

**Plan de mejoramiento en habilitación de servicios para la Clínica del
Trabajador S.A.S, según resolución 3100 de 2019**



Mateo Alejandro Cely Arias, Erika Yohana Molano Becerra

Universidad Antonio Nariño.

Tunja-Boyacá

Noviembre 2022

**Plan de mejoramiento en habilitación de servicios para la Clínica del
Trabajador S.A.S, según resolución 3100 de 2019**

Mateo Alejandro Cely Arias, Erika Yohana Molano Becerra

Noviembre de 2022

Universidad Antonio Nariño

Tunja, Boyacá.

Mateo Alejandro Cely Arias, Facultad de Ingeniería Industrial,
Universidad Antonio Nariño, Tunja.

Erika Yohana Molano Becerra, Facultad de Ingeniería Industrial,
Universidad Antonio Nariño, Tunja.

Nota de Aceptación

Nombre y firma jurado 1

Nombre y firma jurado 2

Nombre y firma presidente

Nombre y firma secretario

Dedicatoria

La presente tesis es dedica a todos aquellas personas que directa o indirectamente nos apoyaron para la realización de este documento, especialmente a las personas que nos permitirían sentar las bases teóricas, a nuestros padres, nuestros compañeros y a la Clínica del Trabajador por el apoyo brindado esperando que les sea útil para seguir siendo una mejor institución.

Agradecimientos

Agradecemos a todos los docentes de la Universidad Antonio Nariño, en especial a la ingeniera. Sandra Hernández por su guía y apoyo en la construcción de cada capítulo, Ingeniero Rafael Sora por brindar aclaración en diversos temas, al Doctor. Carlos Palacio, por la asesoría desde la etapas inicial en seminario de investigación hasta el apoyo en las últimas etapas del presente documento, nuestros padres por estar siempre presente en nuestra formación, a la Ingeniera Ana Elizabeth Cely por brindar las bases de conocimiento sobre la norma y la calidad en salud, la Doctora Martha Patricia Saavedra por el apoyo para cumplir este logro y al gerente de la Clínica del Trabajador S.A.S, Ingeniero Andrés Hortua Gómez por tener siempre tener las puertas abiertas para nosotros, brindarnos el espacio, tiempo y la información necesaria para construir esta tesis.

Resumen

Los sistemas únicos de habilitación regidos por la Resolución 3100 de 2019 en concordancia con lo estipulado en el decreto 1011 de 2006, los cuales establecen el sistema único de habilitación (SUH) y las condiciones mínimas de calidad para la atención en salud en las instituciones públicas y privadas de Colombia, es el paso inicial para llegar a los sistemas de Acreditación de Calidad. La presente investigación tuvo como propósito realizar un plan de mejoramiento que ayude en el cumplimiento de los criterios establecidos en la Resolución 3100 de 2019 y aplicados a la *Clinica del Trabajador S.A.S* ubicada en la ciudad de Bogotá. Donde se realizó una investigación inicial de la norma y los criterios que le eran aplicados a la institución prestadora de salud (IPS), esto con el fin de ser evaluados y obtener un diagnóstico inicial de la situación en la que se encontraba la IPS con respecto al cumplimiento del mencionado sistema, diseñando un plan de mejora para subsanar las no conformidades halladas y crear una herramienta que permitiera el control en base al Balanced Scorecard. Concluyendo de esta manera que la mejor forma de cumplir con la normatividad mencionada era aplicar el plan de mejoramiento y controlarlo por medio del Balanced Scorecard pues este sistema alienta y mide mediante KIP's si las estrategias que se toman y ayudan en el cumplimiento normativo.

Palabras Clave: Criterios, Estándar, normatividad, Habilitación, Calidad, Balanced Scorecard.

Abstract

The unique habilitation systems governed by Resolution 3100 of 2019 in accordance with the stipulations of Decree 1011 of 2006, which establishes the unique habilitation system (SUH) and the minimum quality conditions for health care in public and private institutions in Colombia, is the initial step to reach the Quality Accreditation systems. The purpose of this research was to carry out an improvement plan that helps in the fulfillment of the criteria established in Resolution 3100 of 2019 and applied to the *Clínica del Trabajador S.A.S* located in the city of Bogotá. Where an initial investigation of the standard and the criteria that were applied to the health provider institution (IPS) was conducted, this in order to be evaluated and obtain an initial diagnosis of the situation in which the IPS was found with respect to compliance with the aforementioned system, designing an improvement plan to remedy the nonconformities found and create a tool that would allow control based on the Balanced Scorecard. Concluding in this way that the best way to comply with the mentioned regulations was to apply the improvement plan and control it through the Balanced Scorecard, since this system aligns and measures by means of KIP's if the strategies that are taken and help in the regulatory compliance.

Key words: Criterion, Standard, normativity, Qualification, Quality, Balanced Scorecard..

Tabla de contenido

Introducción.....	11
Línea de Investigación.....	2
Planteamiento del problema.....	3
Descripción del Problema.....	5
Formulación del problema.....	6
Justificación.....	7
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos.....	8
Marco Referencial.....	9
Antecedentes Investigativos.....	9
Antecedentes Nacionales.....	10
Antecedentes Regionales.....	14
Marco Teórico.....	18
¿Qué es la Calidad?.....	18
Calidad en Salud.....	18
Sistemas de Gestión de Calidad en Salud.....	18
Sistemas de Gestión Obligatorios de Calidad en Salud (SGOCS).....	20
Sistema Único de Habilitación (SUH).....	21
Resolución 3100 de 2019.....	23
<i>Balance Score Card</i>	24
Marco Conceptual.....	25
Marco Jurídico.....	27
Diseño Metodológico.....	31
Enfoques de Investigación.....	31
Marco Metodológico.....	32
Descriptivos:.....	32
Método de Investigación.....	33
Diseño Metodológico.....	33
Objetivo Especifico 1: Diagnosticar la situación actual de la <i>Clinica del Trabajador S.A.S</i> , para identificar los estándares de habilitación que se cumplen y que no se cumplen en base la resolución 3100 de 2019.....	33
Objetivo Especifico 2: Realizar el plan de mejoramiento para el cumplimiento de los requisitos establecidos en la resolución 3100 de 2019.....	34
Objetivo Especifico 3: Establecer un <i>Balanced Scorecard</i> como herramienta de control y seguimiento para el cumplimiento de el plan de mejoramiento.....	34
Recolección y Análisis de Datos.....	35
Fases y Actividades Metodológicas.....	36
Desarrollo del Proyecto.....	37
Objetivo 1: Diagnosticó de la situación actual de la <i>Clinica del Trabajador S.A.S</i> , para identificar los estándares de habilitación que se cumplen y que no se cumplen en base la resolución 3100 de 2019.....	37
Objetivo 2: Plan de Mejoramiento para el cumplimiento de los requisitos establecidos en la resolución 3100 de 2019.....	45

Objetivo 3: Elaboración del Cuadro de Mando Integral para el control y seguimiento del Plan de Mejoramiento.	49
<i>Visión:</i>	50
Objetivos Estratégicos:	50
Diagnóstico:	50
Mapa estratégico.	56
<i>Matriz de alineación de KPI con estrategias.</i>	59
Tabla de Control de Indicadores	67
Cuadro de mando integral.	69
Conclusiones.	74
Recomendaciones	76
Anexos	78
Lista de Resultados de no conformidades encontradas en el diagnóstico de la norma.....	81
Estándar de Dotación.	81
Estándar de Historias Clínicas	82
Estándar de Infraestructura.	83
Estándar de Medicamentos, dispositivos médicos e insumos.....	84
Estándar de procesos prioritarios.	85
Estándar de Talento Humano.....	87
Referencias.....	96

Listado de Figuras

Figura 1. Proceso de Habilitación IPS (Ministerio de Protección Social).....	22
Figura 4. Criterios Cumplidos y No cumplidos por grupos según resolución 3100 de 2019 ..	41
Figura 5. Porcentaje de Cumplimiento de la norma.	42
Figura 6. Diagrama de araña por estándar.	43
Figura 7 Mapa Estratégico.	58
Figura 8 Ejemplo de la representación grafica de los resultados del indicador.....	68
Figura 9 <i>Resultados Gráficos del Indicador</i>	68
Figura 10 Análisis de resultados de indicador	69
Figura 11 Tabla de medición de cumplimiento de objetivo estrategico	70
Figura 12 Ilustración de la agrupación de perspectiva financiera.....	72
Figura 13 ilustración del Cuadro de Mando Integral.....	73

Listado de Tablas

Tabla 1 Parámetros del contenido de la lista de chequeo.	40
Tabla 2 Matriz DOFA financiera.....	51
Tabla 3 Matriz DOFA Clientes.....	52
Tabla 4 Matriz DOFA procesos Internos.....	54
Tabla 5 Matriz DOFA Formación.....	55
Tabla 6 Matriz de alineación KPI's con objetivos estratégicos.....	60
Tabla 7 <i>Tablas de coordenadas para el grafico de flecha</i>	71

Listado de Anexos.

Anexo 1 Lista de Chequeo de la Resolución 3100 de 2019 diseñada para ser aplicada a la Clínica del Trabajador S.A.S.	78
Anexo 2 Tabla de AMEF.....	80
Anexo 3 Lista de Resultados de no conformidades encontradas en el diagnóstico de la norma.	81
Anexo 4 Ficha de hoja de vida de indicador.....	90
Anexo 5. Matriz de Cuadro de Mando integral.	91
Anexo 6 Plan de Mejoramiento de los Estándares de Habilitación.....	94
Anexo 7 Estados Financieros Clínica del Trabajador.....	95

Introducción.

Con el fin de mejorar la calidad en salud en Colombia, el ministerio de salud ha creado un grupo de requisitos, normas de calidad y procesos legales llamados Sistemas Obligatorios de Garantía de Calidad (SOGCS) (Minsalud, 2019). Estos componen una serie de exigencias normativas que, buscan mejorar la atención de salud, garantizando que las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) , cuenten como mínimo de una capacidad humana, tecnológica, científica, profesional, técnica financiera y patrimonial; que garanticen condiciones mínimas de calidad.

A estas condiciones básicas se les conoce como los Sistemas Únicos de Habilitación (SUH), que son regidos por la Resolución 3100 de 2019. En Colombia todas las IPS deben asegurar el mantenimiento de este sistema, ya que es la base del cumplimiento de los Sistemas Obligatorios de Garantía de la Atención de Salud, siendo estos de gran importancia para satisfacer las necesidades del pueblo Colombiano con respecto a salud y una atención de calidad. Aunque los antecedentes de esta investigación se rigen principalmente de la norma, existen diferentes trabajos que abordan el tema de su implementación y cumplimiento. Diseñados para diferentes instituciones de Salud.

Este documento está compuesto por tres objetivos específicos “Diagnosticar la situación actual de la *Clinica del Trabajador S.A.S*, para identificar los estándares de habilitación que se cumplen y que no se cumplen en base la resolución 3100 de 2019,” esto por medio de una lista de chequeo diseñada específicamente para evaluar los criterios que son aplicados a la *Clinica del Trabajador S.A.S*, obteniendo un porcentaje de incumplimiento y unos resultados que sirvieron de base para la construcción del “plan de mejoramiento para el cumplimiento de los requisitos establecidos en la resolución 3100 de

2019” que dio una propuesta de acciones mediante el modelo 5W + 1H, que subsanarían las no conformidades encontradas, y mediante el Ciclo Deming, garantizo la no repetición y un mejoramiento continuo.

Para medir los avances del plan a lo largo del periodo 2023, se estableció una herramienta de medición, que condescendería tener un control sobre *Clinica del Trabajador S.A.S* en el cumplimiento de sus objetivos estratégicos, por medio de, la subsanación de sus incumplimientos normativos. Para esto fue necesario la utilización de una metodología de investigación mixta, debido a que se analizaron procesos subjetivos como la calidad, pero también, se analizaron procesos medibles como estrategias, indica dados claves, numero de criterios, entre otros.

Con el fin de dar alcance a la línea de investigación de la Universidad Antonio Nariño de productividad, competitividad e innovación, pues se abordan temas relacionados con el mejoramiento de productividad a través de la calidad y se tratan algunos temas refrentes a los Sistemas Integrados de Gestión.

Línea de Investigación

Según la UDCII de la facultad de Ingeniería Industrial, la línea de investigación del tema a tratar va a ser productividad, competitividad e innovación, debido a que se abordarán temas referentes a la competitividad, productividad y calidad en servicios prestados por la institución prestadora de servicio de salud.

Planteamiento del problema

La salud a nivel mundial ha sido de suma importancia para todos los países no solo para Colombia, satisfacer las necesidades que tiene la población mundial en términos de salud no es nada sencillo y alcanzar la cobertura sanitaria mundial es cada vez más difícil, según la Organización mundial de la salud en el 2021 el 50% de la población mundial carece de instituciones de salud, ahora es más difícil pensar en que estos servicios cumplan con estándares mínimos sanitarios de calidad lo que ha presentado grandes problemas a nivel mundial; para la OMS en 2021 están muriendo cada año alrededor de 5.7 a 8.1 millones de personas por el déficit en la atención de calidad sobre todo en países donde sus ingresos son bajos o medios; es por eso que esta recomienda tomar políticas en pro del mejoramiento de los estándares mínimos de calidad y su habilitación para el servicio.

Colombia considerado un país en vía de desarrollo, no se queda atrás en la mala calidad que tiene su atención en salud y aunque Colombia según el banco Interamericano de Desarrollo su nivel de cobertura supera el 95% su población se siente insatisfecha con la atención que le brindas sus EPS y IPS esto debido a causas que sin necesidad de indagar mucho se puede evidenciar en distintos artículos periodísticos, uno de ellos en la revista semana titulado “¿Qué pasa con la calidad del sistema de salud en Colombia?”(Semana, 2018) en aquel entonces Juan Pablo Uribe, que desempeñaba el puesto de ministro de salud, mencionaba lo siguiente “la discusión sobre el sistema y sus problemas se trata no solo de los recursos faltantes, sino también de su calidad.”(Semana, 2018) esto como prueba de una problemática en temas de calidad y esto se puede observar en causas como la mala infraestructura, la falta de talento humano para la capacidad instala que tiene las IPS, la mala o inexistente dotación que tienen tanto hospitales, clínicas y puestos de salud en lo largo del territorio nacional efectos que llegan a producir que según el SISPRO (sistema integrado de

Protección Social) que en departamentos como el Huila donde para la atención de un paciente clasificado como Triage 2 puede llegar a los 16.79 días en urgencias.

Por eso el ministerio de salud implementa políticas, programas y normas que ayuden a garantizar una atención de calidad como el decreto 1011 de 2016 sobre los sistemas de obligatorios de garantía de la calidad y resoluciones como la 3100 de 2019 que en sus estándares ayuda a reglamentar implementar y controlar cosas como dotación, infraestructura, procesos prioritarios y talento humano necesarios para brindar una atención de calidad mínima en nuestro país reduciendo así los índices de mortalidad nacional, haciendo que las IPS públicas o privadas se vean obligadas a cumplir en su totalidad para evitar consecuencias legales.

Descripción del Problema.

La implementación de la certificación de habilitación bajo la resolución 3100 de 2019 un peldaño muy importante para el acatamiento de los estándares mínimos que exigen el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y se ha convertido cada vez en algo más necesario para las instituciones que prestan este tipo de servicios sin importar su nivel de complejidad, actualmente de las 60804 instituciones prestadoras del servicio de salud en Colombia registradas en el sistema Reps (Registro especial de prestadores de servicios de salud) del ministerio de salud y protección social el cual es libre de consultar por cualquiera ciudadano, casi el 4% de las instituciones tiene algún tipo de medida de seguridad y sanción por incumplir los estándares que exige la resolución ya sea en dotación, manejo de historias clínicas y registros, infraestructura, interdependencia, medicamentos o dispositivos médicos, procesos prioritarios y talento humano; en Bogotá actualmente de las 15228 IPS registradas el 2 % es decir 294 instituciones han sido sancionadas ya sea con amonestaciones, multas sucesivas por hasta 10.000 SMLV, decomiso de productos o suspensión y cancelación de la licencia para brindar el servicio o el cierre temporal o total de la institución.

Por tanto, instituciones en donde sus procesos de prestación de servicios están comenzando; como la *Clinica del Trabajador S.A.S* abierta en 2018 y ubicada en Bogotá. Requiere buscar planes de mejoramiento, el cumplimiento de los estándares exigidos en la resolución 3100 de 2019 y las disposiciones legales requeridas por el gobierno Colombiano, mejorando la calidad de los servicios ofertados a sus usuarios, para que estos sean más rápidos, sencillos y eficientes; Previniendo de éste modo sanciones legales que puedan tener por el incumplimiento de la normatividad, como se evidencio el día 08 de octubre de 2021

donde la subdirección de inspección vigilancia y control halló en la auditoría; según la norma, el incumplimiento en varios criterios de la misma, como fueron: plan gestión integral de residuos hospitalarios, programas de tecnovigilancia, planes de mejoramiento continuo, sistemas de la información y servicios farmacéuticos en las cuales se encontraron múltiples incumplimientos por parte de la institución dando como resultado un 0% de cumplimiento en los criterios evaluados y mostrando un concepto de no favorabilidad lo que encaminó a la institución a una sanción de cierre en uno de los servicios más importantes; cirugía, que trajo consigo pérdidas económicas muy significantes a la IPS.

Formulación del problema.

¿Mediante el plan de mejoramiento propuesto, se cumplirá los estándares de habilitación según la resolución 3100 de 2019 y se subsanará las no conformidades evidenciadas en la visita de auditoria por la comisión de vigilancia-control de salud de la secretaría de salud de Bogotá y de esta forma obtener el certificado de habilitación de la IPS?

Justificación.

La presente investigación se enfocó en estudiar, analizar, diseñar un plan de mejoramiento y una herramienta de control del mismo que serían necesarias para alcanzar el cumplimiento de los estándares mínimos y obligatorios de garantía de calidad bajo los parámetros que dispone la resolución 3100 de 2019 en concordancia con la ley 100 de 1993 sobre el sistema general de seguridad social en salud para el mejoramiento de la calidad en la atención de la salud.

De este modo la investigación contribuyó en el diseñar un plan de mejoramiento para el cumplimiento de dichas normas legales en la *Clínica del Trabajador S.A.S* en búsqueda de un mejoramiento continuo y una futura acreditación en otros sistemas integrados de calidad, que mejoró la calidad de servicios de salud que brinda la Clínica contribuyendo a la progreso del país y logrando que los servicios de salud sean accesibles, eficientes ,equitativos, seguros y así mismo cumplan con las exigencias de la población y estar preparada para las visitas de verificación de habilitación dispuestas en el decreto 1011 de 2016 donde se revisan los estándares que exige dicha resolución.

Los planes de mejoramiento nos permitieron cumplir con objetivos y metas que cualquier empresa tenga y quisiera llegar, tener una idea clara de cómo se va a completar ayuda a facilitar el crecimiento empresarial, analizamos la forma más fácil de conseguir la respuesta a la formulación del problema y adicionalmente se buscó la manera de tener una herramienta que ayude al control del plan propuesto.

Objetivo General.

Diseñar Plan de mejoramiento para el cumplimiento de los estándares de habilitación de los servicios prestados en la *Clinica del Trabajador S.A.S*, según la Resolución 3100 de 2019 y tener una herramienta que permita dar un seguimiento continuo y eficiente al mismo.

Objetivos Específicos

1. Diagnosticar la situación actual de la *Clinica del Trabajador S.A.S*, para identificar los estándares de habilitación que se cumplen y que no se cumplen basados en la resolución 3100 de 2019.
2. Realizar el plan de mejoramiento para el cumplimiento de los requisitos establecidos en la resolución 3100 de 2019.
3. Establecer el cuadro de mando integral (Balanced Scorecard, BSC) como herramienta de control y seguimiento para el cumplimiento del plan de mejora.

Marco Referencial

En este capítulo examinaremos los antecedentes, teorías, conceptos, jurídicos y académicos que intervienen o tienen relación con el tema a estudio en este trabajo, para poner en contexto a los lectores de este documento.

Antecedentes Investigativos.

En este capítulo examinaremos los antecedentes, internacionales, nacionales, locales, teorías, conceptos, jurídicos y académicos que intervienen o tienen relación con el tema a estudio en este trabajo, para poner en contexto a el lector.

Antecedentes internacionales

1. PhD. Arnoldo J. Loaiza G. (2021); "El Balanced Scorecard en la gestión de salud; Chile". (PhD. Arnoldo J. Loaiza G., s. f., p.1); **Objetivo:** esta investigación va enfocada en el modelo del Balanced Scorecard, y analizar su aplicabilidad como un instrumento de gestión en los centros de salud; **Marco Metodológico:** Para alcanzar los objetivos se centro en la utilización del Balanced Scorecard como herramienta para medir la situación actual en la que se encontraba la organización, considerando aspectos como la perspectiva financiera, clientes, procesos interno y formación. Con el fin de crear estrategias y minimizar los tiempos de entrega de los servicios a los clientes, la calidad y el tiempo de los ciclos de fabricación, para que los participantes finalmente se centraran en el cuadro de mando multidimensional; **Conclusiones:** Como resultado de la investigación se obtuvo que el Balanced Scorecard o cuadro de mando integral es una herramienta muy fácil de adaptar en cualquier empresa, ya que comunica, alinea y crea nuevas estrategias con el fin de visualizar un futuro

económico con gran utilidad e impacto favorable en el autocontrol de las entidades de la salud.

2. International Organization for Standardization (ISO/15189,2017); Frank Schneider, Caroline Maurer, Richard C Friendberg, Septiembre 2017; **Objective:** Quality accreditation in laboratories based on the iso 15189 standard, assinging laboratories in the constant change of quality accreditation in laboratory medicine and healthcare;**Methodology;** Design and create an early warning system to possible problems that may appear in short periods of time, in order to have opportunities to improve in the face of threats, to ultimately train people in problem solving in order to prevent them in the future or solve them in time; **Conclusions;** In the achievement of reducing costs in the implementation of ISO 15189, it seeks to maintain the quality models already created, managing to prevent the costs generated by failures, solving problems before they occur, to minimize the expected costs and maximize the benefits generated by the implementation and maintenance of accreditation programs in laboratories.

Antecedentes Nacionales.

3. Alexander Gutiérrez García, Carlos Andrés Aguilar Díaz, Claudia Juliana Restrepo Álvarez, Diana María Marín Hoyos, Erika Johana Echavarría Betancur, Evy Luz Madrid Cavadia, Karen Vanessa Cueto Martínez, Kellyn Johanna Bolívar Giraldo, Sara Jaramillo Montoya;(2020); “Informe de verificación de las condiciones de habilitación en el hospital nuestra señora de Guadalupe, Guadalupe-Antioquia, de acuerdo con la resolución 3100 de 2019”.(Gutiérrez García, Alexander et al, 2020); **Objetivo:** conocer, verificar y asesorar a la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe en cuanto a los estándares y cumplimiento exigidos de acuerdo a la

resolución 3100 de 2019; **Marco metodológico:** para alcanzar este proceso se apoyaron en los lineamientos establecidos de la resolución 3100 de 2019, desarrollando una serie de actividades como: 1.Planeacion:donde se realizaron reuniones de planeación, cronogramas, listas de chequeo aplicables según los servicios elegidos y formatos adiciones definidos por la resolución,2.Reunión de apertura: presentación del objetivo de la auditoría y metodología de evaluación, 3. Auditoria de campo: se utilizaron listas de verificación (entrevistas, inspección visual y revisión de documentos) de acuerdo con el tipo de servicio contemplado en la resolución 3100 de 2019 ,4. Reunión de cierre: socialización de los hallazgos más relevantes, 5. Análisis de datos: se analizan los hallazgos y se realiza un informe para el hospital nuestra señora de Guadalupe donde se anexan las recomendaciones, oportunidades e implementaciones en sus planes de mejora. **Conclusión:** El Hospital Nuestra Señora de Guadalupe carece de condiciones mínimas de habitación en los servicios teniendo en cuenta lo estipulado en la resolución 3100 del 2019, debe implementar programas de seguridad para disminuir el riesgo de los pacientes y así mismo aumentar la calidad en la atención.

4. Nataly Kafruni Júbiz;Manuel Castro Del Toro (2018). “Sistema integrado de gestión para las IPS de alta complejidad de la ciudad de Barranquilla basado en los estándares de acreditación en salud, el modelo European foundation for quality management y el Balanced Scorecard, Barranquilla.”. (Nataly Kafruni Júbiz1, Manuel Castro Del Toro, 2018,p.1);**Objetivo:** El presente articulo tiene como objetivo aminorar las problemáticas que se presentan en las instituciones prestadoras de salud de alta complejidad durante la prestación del servicio en la ciudad de Barranquilla. (Nataly Kafruni Júbiz1, Manuel Castro Del Toro, 2018) **Marco metodológico:** Para la ejecución se utilizó una metodología de tipo cualitativo, donde

se buscó comprender e interpretar la información recolectada de las 15 IPS, analizando los procesos y documentos como los principales factores claves que causan problemática en la IPS, posteriormente se diseñó un nuevo sistema integrado de gestión, conjuntamente con el método deductivo de investigación, considerando que el estudio se basó en el Modelo Fundación Europea para la Gestión de Calidad o EFQM, Utilizando como herramienta organizacional Balanced Scorecard y los Estándares de Acreditación en Salud. **Conclusión:** Se logro identificar el estado de la gestión de las 15 IPS encuestadas con el fin de establecer estrategias, plantear oportunidades de mejoramiento que den respuesta a las problemáticas presentadas.

5. Diana Carolina Ardila González, Laura Angélica Jaramillo Muñoz, Miller Antonio Solarte Tosse; (2020). “Plan de mejora para dar cumplimiento a la nueva norma de habilitación en el servicio de odontología para la institución prestadora de servicios de salud herly duran ortodoncia y odontología especializada de la ciudad de Popayán en el año 2020”.(Diana Carolina Ardila González et al., 2020);**Objetivo:** la investigación va enfocada en verificar del cumplimiento de la normatividad por medio de una lista de chequeo identificando las oportunidades de mejora en el servicio. **Marco metodológico:** para facilitar el desarrollo a esta investigación se hace un estudio cuantitativo descriptivo con el fin de observar, describir y analizar los comportamientos y datos obtenidos por las diferentes fuentes. **Conclusiones:** como resultado se evidencia que la IPS Herly Duran Ortodoncia no cumple con algunos de los nuevos criterios de habilitación de infraestructura que se mencionan en la resolución 3100 en comparación a la resolución 2003 de 2014.
6. ANDREA PATRICIA VILORIA ALTAMAR (2021). “Implementación del sistema único de habilitación de acuerdo a la resolución 3100 de 2019 en el Centro de Salud San Miguel”.(Viloria Altamar, Andrea Patricia, 2021); **Objetivo:** Identificar y avalar

el cumplimiento del Sistema Único de Habilitación en el centro de salud San Miguel, con el intención de asesorar y realizar un informe que permitan mostrar las acciones necesarias para el mejoramiento continuo en la prestación del servicio. (Viloria Altamar, Andrea Patricia, 2021) .**Marco metodológico:** para lograr este proceso se realizó en el centro de salud San Miguel con una duración de 7 meses, inicialmente se efectuó la fase de planeación, consulta, revisión y por último se evaluaron los criterios de la lista de chequeo para la verificación del cumplimiento de las condiciones de los estándares del Sistema Único de Habilitación, según la Resolución 3100 de 2019, esto con el fin de ayudar a formular planes y mejoras de las condiciones de la entidad visitada. **Conclusiones:** a través de la visita en el centro de salud San Miguel sede rural, carece de buenas condiciones de habilitación en los servicios auditados teniendo en cuenta lo estipulado en la Resolución 3100 del 25 noviembre de 2019, en efecto se desarrollan las recomendaciones y la información pertinente para realizar las mejoras necesarias en cada uno de los servicios.

7. Diana Carolina Ardila Gonzales; Laura Jaramillo Muñoz; Miller Antonio Solarte Tosse; (2020); “Plan de Mejora para dar cumplimiento a la nueva norma de habilitación en el servicio de odontología para la institución prestadora de servicios de salud Herly duran ortodoncia y odontología especializada de la ciudad de Popayán” (Diana Carolina Ardila González et al., 2020a); **Objetivo:** “Verificar el Cumplimiento de la resolución 3100 de 2019 mediante la aplicación de una lista de chequeo que sirva como insumo para el diseño de un plan de mejora para la IPS Herly Duran en el servicio de odontología”, Brindar un mejor reconocimiento para la creación de un plan de mejora en base a la nueva normatividad colombiana para los sistemas de habilitación en un servicio de odontología; **Metodología:** Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo, donde se diseñó un método científico que permitiera

observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir en el, también se emplean investigaciones descriptivas para observar el desarrollo y avance de los cambios, para poder analizar las variables que en el estudio fueron la normatividad de habilitación, para realizar un plan de mejora; **Conclusiones:** Se concluye que la IPS ha estudio no contaba con los criterios establecidos en la norma de infraestructura, historias clínicas y registros.

Antecedentes Regionales.

8. Christian Códova, Rocío Vera.Vega, Yarisa Osses y Renzo Casanova, (2021); “Experiencia en la Implementación de Sistemas de Gestión de Calidad para la Atención odontológica en un centro docente asistencial universitario; Gustavo Moncada”(Experiencia en la implementación de sistemas de gestión de calidad para la atención odontológica en un centro docente asistencial universitario., 2021);
Objetivo: Identificar las necesidad e implementación de protocolos clínicos para el cumplimiento y acreditación como centro de atención abierta de odontología , para la atención y satisfacción de necesidades de un centro docente asistencial;
Metodología: Mejorar la atención sanitaria de calidad con respecto a un centro médico de odontología para cumplir con las normas legales de chile; definieron 8 niveles de acción: Orientar trabajo a los resultados, actividades centradas en los pacientes, desarrollo del liderazgo, cumplimiento de los objetivos, gestión de procesos, involucración con la comunidad, gestión del aprendizaje, mejora continua y responsabilidad social; **Conclusiones:** Según los autores re diseñaron los protocolos y realizaron mejoras administrativas y tecnológicas, aumentaron los diálogos con la comunidad e incrementaron en un 20% el cumplimiento de los estándares obligatorios y el 96% de los globales.

9. Daniela Rincón Ayala ;Nathaky Yama Munar; (2020). “ Plan de mejora para el programa Institucional de tecnovigilancia en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo”.(DANIELA RINCON AYALA & NATHALY YAMA MUNAR, 2020);
- Objetivo:** Este estudio se enfoca en desarrollar metodologías y estrategias para la realización de un plan de mejora en el programa Institucional de tecnovigilancia en el Hospital Departamental Mario Correa Reginfo; **Marco Metodológico:** Para llevar a cabo este estudio se verificó toda la información existente, se seleccionó los documentos que dan cumplimiento a la resolución que reglamenta el programa, luego se procede a evaluar el grado de implementación inicial con la ayuda de herramientas diseñadas por el INVIMA, posteriormente se hace la revisión del inventario se integran, actualizan y se consolida un inventario de equipos biomédicos institucional, con ayuda de estos dispositivos se obtienen los documentos que sustentan los diferentes procesos de la institución con el fin de proceder al desarrollo de la prueba piloto, luego se procede a encontrar las fallas potenciales del proceso y finalmente para fortalecimiento de dichos procesos se programan unas capacitaciones diseñadas para todas las áreas del Hospital Departamental Mario Correa, haciendo entrega de folletos con la información que se trató en las capacitaciones con el propósito de que el personal capacitado esté en las condiciones de resolver una encuesta. **Conclusión:** Las herramientas y métodos aplicados permitieron la identificación de las posibles fallas y lesiones que podrían afectar a los pacientes, se propuso acciones de control y mitigación con el fin de brindar seguridad y calidad en la atención de los servicios de salud a las personas que se les presta el servicio. Los procesos que se llevaron a cabo en este estudio fueron satisfactorios dando como resultado un incremento de 48% en la implementación del programa de tecnovigilancia.

10. Calle Vallejo, Maria Alberto; (2017); “Verificación de las condiciones de habilitación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud” (Vallejo & Alberto, 2017)**Objetivo:** Revisar las condiciones de habilitación a EAPB (Empresas administradoras de planes de Beneficios); Evaluar las condiciones necesarias para cumplir con el sistema único de habilitación, donde se examinan las normas, requisitos procedimientos, por los cuales se verifican estas condiciones;
- Metodología:** Se comienza elaborando un diagnóstico de autoevaluación frente a las condiciones de habilitación que pide la resolución 3100 de 2019 para poder realizar caracterización frente al sistema de gestión de calidad que poseen las instituciones prestadoras de servicios de salud; **Conclusiones:** Se permiten conocer mejor los pasos metodológicos para la verificación de la autoevaluación en IPS.
11. Diana Salazar Oycata; Claudia Andrea Tobon; Andres Marin Torres; Gloria Patricia Escobar; Yeison Andres Ospina; July Andrea Rave; Luisa Carolina Buelvas; Cindy Vanessa Diez Arias; Maritza Chaverra; (2017) ; “Informe de verificación de estándares de habilitación en la E.S.E Hospital San Rafael del municipio de Girardota departamento de Antioquia; Antioquia; **Objetivo:** Realizar la verificación, describir hallazgos, formular recomendaciones relacionados con el cumplimiento de los estándares exigidos por la resolución 2003 de 2014; **Marco Metodológico:** Para la ejecución de este proceso primero se realizó una reunión estudiantes- docente para la designación, líder de grupo, punto de encuentro, servicios a verificar , horarios y pautas generales, posteriormente se utilizaron herramientas como: listas de chequeo, guías de verificación para las diferentes áreas (laboratorio clínico de baja, mediana y alta complejidad, Odontología general y/ o especializada); **conclusiones:** De acuerdo a los análisis y realimentación en la Hospital San Rafael Del Municipio de Girardota

se recomienda la construcción de indicadores detallados en el cuadro de hallazgos para el acatamiento de los criterios exigidos por la resolución 2003 de 2014.

Marco Teórico

La siguiente información tiene como propósito presentar un contexto sobre los temas referentes a la calidad en salud en Colombia, cuáles son estos sistemas normativos que permiten su gestión, control y aplicación en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

¿Qué es la Calidad?

Calidad es un concepto subjetivo ya que este va asociado con la percepción que tiene cada persona frente a un producto o un servicio evaluando diferentes características. El criterio de calidad ha evolucionado desde 1920 hasta hoy, generando nuevas habilidades, cambios y mejoras en los grados de calidad bajo su responsabilidad, convirtiéndose en un instrumento evolutivo para la toma de decisiones y la permanencia en la industria proporcionando una ventaja competitiva en el entorno con el cual interactúa.

Calidad en Salud.

Según la organización mundial de la salud, la calidad es el nivel en que los servicios de salud incrementan la mejora continua para su prestación de servicio y cumplimiento de ciertos requisitos, es decir la calidad tiene unos niveles de satisfacción y no todos los usuarios perciben la misma calidad de atención, así mismo cada identidad debe tener una característica que lo haga diferente y único, ejecutando los requisitos tanto legales como los del cliente, cumpliendo sus necesidades básica y satisfaciendo sus expectativas en la prestación de servicio

Sistemas de Gestión de Calidad en Salud.

Mucho se ha hablado de la calidad en salud, pero realmente existe la forma de ofrecer está en los servicios de salud la respuesta es claramente afirmativa según la OMS

(Organización Mundial de la Salud) en la declaración política sobre la cