (véase el numeral 2.2);</p>

son las siguientes y corresponden a la dimensión: Ciclo de evaluación y mejoramiento de la variable enfoque:

§ Determinación de evidencias (hechos y datos).

§ Existencia de procesos de evaluación y mejoramiento del enfoque.

§ Procesos basados en acciones específicas realizadas y registradas sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios.

§ Procesos de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.

§ Existencia de ciclos sistemáticos de evaluación con base en información recogida consistente, válida y oportuna que además se emplea para la evaluación y la definición de acciones de mejoramiento. (Artículo 4° Decreto 1011 de 2006, artículo 1° Resolución 1043 de 2006 y sus anexos técnicos 1 y 2

	b)	Los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad, o referencia a los mismos; y
	c)	Una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad.
4.2.3	<u>Control de Documentos</u> [5]	Los documentos requeridos por el sistema de gestión de la calidad deben controlarse. debe establecerse un procedimiento

		documentado que defina los controles necesarios para:
<p>Una consecuencia de un proceso de gerencia de la información consiste en el adecuado almacenamiento producción y autenticación del documento que contiene la información que es objeto de gerenciamiento y custodia por parte de la institución. Estos procesos se encuentran implícitos en el propósito de los estándares de gerencia de la información del anexo técnico 1 de la Resolución 1445 de 2006 así: “Implica el facilitar las decisiones de los trabajadores de la organización (en todo nivel), basados en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos. La gerencia de la información debe garantizar la estructura y coherencia de la información para generar habilidades de respuesta a los requerimientos de los clientes, sus familias y trabajadores. Los procesos de este tema son diseñados a partir de los requerimientos de información de la organización en factores como procesos de atención y necesidades de los clientes, planeación, direccionamiento y mejoramiento de la organización, gestión de recursos, productividad. Se define un plan de gerencia de la información que garantiza su gestión priorizada desde la estandarización, captura, análisis, transmisión y difusión, seguridad con niveles de acceso y almacenamiento. La organización hace seguimiento de las variaciones de desempeños de equipos y procesos”.</p>	a)	Aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión;

	b)	Revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente;
	c)	Asegurarse de que se identifiquen los cambios y el estado de revisión actual de los documentos.
	d)	Asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso;
	e)	Asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables;
	f)	Asegurarse de que se identifiquen los documentos de origen externo y se controla su distribución, y
4.2.4	Control de los Registros [6]	
	Los registros son un tipo especial de documento, y deben controlarse de acuerdo con los siguientes requisitos:	
<p>Los registros que provee la información a la institución en el SUA consideran como puntos de control específicos en los estándares de gerencia de la información los siguientes:</p> <p>existencia de un plan de gerencia de la información, con las siguientes características:</p> <p>§ Identificación de las necesidades de información.</p> <p>§ Captura de los datos.</p> <p>§ Análisis de la información.</p> <p>§ Transmisión de la información.</p> <p>§ Estandarización de la</p>		<p>Los registros deben establecerse y mantenerse para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz, eficiente y efectiva del sistema de gestión de la calidad. Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables. Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la</p>

información.

§ Uso de la tecnología.

§ Un proceso de implementación basada en prioridades.

§ Almacenamiento, conservación y depuración de la información.

§ Seguridad y confidencialidad e la información.

§ Sistema de evaluación del plan.

§ Sistema de mejoramiento igual manera debe establecer procesos de seguridad que garantice control sobre:

§ Acceso no autorizado.

§ Pérdida de información.

§ Manipulación.

§ Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos de los legalmente contemplados dentro de la organización.

§ Deterioro físico de los archivos. (Decreto 1043 de 2006. Anexo Técnico 2, Resolución 1445 Anexo Técnico 1 VI 3 H).

Los registros que provee la información a la institución en el SUA consideran como puntos de control específicos en los estándares de gerencia de la información los siguientes: existencia de un plan de gerencia de la información, con las siguientes características:

§ Identificación de las necesidades de información.

recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros, acorde con las disposiciones legales vigentes sobre la materia.

<p>§ Captura de los datos.</p> <p>§ Análisis de la información.</p> <p>§ Transmisión de la información.</p> <p>§ Estandarización de la información.</p> <p>§ Uso de la tecnología.</p> <p>§ Un proceso de implementación basada en prioridades. – Almacenamiento, conservación y depuración de la información.</p> <p>§ Seguridad y confidencialidad de la información.</p> <p>§ Sistema de evaluación del plan.</p> <p>§ Sistema de mejoramiento igual manera debe establecer procesos de seguridad que garantice control sobre:</p> <p>§ Acceso no autorizado.</p> <p>§ Pérdida de información.</p> <p>§ Manipulación.</p> <p>§ Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos de los legalmente contemplados dentro de la organización.</p> <p>§ Deterioro físico de los archivos. (Decreto 1043 de 2006, Anexo Técnico 2, Resolución 1445 Anexo Técnico 1 VI 3 H).</p>			
5.	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN		
5.1	Compromiso de la Dirección		
	La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la		

		calidad, así como con la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad, mediante:	
Es responsabilidad de la dirección de la entidad como lo determinan en su propósito los estándares de gerencia de la organización del anexo técnico de la Resolución 1445 de 2006. Garantizar espacios, recursos y mecanismos para desarrollar este tipo de decisiones y lograr mantenerlos en el día a día de los procesos organizacionales. Desarrollar los elementos básicos y fundamentales que soportan la adecuada toma de decisiones, respecto de la cultura organizacional, en la que cada unidad tiene identificados sus clientes internos y externos y a su vez cuentan con un proceso para identificar y responder a sus necesidades y expectativas. La alta gerencia apoya la monitorización y mejoramiento de calidad mediante la interacción y acompañamiento y reconocimiento a grupos de trabajo de las unidades, así como para la remoción de obstáculos al mejoramiento. (Pag. 10, Anexo Técnico Resolución 1445 de 2006).	a)	La comunicación a los servidores públicos y/o particulares que ejerzan funciones públicas de la entidad acerca de la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales.	
	b)	La determinación de la política de la calidad.	
	c)	La seguridad de que se establecen los objetivos de la calidad;	
	d)	La realización de las revisiones por la dirección; y	
	e)	El aseguramiento de la disponibilidad de recursos.	
Los estándares de gerencia del anexo técnico 1 de la Resolución 1445 de 2006, determinan en su propósito y organización de los	5.2	Enfoque al cliente	La alta dirección debe asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen

estándares, para la entidad en general y para cada unidad funcional en particular respecto de la cultura organizacional, identificación de sus clientes internos y externos y un proceso para identificar y responder a sus necesidades y expectativas.		con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente (véanse los numerales 7.2.1 y 8.2.1).
5.3	Políticas de calidad	
	La alta dirección debe asegurarse de que la política de la calidad	
	a)	Es adecuada a la misión de la entidad;
<p>En relación con la política de calidad la organización se aboca en la acreditación en salud a cumplir todos sus procesos organizacionales bien sean misionales, estratégicos o de operación con las siguientes características de su variable enfoque, la cual se encuentra íntimamente ligada al direccionamiento estratégico de la entidad en cuanto a dimensión de sistematicidad así:</p> <p>§ Presencia del enfoque en las áreas claves</p> <p>§ Relación del enfoque con el direccionamiento estratégico.</p> <p>§ Relación del enfoque con los propósitos básicos de cada estándar.</p> <p>§ El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. (Anexo Técnico 1 Resolución 1445 de 2006).</p>	b)	Es, según sea aplicable al tipo de entidad, coherente con el plan de desarrollo, los planes sectoriales y de desarrollo administrativo, el sistema de control interno y los planes estratégicos establecidos.
	c)	Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos de sus clientes, de mejorar continuamente la eficacia,

		<p>eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y dentro del marco de su misión, de contribuir al logro de los fines esenciales del Estado, definidos constitucionalmente.</p>
<p>De igual manera todos los planes de mejoramiento se evalúan en los estándares específicos bajo los siguientes criterios:</p> <p>§ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.</p> <p>§ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia.</p> <p>§ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.</p> <p>§ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados. (Anexo Técnico 2 Resolución 1043 de 2006).</p>	<p>d)</p>	<p>Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.</p>
	<p>e)</p>	<p>Se comunica a todos los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas dentro de la entidad, y es entendida por ellos; y</p>
	<p>f)</p>	<p>Se revisa para su adecuación continua.</p>

5.4	Planificación	
5.4.1	Objetivos de Calidad	La alta dirección debe asegurarse de que los objetivos de la calidad incluidos aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el producto y/o servicio (véase el numeral 7.1, literal a)), se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la entidad. Los objetivos de la calidad deben ser mensurables y coherentes con la política de la calidad. Cuando una entidad establezca y revise sus objetivos de calidad, debe considerar el marco legal que lo circunscribe y los recursos financieros, humanos y operacionales con los que cuenta.
5.42.	Planificación del Sistema de gestión de la calidad.	
La alta dirección debe asegurarse de que:		
<p>La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud determina dentro de sus actividades en los artículos 32 al 40 del Decreto 1011 de 2006. La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios. La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. Esto implica la definición de unos</p>	a)	La planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en el numeral 4.1 así como los objetivos de la calidad; y

<p>objetivos de calidad en pos de los determinantes de calidad establecidos por las organizaciones y la planificación del sistema con la ingerencia de la alta dirección. Es de anotar que el SOGC entiende que la Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoría Médica de que tratan los artículos 227 y 232 de la Ley 100 de 1993.</p>		
	b)	Se mantiene la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios en este.
5.5	Responsabilidad, Autoridad y Comunicación	
<p>El SUA define dentro de los componentes de apoyo el de direccionamiento, que se encarga del trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobernabilidad de la organización. De igual manera determina en la gerencia el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobernabilidad interna de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución, en relación con el trabajo de mejora continua de la calidad. (Resolución 1043 y su Anexo técnico 2, Resolución 1445) Anexo Técnico 1, Resolución 1446 y su Anexo Técnico).</p> <p>Por este motivo, dentro del sistema de calidad debe establecerse un seguimiento estricto de las actividades de planeación, implementación y mejoramiento de los programas de salud, de manera</p>	5.5.1 Responsabilidad y Autoridad	La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la entidad.

que su estructura y operación respondan en forma permanente a las necesidades identificadas.

Este punto tiene una clara relación con lo que se definió en la planeación de la atención y conformación de la red, así como con los acuerdos a los que se llegó durante el proceso de contratación de prestadores.

Aspectos como la autonomía, la creatividad, capacidad de compromiso y colaboración con el mejoramiento de los procesos y resultados de los servicios que presta la institución, son factores críticos de éxito en una organización enfocada al cliente. Por este motivo, la EPS (ARS) debe contar con un proceso de planeación del recurso humano y tener criterios claros para la selección, inducción y entrenamiento de sus funcionarios, adaptándose en forma permanente a los requerimientos de la organización.

De esta manera, los estándares se encuentran enfocados a evaluar el gerenciamiento que la organización realiza de su sistema de información, resaltando aspectos de planeación y uso como soporte del mejoramiento de los procesos, productos y servicios.

La segunda sección de los estándares incluye aquellos procesos administrativos gerenciales que son críticos dentro de la organización para el apoyo de los procesos asistenciales. Esta sección se subdivide en cinco grupos grandes de estándares:

-Direccionamiento: es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobernabilidad de la organización.

-Gerencia: es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobernabilidad interna de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución.

-Recursos humanos: se enfoca en la gestión del recurso humano desde su planeación hasta su proceso de mejoramiento continuo.

-Sistema de información: se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas frente a la información y su uso para las decisiones en cualquier nivel de la organización.

-Ambiente físico: incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales. Cada una de las secciones de los estándares (tanto asistenciales como administrativos) cuenta con una sección común, el cual es el proceso de Mejoramiento Continuo. Este proceso se encuentra reflejado en los últimos estándares, los cuales son comunes e idénticos en todas las secciones de estándares. (Páginas 17, 29, 54, 71 Anexo Técnico número 1 Resolución 1445 de 2006).

	<p>La alta dirección debe designar un miembro de la dirección quien, con independencia de otras responsabilidades, debe tener la responsabilidad y autoridad que incluya:</p>
<p>En relación con la política de calidad la organización se aboca en la acreditación en salud a cumplir todos sus procesos organizacionales bien sean misionales, estratégicos o de operación con las siguientes características de su variable enfoque, la cual se encuentra íntimamente ligada al direccionamiento estratégico de la entidad en cuanto a dimensión de sistematicidad así:</p> <p>§ Presencia del enfoque en las áreas claves.</p> <p>§ Relación del enfoque con el direccionamiento estratégico.</p> <p>§ Relación del enfoque con los propósitos básicos de cada estándar.</p> <p>§ El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. (Anexo técnico 1 Resolución 1445 de 2006).</p> <p>De igual manera todos los planes de mejoramiento se evalúan en los estándares específicos bajo los siguientes criterios:</p> <p>§ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.</p> <p>§ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo</p>	<p>a)</p> <p>Asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para la implementación del sistema de gestión de la calidad.</p>

<p>de salud, el paciente y su familia.</p> <p>§ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.</p> <p>§ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados. (Anexo Técnico 2 Resolución 1043 de 2006).</p>		
	b)	Informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora; y
	c)	Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la entidad.
5.5.3	Comunicación interna	
<p>El SUA define dentro de los componentes de apoyo el de direccionamiento, que se encarga del trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobernabilidad de la organización. De igual manera determina en la gerencia el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobernabilidad interna de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución, en</p>	<p>La alta dirección debe asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la entidad y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad.</p>	

relación con el trabajo de mejora continua de la calidad (Resolución 1043 y su Anexo técnico 2, Resolución 1445). Anexo Técnico 1, Resolución 1446 y su Anexo Técnico).

Por este motivo, dentro del sistema de calidad debe establecerse un seguimiento estricto de las actividades de planeación, implementación y mejoramiento de los programas de salud, de manera que su estructura y operación respondan en forma permanente a las necesidades identificadas.

Este punto tiene una clara relación con lo que se definió en la planeación de la atención y conformación de la red, así como con los acuerdos a los que se llegó durante el proceso de contratación de prestadores.

Aspectos como la autonomía, la creatividad, capacidad de compromiso y colaboración con el mejoramiento de los procesos y resultados de los servicios que presta la institución, son factores críticos de éxito en una organización enfocada al cliente. Por este motivo, la EPS (ARS) debe contar con un proceso de planeación del recurso humano y tener criterios claros para la selección, inducción y entrenamiento de sus funcionarios, adaptándose en forma permanente a los requerimientos de la organización.

De esta manera, los estándares se encuentran enfocados a evaluar el gerenciamiento que la organización realiza de su sistema de información, resaltando

aspectos de planeación y uso como soporte del mejoramiento de los procesos, productos y servicios.

La segunda sección de los estándares incluye aquellos procesos administrativos gerenciales que son críticos dentro de la organización para el apoyo de los procesos asistenciales. Esta sección se subdivide en cinco grupos grandes de estándares:

-Direccionamiento: es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobernabilidad de la organización.

-Gerencia: es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobernabilidad interna de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución.

-Recursos humanos: se enfoca en la gestión del recurso humano desde su planeación hasta su proceso de mejoramiento continuo.

-Sistema de información: se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas frente a la información y su uso para las decisiones en cualquier nivel de la organización.

-Ambiente físico: incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales. Cada una de las

<p>secciones de los estándares (tanto asistenciales como administrativos) cuenta con una sección común, el cual es el Proceso de Mejoramiento Continuo. Este proceso se encuentra reflejado en los últimos estándares, los cuales son comunes e idénticos en todas las secciones de estándares. (Páginas 17, 29, 54, 71 Anexo Técnico número 1 Resolución 1445 de 2006).</p>			
	5.6	Revisión por la dirección	
5.6.1	Generalidades [8]		
<p>La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud determina dentro de sus actividades en los artículos 32 al 40 del Decreto 1011 de 2006: La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios. La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. Esto implica la definición de unos objetivos de calidad en pos de los determinantes de calidad establecidos por las organizaciones y la planificación del sistema con la ingerencia de la alta dirección. Es de anotar que el SOGC entiende que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención de Salud incluye el concepto de Auditoría Médica de que tratan los artículos 227 y 232 de la Ley 100 de 1993.</p>	<p>La alta dirección debe, a intervalos planificados, revisar el sistema de gestión de la calidad de la entidad, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continuas. La revisión debe realizarse por lo menos una vez al año, e incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluidos la política de la calidad y los objetivos de la calidad.</p>		

		Deben mantenerse registros de las revisiones efectuadas por la dirección (véase el numeral 4.2.4)
5.6.2		Información para Revisión
		La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir:
La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud determina dentro de sus actividades en los artículos 32 al 40 del Decreto 1011 de 2006: La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios. La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. Esto implica la definición de unos objetivos de calidad en pos de los determinantes de calidad establecidos por las organizaciones y la planificación del sistema con la ingerencia de la alta dirección. Es de anotar que el SOGC entiende que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención de Salud incluye el concepto de Auditoría Médica de que tratan los artículos 227 y 232 de la Ley 100 de 1993.	a)	Resultados de auditorías;
	b)	Retroalimentación del cliente;
	c)	Desempeño de los procesos y conformidad del producto y/o servicio;
	d)	Estado de las acciones correctivas y preventivas;

	e)	Acciones de seguimiento de revisiones previas efectuadas por la dirección;
	f)	Cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad;
	g)	Recomendaciones para la mejora; y
	h)	Riesgos actualizados e identificados para la entidad.
5.6.3	Resultados de la revisión	
	Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con:	
Se determinan procesos de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento. El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección e información, procesamiento y análisis de resultados, los cuales son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. (Resolución 1445 de 2006 Anexo Técnico número 1).	a)	La mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y sus procesos;
	b)	La mejora del producto y/o servicio en relación con los requisitos del cliente; y
	C)	Las necesidades de recursos
6.	GESTIÓN DE LOS RECURSOS	

6.1	PROVISIÓN DE RECURSOS	
	La entidad debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para:	
<p>El SUA, en el desarrollo e implementación de los estándares propende por el cumplimiento de acciones permanentes tales como:</p> <p>Direccionamiento que corresponde al trabajo que se ha de realizar la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobernabilidad de la organización. Gerencia: es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobernabilidad interna de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución. Recursos Humanos: se enfoca en la gestión del recurso humano desde su planeación hasta su proceso de mejoramiento continuo. Sistema e información: se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas frente a la información y su uso para las decisiones en cualquier nivel de la organización.</p>	a)	Implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad; y
<p>Ambiente físico: incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales. Cada uno de los estándares mencionados anteriormente cuenta con una particularidad en común. El Proceso de Mejoramiento continuo. Este proceso se encuentra reflejado en los últimos estándares, los cuales son comunes a todas las secciones de estándares e idénticos. Este proceso, que parte</p>	b)	Aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

desde su planeación misma, pasando por las labores de monitorización, identificación de prioridades y su puesta en marcha, con su correspondiente evaluación de resultados y comunicación de los mismos, hace parte integral del núcleo a donde quiere apuntar el Sistema Único de Acreditación, esto es, que la organización no se conforme con demostrar que cuenta con un proceso plasmado en documentos técnicos, sino que a partir de ese planteamiento inicial se desarrollen unos enfoques y se cuente con evidencia y soportes que permitan a la propia organización y al público en general constatar su compromiso con las labores de calidad. (Resolución 1445 Anexo Técnico 2).

6.2	TALENTO HUMANO	
6.2.1	Generalidades	
	Los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas que realicen trabajos que afecten la calidad del producto y/o servicio deben ser competentes con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.	
6.2.2	Competencia, toma de conciencia y formación	
	La entidad debe:	
Sistemas e información: se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas frente a la información y su uso para las decisiones en cualquier nivel de la organización. Ambiente físico: incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales. Cada uno de los estándares mencionados	a)	Determinar la competencia necesaria de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas o que realizan trabajos que afectan la calidad del producto y/o servicio;

<p>anteriormente cuenta con una particularidad en común: El proceso de Mejoramiento continuo. Este proceso se encuentra reflejado en los últimos estándares los cuales son comunes a todas las secciones de estándares e idénticos.</p>		
	b)	<p>Proporcionar formación o tomar otras acciones para satisfacer dichas necesidades.</p>
	c)	<p>Evaluar las acciones tomadas, en términos del impacto en la eficacia, eficiencia o efectividad del sistema de gestión de la calidad de la entidad.</p>
<p>Este proceso, que parte desde su planeación misma, pasando por las labores de monitorización, identificación de prioridades y su puesta en marcha, con su correspondiente evaluación de resultados y comunicación de los mismos, hace parte integral del núcleo a donde quiere apuntar el Sistema Único de Acreditación, esto es, que la organización no se conforme con demostrar que cuenta con un proceso plasmado en documentos técnicos, sino que a partir de ese planteamiento inicial se desarrollen unos enfoques y se cuente con evidencia y soportes que permitan a la propia organización y al público en general constatar su compromiso con las labores de calidad (Resolución 1445 Anexo Técnico 2).</p>	d)	<p>Asegurarse de que los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas son conscientes de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad; y</p>
	e)	<p>Mantener los registros apropiados de la educación, formación habilidades y experiencia de los servidores públicos y/o particulares que</p>

			ejercen funciones públicas. (Véase el numeral 4.2.4).
6.3		Infraestructura	
		La entidad debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio. La infraestructura incluye, cuando sea aplicable.	
Se presenta determinación específica de la infraestructura física con la que deben contar los prestadores de servicios de salud, así como lo pertinente a la infraestructura informativa requerida, como elemento fundamental para el desarrollo del SOGC. (Resolución 1043 de 2006 Anexo Técnico 1 y 2).	a)		Edificios, espacio de trabajo y servicios asociados;
		b)	Equipo para los procesos (tanto hardware como software); y
		c)	Servicios de apoyo (tales como transporte o comunicación).
La segunda sección de los estándares incluye aquellos procesos administrativos gerenciales que son críticos dentro de la organización para el apoyo de los procesos asistenciales. Esta sección se subdivide en cinco grandes grupos de estándares: -Direccionamiento: es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobernabilidad de la organización. -Gerencia: es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobernabilidad interna de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe	6.4	AMBIENTE DE TRABAJO	La entidad debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio

<p>desarrollar permanentemente la institución.</p> <p>-Recursos humanos: se enfoca en la gestión del recurso humano desde su planeación hasta su proceso de mejoramiento continuo.</p> <p>-Sistema de información: se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas frente a la información y su uso para las decisiones en cualquier nivel de la organización.</p> <p>-Ambiente físico: incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales. Cada una de las secciones de los estándares (tanto asistenciales como administrativos) cuenta con una sección común, el cual es el Proceso de Mejoramiento Continuo. Este proceso se encuentra reflejado en los últimos estándares, los cuales son comunes e idénticos en todas las secciones de estándares (Pag. 71 Anexo Técnico número 1 Resolución 1445 de 2006).</p>		
7.	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO [9]	
7.1	<p>La entidad debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto y/o la prestación del servicio. La planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad (véase el numeral 4.1). Durante la planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio, la entidad debe determinar, cuando sea apropiado, lo siguiente:</p>	

<p>El SUA determina como el principal de sus apartes dentro de los estándares la caracterización del proceso de atención al paciente es decir, la realización del producto (atención en salud), la sección de estos estándares del proceso de atención al paciente, en su forma general y los específicos para ciertos servicios, pretende señalar el camino lógico de la relación paciente-organización dentro e un proceso discreto de atención.</p>	<p>a)</p>	<p>Los objetivos de la calidad y los requisitos para el producto y/o servicio;</p>
<p>La atención en salud está desarrollada mediante una serie de pasos subsecuentes y complementarios que integran, de manera coordinada, los diferentes servicios, personas y elementos claves de la atención frente al paciente y su familia. Cuenta de igual forma con los manuales necesarios y se desarrollan de manera precisa procesos definidos. Se prevé y establece que los procesos y políticas están encaminados a la evaluación permanentemente por la entidad y los clientes para lo cual se cuenta con los estándares que permiten el desarrollo de esta verificación y evaluación.</p> <p>Los registros en materia de salud, no solo implican aquellos necesarios para la toma de decisiones administrativas, adicionalmente en la atención en salud, los registros se inician desde el egreso del paciente, de forma tal que indique los requerimientos futuros que permitan planear los cuidados del cliente en ese momento.</p>	<p>b)</p>	<p>La necesidad de establecer procesos, documentos y de proporcionar recursos específicos para el producto y/o servicio;</p>
	<p>c)</p>	<p>Las actividades requeridas</p>

		de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayo/prueba específicas para el producto y/o servicio, así como los criterios para la aceptación de este; y
El plan de egreso contiene información relacionada con cuidados, medicación, alimentación, uso de equipos médicos y rehabilitación si se requiere. Así mismo, información completa del tratamiento y resultados a la EPS y a la entidad o médico que lo refirió. Este proceso de atención se debe monitorear por medio de indicadores de desempeño, redundado esto en procesos de mejoramiento que son compartidos y seguidos permanentemente.	d)	Los registros que sean necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización del producto y/o prestación del servicio resultante cumplen los requisitos (véase el numeral 4.2.4).
		El formato de presentación de los resultados de esta planificación debe ser adecuado para la forma de operación de la entidad.
7.2		Procesos relacionados con el cliente.
7.21		Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio.
		La entidad debe determinar:
Los requisitos del servicio de salud que especifica el cliente son preponderantes dentro del SUA, cuando prevé lo pertinente a la atención al usuario y su incidencia e impacto frente a la obtención del resultado final. En el desarrollo de estimar las necesidades del usuario y su satisfacción. El SUA dentro de los estándares previstos señala en el Estándar III.6 que la EPS debe contar con un sistema de monitoreo de la satisfacción del Usuario, en los estándares IV. 2 b y 2F, hace referencia a la monitorización del contacto con el	a)	Los requisitos especificados por el cliente, incluidos los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a esta;

<p>Usuario y lo establece como prioritario, en el estándar IV 2.6 hace relación al mejoramiento de la calidad de la atención de salud estrechamente ligado a los requisitos del usuario entre muchos otros, todo contenido en la Resolución 1445 de 2006 en su Anexo Técnico número 1.</p>		
<p>El SUA, estima de manera clara el procedimiento y los estándares que permitan al usuario acceso a la información como se evidencia en los estándares I. 1, A, B, C, y D, de la Resolución 1445 de 2006 en su Anexo Técnico número 1.</p>	b)	<p>Los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto cuando sea conocido;</p>
<p>Los estándares del SAC, referentes al 1 Proceso de Registro y Afiliaciones se establece lo pertinente al lleno de requisitos legales y reglamentarios exigibles para acceder al SERVICIO. (Res. 1445 de 2006 Anexo Técnico número 1) ahora bien, con referencia al Servicio propiamente dicho, los requisitos mínimos exigibles están contenidos en el Manual Único de Acreditación Resolución 1043 de 2006 Anexo Técnico número 2.</p>	c)	<p>Los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto y/o servicio; y</p>
	d)	<p>Cualquier requisito adicional determinado por la entidad.</p>
7.2.2	<p>Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio [10]</p>	
	<p>La entidad debe revisar los requisitos relacionados con el producto y/o servicio. Esta revisión debe efectuarse antes de que la entidad se comprometa a proporcionar un producto y/o servicio al cliente, y debe asegurarse de que:</p>	
<p>Se encuentran definidos por la Resolución 1043 de 2006 y sus anexos técnicos. Y 2, los requisitos mínimos requeridos con los que se debe contar para poder prestar servicios de salud.</p>	a)	<p>Están definidos los requisitos del producto y/o servicio;</p>

El proceso de AUTOEVALUACIÓN CONTENIDO dentro del Anexo Técnico número 2 de la Resolución 1043 de 2006, dentro del MACROPROCESO DE HABILITACIÓN.	b)	Están resueltas las diferencias existentes entre los requisitos definidos y los expresados previamente, y
Se definen las capacidades mínimas exigibles para cumplir con los requisitos exigidos, inicialmente dentro del Macroproceso de Autoevaluación por parte del propio prestador para la presentación del Registro Especial de Prestadores y se verifica el cumplimiento de las condiciones para la Habilitación, posteriormente dicha capacidad por parte de las Entidades Territoriales como se contempla en el artículo 19 del Decreto 1011 de 2006.	c)	La entidad tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos.
	Deben mantenerse registros de las revisiones efectuadas por la dirección (véase el numeral 4.2.4).	
	Cuando se cambien los requisitos del producto y/o servicio, la entidad debe asegurarse de que la documentación pertinente sea modificada y de que los servidores públicos y/o particulares que ejerzan funciones públicas correspondientes sean conscientes de los requisitos modificados.	
7.2.3	Comunicación con el cliente	
	La entidad debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a:	
Los prestadores deben difundir a los Usuarios partiendo del proceso de Afiliación y Registro toda la información requerida, es así como dentro del SUA señala dentro de los estándares I.1 de la A, a la J, la importancia de la información y relación directa con el Usuario y sus mecanismos de participación, derechos y obligaciones.	a)	La información sobre el producto y/o servicio;

	b)	Las consultas, contratos o solicitudes, incluidas las modificaciones;
	c)	La retroalimentación del cliente, incluidas sus quejas, reclamos, percepciones y sugerencias; y
	d)	Mecanismos de participación ciudadana, según sea aplicable.
7.3	Diseño y desarrollo	
7.3.1	Planificación del Diseño y Desarrollo	
	La entidad debe planificar y controlar el diseño y desarrollo del producto y/o servicio.	
	Durante la planificación del diseño y desarrollo la entidad debe determinar:	
En materia de Servicios de Salud no se planea y diseña el producto, ni su resultado, a través del Decreto 1011 de 2006 y sus resoluciones reglamentarias, se crea el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad que propende por que el servicio de salud se ajusta a requisitos y estándares mínimos de calidad.	a)	Las etapas del diseño y desarrollo;
	b)	La revisión, verificación y validación, apropiadas para cada etapa del diseño y desarrollo, y
	c)	Las responsabilidades y autoridades para el diseño y desarrollo
	La entidad debe gestionar las interfaces entre los diferentes grupos involucrados en el diseño y desarrollo, para asegurarse de una comunicación eficaz y una asignación de responsabilidades clara.	
	Los resultados de la planificación deben actualizarse, según sea apropiado, a medida que progresa el diseño y desarrollo.	
7.3.2	Elementos de entrada para el diseño y desarrollo.	

		Deben determinarse los elementos de entrada relacionados con los requisitos del producto y/o servicio y mantenerse registrados (véase el numeral 4.2.4) Estos elementos de entrada deben incluir:
Los requisitos funcionales y de desempeño se ven contenidos en el Manual Único de Procedimientos de Habilitación Resolución 1043 de 2006. Anexo Técnico número 2, como reglamentaria del Decreto 1011 de 2006, que estima como condiciones para la habilitación las condiciones de: capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera, capacidad técnico administrativa. Artículos 7° al 9° del referido decreto.	a)	Los requisitos funcionales y de desempeño;
	b)	Los requisitos legales y reglamentarios aplicables;
	c)	La información proveniente de diseños previos similares, cuando sea aplicable; y
	d)	Cualquier otro requisito esencial para el diseño y desarrollo.
		Estos elementos deben revisarse para verificar su adecuación. Los requisitos deben estar completos, sin ambigüedades y no deben ser contradictorios.
7.3.3		Resultados del diseño y desarrollo.
		Los resultados del diseño y desarrollo deben proporcionarse de tal manera que permitan la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo, y deben aprobarse antes de su aceptación.
		Los resultados del diseño y desarrollo deben:
El SOGC en todo su contexto prevé la verificación del cumplimiento de los requisitos mínimos exigibles, cuenta con un sistema de Auditoría para el mejoramiento y de Información	a)	Cumplir los requisitos de los elementos de entrada para el diseño y desarrollo.

para la calidad, así mismo prevé los medios de Inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento y aplicación de sus propios componentes, es decir, bajo los estándares de su diseño y desarrollo Decreto 1011 de 2006 y sus resoluciones reglamentarias.		
	b)	Proporcionar información apropiada para la adquisición de bienes y servicios, la producción y la prestación del servicio;
	c)	Contener o hacer referencia a los criterios de aceptación del producto y/o servicio; y
	d)	Especificar las características del producto y/o servicio que son esenciales para el uso seguro y correcto.
7.3.4	Revisión del diseño y desarrollo	
	En las etapas adecuadas, deben realizarse revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo según lo planificado (véase el numeral 7.3.1), para:	
La evaluación de nuestro Sistema se contempla desde tres tópicos en desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los servicios de Salud: Autocontrol, Auditoría Interna y Auditoría Externa e igualmente prevé las acciones que se deben llevar a cabo: Preventivas, de seguimiento y coyunturales. Artículos 32, 33 y 34 del Decreto 1011 de 2006.	a)	Evaluar la capacidad de los resultados de diseño y desarrollo para cumplir los requisitos; e
	b)	Identificar cualquier problema y proponer las acciones necesarias.
	Los participantes en dichas revisiones deben incluir representantes de las funciones relacionadas con la (s) etapa (s) de diseño y desarrollo que se está(n) revisando. Deben mantenerse registros de los resultados de las	

	revisiones y de cualquier acción necesaria (véase el numeral 4.2.4).
7.3.5	Verificación del Diseño y desarrollo
	Se debe realizar la verificación, según lo planificado (véase el numeral 7.3.1), para asegurarse de que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo. Deben mantenerse registros de los resultados de la verificación y de cualquier acción que sea necesaria (véase el numeral 4.2.4).
7.3.6	Validación del diseño y desarrollo.
	Se debe realizar la validación del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado (véase el numeral 7.3.1), para asegurarse de que el producto y/o servicio resultante es capaz de satisfacer los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto, cuando sea conocido. Siempre que sea factible, la validación debe completarse antes de la entrega o implementación del producto y/o servicio. Deben mantenerse registros de los resultados de la validación y de cualquier acción que sea necesaria (véase el numeral 4.2.4).
7.3.7	Control de cambios del diseño y desarrollo
	Los cambios del diseño y desarrollo deben identificarse y deben mantenerse registros. Los cambios deben revisarse, verificarse y validarse, según sea apropiado, y aprobarse antes de su implementación. La revisión de los cambios del diseño y desarrollo deben incluir la evaluación del efecto de los cambios en las partes constitutivas y en el producto y/o servicio ya entregado. Deben mantenerse registros de los resultados e la revisión de los cambios y de cualquier acción que se necesaria (véase el numeral 4.2.4)
7.4	Adquisición de bienes y servicios
7.4.1	Proceso de Adquisición [11]
	La entidad debe asegurarse de que el producto y/o servicio adquirido cumple los requisitos especificados en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables. El tipo y alcance del control aplicado al proveedor y al producto y/o servicio adquirido

debe depender de su impacto sobre:		
En la contratación de servicios de Salud, según lo establece el artículo 26 del Decreto 1011 de 2006, los oferentes de los mismos deben contar con la respectiva habilitación, ahora bien con respecto a la adquisición de productos o servicios la Resolución 1043 de 2006 Anexo Técnico número 1, establece procedimientos para lo pertinente a la adquisición de medicamentos y otros insumos.	a)	La realización del producto y/o prestación del servicio; o
	b)	El producto y/o servicio final
		La entidad debe evaluar y seleccionar a los proveedores con base en una selección objetiva y en función de su capacidad para suministrar productos y/o servicios de acuerdo con los requisitos definidos previamente por la entidad. Deben establecerse los criterios para la selección, la evaluación y la reevaluación de los proveedores. Deben mantenerse los registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria derivada de estas (véase el numeral 4.2.4)
7.4.2		Información para la adquisición de bienes y servicios.
		La información descrita en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables del producto y/o servicio por adquirir, debe incluir cuando sea apropiado.
En la contratación de servicios de Salud según lo establece el artículo 26 del Decreto 1011 de 2006, los oferentes de los mismos deben contar con la respectiva habilitación, ahora bien con respecto a la adquisición de productos o servicios la Resolución 1043 de 2006 Anexo Técnico número 1, establece procedimientos para lo pertinente a la adquisición de medicamentos y	a)	Requisitos para la aprobación del producto y/o servicio, procedimientos, procesos y equipos;

<p>otros insumos. La resolución 1445 de 2006 Anexo Técnico número 1, en lo pertinente a la RED de servicios hace mención directa dentro de los estándares III. 1 al 10. El SUA, igualmente dentro de la Gestión tecnológica desarrolla parámetros para la adquisición de bienes y servicios en los numerales del 1 al 13 de la Resolución 1445 de 2006 Anexo Técnico número 1.</p>		
<p>La Resolución 1043 de 2006 en su Anexo Técnico número 1, determina de manera taxativa los requisitos mínimos previstos para la calificación de personal de las entidades que quieren habilitar o los a <sic> cumplir por las habilitadas para la prestación de servicios de salud en el Manual Único de Habilitación estándar de Recursos Humanos.</p>	<p>b)</p>	<p>Requisitos para la calificación del personal; y</p>
<p>Se contemplan dentro de la aplicación de lo previsto en el SOGC, es decir el cumplimiento del Decreto 1011 de 2006 y sus resoluciones reglamentarias.</p>	<p>c)</p>	<p>Requisitos del sistema de gestión de la calidad.</p>
	<p>La entidad debe asegurarse de la adecuación de los requisitos para la adquisición de bienes y servicios especificados, antes de comunicárselos al proveedor.</p>	
<p>7.4.3</p>	<p>Verificación de los productos y/o servicios adquiridos.</p>	
	<p>La entidad debe establecer e implementar la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto y/o servicio adquirido cumple con lo especificado en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables. Cuando la entidad o su cliente quieran llevar a cabo la verificación en las instalaciones del proveedor, la entidad debe establecer en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables las especificaciones para la verificación pretendida y el método para la aceptación del producto y/o servicio.</p>	

7.5	Producción y prestación del servicio.	
7.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio.	
	La entidad debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable	
Los servicios de salud si bien no se puede describir de manera precisa si está estructurado dentro de las guías y protocolos que hacen parte integral de la prestación del mismo y los cuales siempre deben según el SOGC, estar disponibles y lo que es más importante ser aplicados en pro de la obtención del resultado.	a)	La disponibilidad de información que describa las características del producto y/o servicio;
	b)	La disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario;
Los equipos mínimos y su disponibilidad son requisitos mínimos sin los cuales un Prestador no puede funcionar Decreto 1011 de 2006.	c)	El uso del equipo apropiado;
	d)	La disponibilidad y uso de dispositivos de seguimiento y medición;
Se cuenta con el proceso de monitorización permanente a lo largo del componente de mejoramiento de la calidad Resolución 1445 de 2006, Anexo Técnico número 1 y de Información Resolución 1446 de 2006 Anexo técnico.	e)	La implementación del seguimiento y de la medición;
	f)	La implementación de actividades de aceptación, entrega y posteriores a la entrega; y
El manejo de riesgo se desplaza dentro de caso <sic> la totalidad el contenido de la Resolución 1043 de 2006 y en el número 9 de la misma contempla un capítulo	g)	Los riesgos de mayor probabilidad.

especial de SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.		
7.5.2	Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio.	
	La entidad debe validar aquellos procesos de producción y de prestación del servicio donde los productos y/o servicios resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores. Esto incluye a cualquier proceso en el que las deficiencias se hagan aparentes únicamente después de que el producto esté en uso o se haya prestado el servicio. La validación debe demostrar la capacidad de estos procesos para alcanzar los resultados planificados.	
	La entidad debe establecer las disposiciones para estos procesos, incluidos, cuando sea aplicable:	
La validación es parte fundamental dentro del sistema, de hecho se desarrolla todo un compendio de estándares e indicadores que permiten determinar dentro del SOGC, los criterios de revisión, calificación de los componentes del mismo. Decreto 1011 de 2006 y sus resoluciones reglamentarias.	a)	Los criterios definidos para la revisión y aprobación de los procesos;
	b)	La aprobación de equipos y calificación de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas;
	c)	El uso de métodos y procedimientos específicos;
	d)	Los requisitos de los registros (véase el numeral 4.2.4); y
	e)	La revalidación.
7.5.3	Identificación y trazabilidad	
	Cuando sea apropiado, la entidad debe identificar el producto y/o servicio por medios adecuados, a través de toda la realización del producto y/o prestación del servicio. La entidad	

	debe identificar el estado del producto y/o servicio con respecto a los requisitos de seguimiento y medición. Cuando la trazabilidad sea un requisito, la entidad debe controlar y registrar la identificación única del producto y/o servicio (véase el numeral 4.2.4).
7.5.4	Propiedad del cliente
	La entidad debe cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo su control o los esté usando. La entidad debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto y/o servicio. Cualquier bien que sea propiedad del cliente que se pierda, deteriore o que de algún otro modo se considere inadecuado para su uso, debe ser registrado (véase el numeral 4.2.4) y su estado comunicado al cliente.
	La propiedad del cliente puede incluir la propiedad intelectual.
7.5.5	Preservación del producto o servicio.
	La entidad debe preservar la conformidad del producto y/o servicio durante el proceso interno y la entrega al destino previsto. Esta preservación debe incluir, según sea aplicable, la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección. La preservación debe aplicarse también a las partes constitutivas de un producto y/o servicio.
7.6	Control de los dispositivos de seguimiento y medición.
	La entidad debe determinar el seguimiento y la medición por realizar, y los dispositivos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto y/o servicio con los requisitos determinados (véase el numeral 7.2.1). La entidad debe establecer Procesos para asegurarse de que el seguimiento y medición pueden realizarse y de que se realizan de una manera coherente con los requisitos de seguimiento y medición.
	Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe [12]

<p>La calibración de los elementos hace parte del proceso de mantenimiento tanto de los recursos físicos como tecnológicos a llevar a cabo Resolución 1043 de 2006 Anexo Técnico número 1, el SUA dentro del Estándar de Ambiente físico desarrolla de igual forma el tema del mantenimiento de los recursos.</p>	<p>a)</p>	<p>Calibrarse o verificarse a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición nacionales o internacionales, cuando no existan tales patrones, debe registrarse la base utilizada para la calibración o la verificación.</p>
	<p>b)</p>	<p>Ajustarse o reajustarse según sea necesario;</p>
	<p>c)</p>	<p>Identificarse para poder determinar el estado de calibración;</p>
	<p>d)</p>	<p>Protegerse contra ajustes que pudieran invalidar el resultado de la medición;</p>
	<p>e)</p>	<p>Protegerse contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento.</p>
	<p>Además, la entidad debe evaluar y registrar la validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando se detecte que el equipo no está conforme con los requisitos. La entidad debe tomar las acciones apropiadas sobre el equipo y sobre cualquier producto y/o servicio afectado. Deben mantenerse registros de los resultados de la calibración y la verificación (véase el numeral 4.2.4). Deben confirmarse la capacidad de los programas informáticos para satisfacer su aplicación prevista cuando estos se utilicen en las actividades de seguimiento y medición de los requisitos especificados. Esto debe llevarse a cabo antes de iniciar su utilización y confirmarse nuevamente cuando sea necesario.</p>	
<p>8.</p>	<p>MEDICIÓN, ANALISIS Y MEJORA</p>	
<p>8.1</p>	<p>Generalidades</p>	

		La entidad debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarias para:
En materia de servicios de Salud no se habla de conformidad del producto, sino de evento adverso, tema contenido dentro de la Resolución 1446 de 2006 en su anexo técnico, en el capítulo de LINEAMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS.	a)	Demostrar la conformidad del producto y/o servicio;
	b)	Demostrar la conformidad del producto y/o servicio;
	c)	Mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad.
8.2	Seguimiento y medición	
8.2.1	Satisfacción al Cliente	
	Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la entidad debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad. Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información.	
8.2.2	Auditoría Interna	
	La entidad debe llevar a cabo, a intervalos planificados, auditorías internas para determinar si el sistema de gestión de la calidad.	
La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud determina dentro de sus actividades en los artículos 32 al 40 del Decreto 1011 de 2006. La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios. La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.	a)	Es conforme con las disposiciones planificadas (véase 7.1), con los requisitos de esta norma y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la entidad; y

<p>La permanencia y proyección en el tiempo de la auditoría interna es un elemento sin el cual no se podría cumplir con el SOGC, por tanto se contempla dentro del artículo 33 número 2 como una parte fundamental del Mejoramiento de la Calidad y la Resolución 1334 de 2006 en su Anexo Técnico número 1, desarrolla la misma en los <sic> numeral e) 15, 73, y 21; así mismo, la Resolución 1043 de 2006 en el Anexo Técnico número 2 se hace fundamental dentro del proceso de AUTOEVALUACIÓN.</p>	<p>b)</p>	<p>Se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva.</p>
	<p>Se debe planificar un programa de auditorías internas tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas por auditar, así como los resultados de auditorías previas. Se deben definir los criterios de la auditoría interna, su alcance, su frecuencia y metodología. La selección de los auditores y la realización de las auditorías internas deben asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría. Los auditores no deben auditar su propio trabajo. Deben definirse, en un procedimiento documentado, las responsabilidades y requisitos para la planificación y la realización de auditorías internas, para informar acerca de los resultados y para mantener los registros (véase el numeral 4.2.4). La dirección responsable del área que esté siendo auditada debe asegurarse de que se toman acciones sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas. Las actividades de seguimiento deben incluir la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación (véase el numeral 8.5.2).</p>	
	<p>Véase la norma NTC-ISO 19011, modo de orientación.</p>	
<p>8.2.3</p>	<p>Seguimiento y medición del Proceso.</p>	
	<p>La entidad debe aplicar un sistema de evaluación apropiado para el seguimiento y, cuando sea aplicable, para la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad. Este sistema debe demostrar la eficacia,</p>	

	<p>eficiencia y efectividad. Cuando no se alcancen los resultados planificados, deben llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente, para asegurarse de la conformidad del producto y/o servicio. El sistema de evaluación debe facilitar el seguimiento por parte de los clientes y las partes interesadas, y los resultados pertinentes deben estar disponibles y ser difundidos de manera permanente en las páginas electrónicas, cuando se cuente con ellas.</p>
8.2.4	Seguimiento y medición del producto o servicio.
	<p>La entidad debe medir y hacer un seguimiento de las características del producto y/o servicio, para verificar que se cumplen sus requisitos. Esto debe realizarse en las etapas apropiadas del proceso de realización del producto y/o prestación del servicio según las disposiciones planificadas (véase el numeral 7.1). Debe mantenerse evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación. Los registros deben indicar la (s) persona(s) que autoriza(n) la entrega prestación del servicio (véase el numeral 4.2.4). La aceptación del producto y la prestación del servicio no deben llevarse a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas (véase el numeral 7.1), a menos que sean aprobados de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando corresponda, por el cliente del producto y/o.</p>
8.3	Control del producto y/o servicio no conforme
	<p>La entidad debe asegurarse de que el producto y/o servicio que no sea conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencional. Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto y/o servicio no conforme deben estar definidos en un procedimiento documentado. La entidad debe tratar los productos y/o servicios no conformes mediante una o más de las siguientes maneras.</p>
<p>El control de la Calidad de la prestación del servicio es inherente a la misma, por ende su evaluación obligatoria, también hace obligatoria la toma de las acciones</p>	<p>a) La definición de acciones para eliminar la no conformidad detectada.</p>

prescritas en el artículo 34 del Decreto 1011 de 2006: Preventivas, de Seguimiento o coyunturales.		
	b)	La autorización de su uso, aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente, y cuando sea aplicable por el cliente;
	c)	La definición de acciones para impedir su uso o aplicación originalmente previsto.
	Conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluidas las concesiones que se hayan obtenido. Cuando se corrija un producto y/o servicio no conforme, debe someterse a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos. Cuando se detecte un producto y/o servicio no conforme después de la entrega o cuando ha comenzado su uso, la entidad debe tomar las acciones apropiadas respecto a los efectos, o efectos potenciales, de la no Conformidad.	
	Se deben mantener registros (véase el numeral 4.2.4) de la naturaleza de las no.	
8.4	Análisis de datos.	
	La entidad debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad. Esto debe incluir los Datos generados por el sistema de evaluación para el seguimiento y medición y los generados por cualesquiera otras fuentes pertinentes. El análisis de datos debe proporcionar información sobre:	
El manejo de la información en materia de salud es indispensable para determinar no solo la satisfacción del usuario, sino para proporcionarle a este los medios idóneos de selección de su prestador o asegurador.	a)	La satisfacción del cliente (véase el numeral 8.2.1).
Los prestadores deben difundir a	b)	La conformidad con los

<p>los Usuarios partiendo del Proceso de Afiliación y Registro toda la información requerida, es así como dentro del SUA señala dentro los estándares I. 1 de la A, a la J, la importancia de la información y relación directa con el Usuario y sus mecanismos de participación, derechos y obligaciones.</p>		<p>requisitos del producto y/o servicio (véase el numeral 7.2.1).</p>
	<p>c)</p>	<p>Las características y tendencias de los procesos y de los productos y/o servicios, incluidas las oportunidades para llevar a cabo acciones Preventivas; y</p>
	<p>d)</p>	<p>Los proveedores.</p>
<p>8.5</p>	<p>MEJORA</p>	
<p>8.5.1</p>	<p><u>Mejora continua</u></p>	
	<p>La entidad debe mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías internas, el análisis de datos, el sistema de evaluación para seguimiento y medición, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.</p>	
<p>8.5.2</p>	<p><u>Acción Correctiva</u></p>	
	<p>La entidad debe tomar acciones para eliminar la causa de no conformidades con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas. Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para</p>	
<p>La intencionalidad del mejoramiento continuo de la calidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud apunta más allá del desarrollo de acciones que cumplan en lo formal los requerimientos establecidos por los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud: el artículo 3° del Decreto 1011 del 3 de abril</p>	<p>a)</p>	<p>Revisar las no conformidades (incluidas las quejas y reclamos de los clientes);</p>

<p>de 2006 establece claramente que “las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, las cuales van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos, los cuales constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.</p>		
	b)	Determinar las causas de las no conformidades;
	c)	Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir;
	d)	Determinar e implementar las acciones necesarias;
	e)	Registrar los resultados de las acciones tomadas (véase el numeral 4.2.4); y
	f)	Revisar las acciones correctivas tomadas.
8.5.3	Acción preventiva	
<p>Dentro del Componente del Sistema Único de Habilitación se incluye el estándar de seguimiento, abordaje y prevención a riesgos se contempla el manejo de eventos adversos, de igual forma dentro de los estándares de acreditación se prevé el manejo de los eventos trazadores.</p>	a)	Determinar las no conformidades potenciales y sus causas;
<p>Los eventos adversos o trazadores tienen evaluación y seguimiento incluso de manera individual tal como se observa dentro del estándar de evaluación del tratamiento de la Resolución 1445 de 2006. Anexo Técnico número 1 Numeral 73, cuando referencia que la organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias</p>	b)	Evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades;

clínicas por pares para los casos de eventos adversos.		
Se tienen en cuenta las necesidades y el riesgo en la atención máxime si evidenciamos que dentro del proceso de atención definido en la Resolución 1445 de 2006 Anexo Técnico número 1, se estima que la institución debe contar con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos que sean producto de estos procesos de atención (Numeral 27 del proceso de planeación de la atención).	c)	Determinar e implementar las acciones necesarias;
Dentro de los estándares de Acreditación contenidos en la Resolución 1445 de 2006, Anexo Técnico número 1, numeral 4, 12 hace referencia al registro de eventos adversos que necesariamente coinciden con la toma de decisiones y en la evaluación de la calidad número 63. El sistema de Información debida un capítulo completo al LINEAMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS O TRAZADORES. Pags. 78 y ss Anexo Técnico Resolución 1446 de 2006.	d)	Registrar los resultados de las acciones tomadas (véase el numeral 4.2.4); y
	e)	Revisar las acciones preventivas tomadas.
NOTAS:		
[1] NOTA 1. Cuando aparezca el término “procedimiento documentado” dentro de esta Norma, significa que hay que establecer, documentar, implementar y mantener el procedimiento.		
[2] NOTA 2. La documentación puede estar en cualquier formato o tipo de medio.		
[3] NOTA 3. El conjunto de los documentos relacionados en los		

literales c) y d) conforman el “Manual de procesos y procedimientos”.	
[4] El Manual de calidad puede variar en cuanto a detalle y formato para adecuarse al tamaño y complejidad de cada entidad en particular.	
[5] Las entidades deben identificar e implementar las disposiciones legales que les sean aplicables sobre el control de los documentos (por ejemplo la Ley 594 de 2000).	
[6] Las entidades deben identificar e implementar las disposiciones legales que les sean aplicables sobre el control de los documentos (por ejemplo la Ley 594 de 2000).	
[7] NOTAS: La responsabilidad del representante de la dirección puede incluir relaciones con partes externas sobre asuntos relacionados con el sistema de gestión de la calidad.	
[8] NOTAS: La frecuencia de la revisión debería determinarse en función de las necesidades de la entidad; debería realizarse cuando la información de entrada para el proceso de revisión pueda proporcionar resultados que permitan determinar oportunamente la conveniencia, la adecuación, la eficacia, efectividad y eficiencia del sistema de gestión de la calidad.	
[9] NOTA 1 Un documento que especifica los procesos del sistema de gestión de la calidad (incluidos los procesos de realización del producto y/o prestación del servicio) y los recursos que deben aplicarse a un producto, servicio, proyecto o contrato específico, puede denominarse como un plan de la calidad.	

NOTA 2. La entidad también puede aplicar los requisitos citados en el numeral 7.3 para el desarrollo de los procesos de realización del producto o prestación del servicio.	
[10] NOTA: En algunas situaciones, tales como productos o servicios que se ofrecen por Internet, no resulta práctico efectuar una revisión formal de cada solicitud. En su lugar, la revisión puede cubrir la información pertinente del producto y/o servicio.	
[11] NOTAS: Selección objetiva se refiere a aquella selección en la cual la escogencia se hace al ofrecimiento más favorable a la entidad y a los fines que ella busca, sin tener en consideración factores de afecto o de interés, y en general, cualquier clase de motivación subjetiva.	
[12] NOTAS	<u>Véase la norma NTC-ISO-10012 a modo de orientación.</u>

CAPITULO III.

MARCO JURIDICO.

I. MARCO JURIDICO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN ATENCION EN SALUD.

1.1 Constitución Política de Colombia

“**Artículo 49.** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. (...)

“**Artículo 78.** La ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización.

Serán responsables, de acuerdo con la ley, quienes en la producción y en la comercialización de bienes y servicios, atenten contra la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento a consumidores y usuarios. El Estado garantizará la participación de las organizaciones de consumidores y usuarios en el estudio de las disposiciones que les conciernen. Para gozar de este derecho las organizaciones deben ser representativas y observar procedimientos democráticos internos. (...)

“**Artículo 366.** El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación.(...)”.

1.2 Ley [100](#) de 1993

La Ley [100](#) de 1993, en desarrollo de los preceptos constitucionales reglamenta lo referente a la gestión de calidad en materia de salud en los siguiente términos:

“**Artículo 153.** Fundamentos del Servicio Público. Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes: (...)

9. Calidad. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.(...)”.

“**Artículo 184.** De los incentivos para un mejor servicio. Con el fin de obtener calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud contemplados por la Ley, se aplicarán sistemas de incentivos a la oferta de servicios dirigidos al control de costos, al aumento de productividad y a la asignación de recursos utilizando criterios de costo-eficiencia. De la misma manera, se aplicarán sistemas de incentivos la demanda con el fin de racionalizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, ampliar el conocimiento y manejo del sistema de parte de los beneficiarios y promover un servicio de mayor calidad al usuario.(...)”.

“**Artículo 186.** Del Sistema de Acreditación. El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento. (...)

“**Artículo 198.** Información a los Usuarios. Las Instituciones Prestadoras de Salud deberán garantizar un adecuado sistema de información de sus servicios y atención a los usuarios,

mediante la implementación de una línea telefónica abierta con atención permanente 24 horas. (...)”.

“**Artículo 199.** Información de los Usuarios. El Ministerio de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario, pudiendo establecer medidas como tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con las patologías y necesidades de atención del paciente.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Salud solicitará la información que estime necesaria con el objeto de establecer sistemas homogéneos de registro y análisis que permitan periódicamente la evaluación de la calidad del servicio y la satisfacción del usuario. (...)”.

“**Artículo 227.** Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público. (...)”.

“**Artículo 232.** Obligaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. A las instituciones prestadoras del servicio de salud se les aplicarán las disposiciones contenidas en los artículos [225](#), [227](#) y [228](#) de que trata la presente Ley, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto. El Ministerio de Salud definirá los casos excepcionales en donde no se exigirá la revisoría fiscal. (...)”.

1.3 Ley [715](#) de 2001

“**Artículo 42.** Competencias en salud por parte de la Nación. Corresponde a la acción la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional y el ejercicio de las siguientes competencias, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:

42.10. Definir en el primer año de vigencia de la presente ley el Sistema Unico de Habilitación, el Sistema de Garantía de la Calidad y el Sistema Unico de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Promotoras de Salud y otras Instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

42.14. Definir, implantar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud. En ejercicio de esta facultad regulará la oferta pública y privada de servicios, estableciendo las normas para controlar su crecimiento, mecanismos para la libre elección de prestadores por parte de los usuarios y la garantía de la calidad; así como la promoción de la organización de redes de prestación de servicios de salud, entre otros. (...)”.

4.4 Decreto [1011](#) de 2006

El artículo [2o](#), define el sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la atención en salud de la siguiente manera:

“SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD DE ATENCION EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –SOGCS-. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los

servicios de salud en el país”.

Las resoluciones reglamentarias del Decreto [1011](#) de 2006, como son:

-- **Resolución [1043](#) de 2006**, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones y sus anexos técnicos 1 y 2.

-- **Resolución [1445](#) de 2006**, por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones y sus Anexos técnicos 1 y 2.

-- **Resolución [1446](#) de 2006**, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y su anexo técnico.

4.4 Ley [1122](#) de 2007

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, dentro de las cuales hace alusión directa al sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

“**Artículo [14](#)**. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud. (...)”.

“**Artículo [25](#)**. De la regulación en la prestación de servicios de salud. Con el fin de regular la prestación de los servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social definirá:

a) Los requisitos y el procedimiento para la habilitación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y condiciones del mercado. Toda nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud, habilitará en forma previa al inicio de actividades, ante el Ministerio de la Protección Social los servicios de salud que pretenda prestar. El Ministerio podrá delegar la habilitación en las entidades territoriales;

b) Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de los usuarios por parte de las EPS y de los entes territoriales, para evitar la distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo;

c) El diseño de un sistema de clasificación de IPS, con base en los indicadores, que provea el sistema obligatorio de garantía de calidad relacionado con el Sistema Tarifario, de manera que incentive a las IPS para ascender en su clasificación y optar por mejores tarifas;

d) Los mecanismos para que las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia, sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen

subsidiado.

PARÁGRAFO 1o. El usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta, podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en esta. El traslado voluntario de un usuario podrá hacerse a partir de un año de afiliado a esa EPS según reglamentación que para dichos efectos expida el Ministerio de la Protección Social. La Superintendencia Nacional de Salud podrá delegar en las entidades territoriales la autorización de estos traslados. La aseguradora que incurra en las causales mencionadas en el presente artículo será objeto de las sanciones establecidas en la Ley por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, salvo las limitaciones a la libre elección derivadas del porcentaje de obligatoria contratación con la red pública.

PARÁGRAFO 2o. Autorízase al Ministerio de la Protección Social para certificar, previo el lleno de los requisitos, a los municipios capitales de departamentos, que a la entrada en vigencia de la presente ley, no hayan sido certificados para el manejo autónomo de los recursos destinados a la salud.

PARÁGRAFO 3o. El servicio de salud a nivel territorial se prestará mediante la integración de redes, de acuerdo con la reglamentación existente”.

“**Artículo 37.** Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

1. Financiamiento. Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud.

2. Aseguramiento. Su objetivo es vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud.

3. Prestación de servicios de atención en salud pública. Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

4. Atención al usuario y participación social. Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.

5. Eje de acciones y medidas especiales. Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que

le otorgue a las Empresas Promotoras de Salud o Administradoras del Régimen Subsidiado, deberá decidir sobre su liquidación.

6. Información. Vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

7. Focalización de los subsidios en salud. Vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales”. (...).

II. MARCO JURIDICO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD PARA LA RAMA EJECUTIVA DEL PODER PUBLICO.

1.1 Constitución Política de Colombia

“**Artículo 78.** La ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización.

Serán responsables, de acuerdo con la ley, quienes en la producción y en la comercialización de bienes y servicios, atenten contra la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento a consumidores y usuarios.

El Estado garantizará la participación de las organizaciones de consumidores y usuarios en el estudio de las disposiciones que les conciernen.

Para gozar de este derecho las organizaciones deben ser representativas y observar procedimientos democráticos internos. (...).”

“**Artículo 83.** Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante estas. (...).”

“**Artículo 125.** Los empleos en los órganos y entidades del Estado son de carrera. Se exceptúan los de elección popular, los de libre nombramiento y remoción, los de trabajadores oficiales y los demás que determine la ley.

Los funcionarios, cuyo sistema de nombramiento no haya sido determinado por la Constitución o la ley, serán nombrados por concurso público.

El ingreso a los cargos de carrera y el ascenso en los mismos, se harán previo cumplimiento de los requisitos y condiciones que fije la ley para determinar los méritos y calidades de los aspirantes.

El retiro se hará: por calificación no satisfactoria en el desempeño del empleo; por violación del régimen disciplinario y por las demás causales previstas en la Constitución o la ley.

En ningún caso la filiación política de los ciudadanos podrá determinar su nombramiento para un empleo de carrera, su ascenso o remoción. (...).

“**Artículo 209.** La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones.

Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la ley.(...)”

“**Artículo 302.** La ley podrá establecer para uno o varios Departamentos diversas capacidades y competencias de gestión administrativa y fiscal distintas a las señaladas para ellos en la Constitución, en atención a la necesidad de mejorar la administración o la prestación de los servicios públicos de acuerdo con su población, recursos económicos y naturales y circunstancias sociales, culturales y ecológicas.

En desarrollo de lo anterior, la ley podrá delegar, a uno o varios Departamentos, atribuciones propias de los organismos o entidades públicas nacionales. (...)”.

1.2 Ley [872](#) de 2003

“**Artículo 1o.** CREACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD. Créase el Sistema de Gestión de la calidad de las entidades del Estado, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades. El sistema de gestión de la calidad adoptará en cada entidad un enfoque basado en los procesos que se surten al interior de ella y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios de sus funciones asignadas por el ordenamiento jurídico vigente”.

1.3 Decreto [4110](#) de 2004

“**Artículo 1o.** Adóptase la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, la cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos, entidades y agentes obligados conforme al artículo [2o](#) de la Ley 872 de 2003.

La Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 es parte integrante del presente decreto, de obligatoria aplicación y cumplimiento, con excepción de las notas que expresamente se identifican como de carácter informativo, las cuales se presentan a modo de orientación para la comprensión o clarificación del requisito correspondiente”.

1.4 Decreto [4295](#) de 2007

“**Artículo 1o. Norma Técnica de Calidad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.** Fijar como Norma Técnica de Calidad para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y definida a través del Decreto [1011](#) de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen.

PARÁGRAFO. El Ministerio de la Protección Social expedirá las guías aplicativas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y ajustará las normas técnicas en el marco de la Ley [872](#) de 2003”.

III. MARCO JURIDICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO MARCO LEGAL DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO COLOMBIANO.

1.1 Constitución Política de Colombia

“**Artículo 209.** La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones.

Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la ley”.

“**Artículo 269.** En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley, la cual podrá establecer excepciones y autorizar la contratación de dichos servicios con empresas privadas colombianas”.

1.2 Ley [87](#) de 1993

“**Artículo 1o. DEFINICION DEL CONTROL INTERNO.** Se entiende por control interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

El ejercicio del control interno debe consultar los principios de igualdad, moralidad, eficiencia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad y valoración de costos ambientales. En consecuencia, deberá concebirse y organizarse de tal manera que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de las funciones de todos los cargos existentes en la entidad, y en particular de las asignadas a aquellos que tengan responsabilidad del mando.

PARÁGRAFO. El control interno se expresará a través de las políticas aprobadas por los niveles de dirección y administración de las respectivas entidades y se cumplirá en toda la escala de la estructura administrativa, mediante la elaboración y aplicación de técnicas de dirección, verificación y evaluación de regulaciones administrativas, de manuales de funciones y procedimientos, de sistemas de información y de programas de selección, inducción y capacitación de personal”.

1.3 Decreto [2145](#) de 1999

“**Artículo 1o. DEFINICION DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTROL INTERNO.** Es el conjunto de instancias de articulación y participación, competencias y sistemas de control interno, adoptados en ejercicio de la función administrativa por los organismos y entidades del Estado en todos sus órdenes, que de manera armónica, dinámica, efectiva, flexible y suficiente, fortalecen el cumplimiento cabal y oportuno de las funciones del Estado”.

1.4 Directiva Presidencial 02 de 1994

(...) “EL CONCEPTO DE CONTROL INTERNO

El Control Interno ha tenido muy poco desarrollo en nuestro país. Hasta la expedición de la

Constitución del 91, casi se redujo a las labores de “control previo” ejercidas por la Contraloría y, eventualmente, por las oficinas de Auditoría Interna existentes, en ambos casos con muy poca participación real de la entidad. Esto dio pie a que el concepto de “control interno” se asimilara, por parte de muchos servidores públicos, a una actividad ajena a la institución, hecha por personas o entidades “independientes”, no sujetas a la autoridad organizacional y por tanto fuera de su ámbito de responsabilidad. Pero el concepto de control interno moderno se aparta de esta visión y no es propiamente una formalidad constitucional o legal, sino que debe concebirse más bien como un genuino instrumento de la labor gerencial.

Al eliminarse el control previo se relevaron dos hechos obvios, pero prácticamente olvidados en la administración pública colombiana:

a) La responsabilidad por las actuaciones administrativas recae en el Gerente Público y sus funcionarios delegados, por lo cual es indispensable establecer un sistema que les permita tener una seguridad razonable de que sus actuaciones administrativas se ajustan en un todo a la ley; y

b) Desde el punto de vista del cumplimiento del objeto social y las funciones asignadas a las entidades, el control interno es una parte indisoluble e indelegable de la responsabilidad gerencial, ya que esta no termina con la formulación de objetivos y metas, sino con la verificación de que unos y otras se han cumplido.

En desarrollo de estos conceptos derivados de los preceptos constitucionales, la Ley 87 de 1993, en su artículo [10](#), definió el control interno así:

“Se entiende por control interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, (...).

1.5 Directiva Presidencial 01 de 1997

(...)

“CONCLUSIONES

Entendido el Control Interno como un instrumento eficaz, para la gerencia moderna, estoy seguro que los lineamientos contenidos en esta directiva, ayudarán al desarrollo de la gerencia pública, para lograr una verdadera transformación del país, acorde con el Estatuto Anticorrupción, el Plan Transparencia, y demás campañas en que está comprometido mi Gobierno en la búsqueda de la eficiencia, efectividad, economía y moralización de la administración pública. (...).

1.6 Circular 02 del 29 de marzo de 2004

(...)

Informe de seguimiento al gasto de funcionamiento en el marco del fortalecimiento de la lucha contra la corrupción.

“Teniendo en cuenta que el Sistema de Control Interno como herramienta de gestión debe integrar de manera armónica, dinámica y efectiva, el correcto funcionamiento interno de las instituciones públicas y que las Oficinas de Control Interno son las responsables de su evaluación y seguimiento (...).”

CAPITULO IV.

COMPILACION DE DEFINICIONES DE ACUERDO.

A Lo Regulado Por El Decreto [1011](#) De 2006

I. DEFINICIONES. [1]

1.1 ATENCION DE SALUD. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

1.2 AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

1.3 CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

1.4 CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLOGICA Y CIENTIFICA. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

1.5 EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS, EAPB. Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

1.6 PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

1.7 INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD. Son aquellos grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

1.8 PROFESIONAL INDEPENDIENTE. Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley [30](#) de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

1.9 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD DE ATENCION EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, SOGCS. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

1.10 UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACION EN SALUD. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

II. DEFINICION DE LAS CARACTERISTICAS DEL SOGC. [2]

2.1 ACCESIBILIDAD: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

2.3 SEGURIDAD: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

2.4 PERTINENCIA: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

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

III. DEFINICION DE LOS COMPONENTES DE L SOGC.

3.1 EL SISTEMA UNICO DE HABILITACION[3]. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

3.2 AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD[4]. Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el sistema Unico de Habilitación.

AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD[5]. Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Unico de Habilitación.

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.

2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.

3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

PARÁGRAFO. Para todos los efectos de este decreto debe entenderse que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoría Médica a que se refiere el artículo [227](#) de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

3.3 EL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION[6]. Es el conjunto de entidades, Estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

IV. EL SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD.[7] El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un “Sistema de Información para la Calidad” con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1.1 CONDICIONES PARA LA HABILITACION

4.2 CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLOGICA Y CIENTIFICA[8]. Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Unico de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

4.3 SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA[9]. Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

4.4 CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNICO-ADMINISTRATIVA[10]. Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.

2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

4.5 REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES[11]. Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de la

Protección Social.

4.6 INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES. FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD[12]. Los Prestadores de Servicios de Salud presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las Entidades Departamentales y Distritales de Salud correspondientes para efectos de su inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación contempladas en el presente decreto. El Ministerio de la Protección Social establecerá las características del formulario.

4.7 DEFINICIÓN DE LOS NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD. – NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD[13]. En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

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

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

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

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

V. TIPOS DE ACCIONES DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD. [14]

5.1 ACCIONES PREVENTIVAS. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

5.2 ACCIONES DE SEGUIMIENTO. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, **sobre procesos prioritarios definidos por la entidad**, que deben realizar las personas y la organización, **en forma previa a la atención de los usuarios**, para garantizar su calidad.

5.3 ACCIONES COYUNTURALES. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y

facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia VI. DEFINICION DE LOS PRINCIPIOS DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION[15]

6.1 Confidencialidad. La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.

6.2 Eficiencia. Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Unico de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

6.3 Gradualidad. El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Unico de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

GLOSARIO CONTROL INTERNO

1. ACTIVIDAD: Agrupación de Tareas que hace parte de un Proceso.

2. ADMINISTRACION DEL RIESGO: definición de estrategias que a partir de los recursos (físicos, humanos y financieros) busca, en el corto plazo minimizar las pérdidas ocasionadas por la ocurrencia de dichos riesgos y, en el largo plazo, cumplir con la misión y visión asignada.

3. AMBIENTE: Entorno, contexto.

4. AUDITORIA INTERNA: actividad de evaluación independiente dentro de una organización, destinada a la revisión de las operaciones administrativas y financieras de una Entidad, de las políticas, planes y procedimientos que utiliza, de los controles establecidos en ella y del sistema de información vigente, con el propósito de asesorar y efectuar recomendaciones a la alta dirección para el fortalecimiento de la gestión.

5. AUTOCONTROL: actitud del funcionario público para asumir el control de sus funciones. Capacidad de controlarse uno mismo.

Es la capacidad que ostenta cada servidor público para controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política.

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

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

8. COMPETENCIA: 1. Pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto

determinado. 2. Capacidad legal para hacer algo.

9. COMPONENTE: Agrupación de elementos que hace parte de un subsistema.

10. CONFLICTO: Choque o situación de oposición entre personas o grupos.

11. CONTROL DE CALIDAD: grado de satisfacción de la comunidad por los bienes y servicios que se les prestan.

12. CONTROL DE GESTION: es el examen de la eficiencia y eficacia en las entidades de la administración de los recursos públicos, determinada mediante la evaluación de sus procesos administrativos, la utilización de indicadores de rentabilidad pública y desempeño, y la identificación de la distribución del excedente que estas producen, así como de los beneficiarios de sus actividades (artículo [12](#) Ley 42/93).

13. CONTROL DE RESULTADOS: es el examen que se realiza para establecer en qué medida los sujetos de la vigilancia logran sus objetivos y cumplen los planes, programas y proyectos adoptados por la administración, en un período determinado (artículo [13](#) Ley 42/93).

14. CONTROL INTERNO: se entiende por Control Interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos (artículo [10](#) Ley 87 de 1993).

15. CONTROL POSTERIOR: evaluar los resultados, cumplimiento de objetivos, eficiencia, eficacia, economía, equidad, razonabilidad de estados e informes y efectividad del Control Interno.

16. CONTROL PREVIO: examen anticipado a la ejecución de las operaciones, actos o documentos que las originan o respaldan, para comprobar el cumplimiento de las normas, leyes, reglamentaciones y procedimientos establecidos.

17. CONTROL: Actividad de monitorear los resultados de una acción y tomar medidas para hacer correcciones inmediatas y medidas preventivas para evitar eventos indeseables en el futuro.

18. CONTROLES: medidas encaminadas a evitar la materialización de amenazas.

19. EFECTIVIDAD: concepto que involucra la eficiencia y la eficacia, consistente en alcanzar los resultados programados a través de un uso óptimo de los recursos involucrados.

20. EFICACIA: Cambio logrado en la situación de la comunidad como resultado del producto de un proceso, en relación con las metas y los objetivos de la entidad. Relación entre el valor agregado de un producto y su costo. Se presenta en el producto y su impacto o sea a la salida del proceso. Grado de optimización en que una persona, organización, programa, proyecto, actividad o función logra los objetivos previstos en sus políticas, las metas operativas establecidas y otros logros esperados. Se refiere a hacer lo necesario para obtener el resultado deseado, con el mínimo esfuerzo.

21. EFICIENCIA: Relación entre el costo de los recursos utilizados en un proceso y el valor del

producto obtenido. Se presenta dentro del proceso. Se refiere al logro de un objetivo al menor costo unitario posible. Examen de los costos con que las entidades públicas encargadas de la producción de bienes y la prestación de servicios alcanzan sus objetivos y resultados.

22. **EL CONTROL PENAL:** lo ejerce la Fiscalía General de la Nación cuando tiene conocimiento de algún hecho ilícito; le corresponde iniciar las investigaciones correspondientes cuando un funcionario público incurre en la comisión de un delito, con excepción de los delitos cometidos por los miembros de la Fuerza Pública derivados del ejercicio de la función militar o policial que le es propia. Dentro de la institución esta es desarrollada por la Justicia Penal Militar.

23. **ELEMENTO:** Agrupación de factores que hace parte de un componente.

24. **ENTORNO:** Ambiente, contexto. Lo que rodea; territorio o conjunto de lugares que rodean a otro.

25. **ESTRATEGIA:** Esquema específico de utilización de los recursos con miras a alcanzar objetivos a largo plazo.

26. **EVALUACION DE RIESGOS:** Factor del elemento Valoración del Riesgo que muestra el procedimiento para definir cuándo puede aceptarse o no el riesgo, de acuerdo con su frecuencia e impacto.

27. **EVENTO:** Suceso; particularmente suceso posible.

28. **FACTOR CRITICO DE EXITO:** Variable o aspecto clave de un proceso o proyecto de cuyo resultado depende el éxito o el logro de los objetivos del proceso o proyecto.

29. **FACTOR:** En el componente Administración de Riesgos: algo que contribuye, conjuntamente con otros elementos, a que se produzca un efecto determinado.

30. **FUNCIONARIO:** Servidor Público.

31. **FUNDAMENTOS:** Bases sobre las cuales descansa o se soporta el Sistema de Control Interno.

32. **GESTION:** proceso que desarrolla actividades productivas con el fin de generar rendimientos de los factores que en él intervienen. Diligencia que conduce al logro de un negocio o satisfacción de un deseo.

33. **IMPACTO:** Cambio logrado en la situación de la comunidad como resultado del producto de un proceso. Es el nivel más elevado o la finalidad última del proceso y donde se genera la totalidad de los beneficios previstos. Es equivalente a Valor Agregado. En el elemento Valoración de Riesgos, es la magnitud del deterioro en la situación de la entidad, como resultado de la materialización de un riesgo. El impacto corresponde a la medición de los efectos en términos financieros, ambientales, magnitud de la interrupción operacional o de las desviaciones en el logro de objetivos y metas.

34. **INCENTIVOS:** Estímulo que se ofrece a una persona, grupo o sector de la economía con el fin de elevar la producción y mejorar los rendimientos

35. **INDECLINABLES:** Que no se pueden rehusar o dejar de aceptar.

36. INSUMOS: Entradas del proceso, necesarias para la elaboración un producto.
37. INTEGRIDAD: Cualidad de la persona que cumple con rectitud los deberes de su cargo o posición.
38. INTERACCION: Acción que se ejerce recíprocamente entre dos o más grupos, personas u otros agentes.
39. Interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada por la Constitución, la Ley y sus Reglamentos.
40. MACROPROCESO: Agrupación de procesos de una organización.
41. MATRIZ: Conjunto de cantidades dispuestas ordenadamente en filas y columnas formando un cuadrado o un rectángulo, de modo que la posición de cada elemento en la matriz define las operaciones que hay que realizar con él en el problema que se trata.
42. MECANISMO: Manera de producirse una actividad, una función o un fenómeno.
43. MEDICION DE GESTION: Conjunto de instrumentos que permiten monitorear en forma continua, las variables que son claves críticas para el logro de los objetivos de una entidad.
44. META: Resultado que se pretende alcanzar en un plazo determinado para avanzar hacia el cumplimiento de un objetivo. Su medición debe hacerse en términos de tiempo, cantidad y, si es posible, calidad.
45. METODO: Modo estructurado y ordenado de obtener un resultado, descubrir la verdad y sistematizar los conocimientos.
46. METODOLOGIA: Manera sistemática de hacer cierta cosa.
47. MITIGAR: Moderar, aplacar.
48. NORMAS: Regla de obligado cumplimiento. Regla sobre la manera como se debe hacer o está establecido que se haga cierta cosa.
49. OBJETIVO: Enunciado de un estado deseado hacia el cual está dirigido un proyecto, programa o plan. Se debe formular en términos de mejora de la situación de una población. El objetivo determina la orientación que se le debe dar a las tareas, actividades y procesos para cumplir con los propósitos de la entidad y del Estado.
50. ORGANISMO DE CONTROL: son entidades que por facultad legal ejecutan actividades de control sobre otros organismos del Estado o sobre los particulares que manejan recursos de este. Los objetivos básicos y el alcance de dichas actividades son específicamente definidos por la ley y por la misma Constitución para cada uno de dichos organismos.
51. PLAN: Proyecto, programa de las cosas que se van a hacer y de cómo hacerlas.
52. POLITICAS: Principios que sirven de guía y dirigen los esfuerzos de una organización para alcanzar sus objetivos.
53. PRINCIPIOS: Normas o ideas fundamentales que rigen la conducta de los Servidores Públicos.

54. **PROCEDIMIENTO:** Método o sistema estructurado para ejecutar algunas cosas. Acto o serie de actos u operaciones con que se hace una cosa.

55. **PROCESO:** Conjunto de actividades que realiza una organización, mediante la transformación de unos insumos, para crear, producir y entregar sus productos, de tal manera que satisfagan las necesidades de sus clientes.

56. **PRODUCTO:** Resultado concreto que genera un proceso para alcanzar su objetivo más inmediato. Puede ser un bien, un servicio, cambios en calidad, cambios de eficiencia, etc.

57. **PUNTOS DE CONTROL:** se refiere a la identificación específica de acciones de control en un proceso determinado. Son actividades típicas de control inmersas en los procedimientos, las cuales tienen un responsable de su ejecución en el desarrollo normal de las operaciones.

58. **QUEJA:** Expresión de insatisfacción con la conducta o la acción de los servidores públicos o de los particulares que llevan a cabo una función estatal.

59. **RECLAMO:** Es la expresión de insatisfacción referida a la prestación de un servicio o la deficiente atención de una autoridad pública.

60. **RECURRENTE:** Que vuelve a ocurrir o a aparecer, especialmente después de un intervalo. Dicho de un proceso: que se repite **RELEVANTE:** Importante, significativo; notable o sobresaliente.

61. **RIESGO:** 1. Evento capaz de poner en peligro el cumplimiento de los objetivos de la Entidad Pública con eficiencia, eficacia y calidad. 2. La posibilidad de que ocurra dicho evento.

62. **SERVICIOS PUBLICOS:** Medio por el cual el Estado cumple los fines esenciales de servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes constitucionales.

63. **UNIDAD U OFICINA DE CONTROL INTERNO:** es uno de los componentes del Sistema de Control Interno, de nivel gerencial o directivo, encargado de medir y evaluar en forma independiente la eficiencia, eficacia y economía del Sistema de Control Interno.

64. **VALOR AGREGADO:** Mejoras en las condiciones de la comunidad que resultan del proceso. Es equivalente a Impacto.

65. **VALORACION DE RIESGOS:** Es un Elemento del Componente Administración de Riesgos que comprende el conjunto de acciones por las cuales se estima la magnitud de los riesgos (frecuencia e impacto), y se evalúan para determinar si pueden aceptarse o no.

BIBLIOGRAFIA

[1] INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARIZATION. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. ISO, Ginebra, 2000. 23 pp. (ISO 9001:2000).

[2] Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario. ISO, Ginebra, 2000. 29 pp. (ISO 9000: 2000).

[3] Sistemas de gestión de la calidad. Recomendaciones para la mejora del desempeño. Ginebra, 2000. 56 pp. (NTCGP-ISO 9004:2000).

[4] Directrices para la auditoría de los sistemas de la calidad y/o ambiente. Ginebra, 2002. 31 (NTCGP-ISO 19011:2002).

[5] Presidencia de la República de Colombia. Normas técnicas de eficiencia y Transparencia. Programa presidencial de lucha contra la corrupción. Bogotá, Presidencia de la República, 2002.

1. Artículo 2o Decreto 1011 de 2008.
2. Artículo 3o Decreto 1011 de 2006.
3. Artículo 6o Decreto 1011 de 2006.
4. Artículo 32 Decreto 1011 de 2006.
5. Artículo 32 Decreto 1011 de 2006.
6. Artículo 41 Decreto 1011 de 2006.
7. Artículo 45 Decreto 1011 de 2006.
8. Artículo 7o Decreto 1011 de 2006.
9. Artículo 8o Decreto 1011 de 2006.
10. Artículo 9o Decreto 1011 de 2006.
11. Artículo 10 Decreto 1011 de 2006.
12. Artículo 11 Decreto 1011 de 2006.
13. Artículo 33 Decreto 1011 de 2006.
14. Artículo 34 Decreto 1011 de 2006.
15. Artículo 42 Decreto 1011 de 2006



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.

Normograma del Ministerio de Relaciones Exteriores

ISSN 2256-1633

Última actualización: 31 de marzo de 2018



CANCELLERÍA



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN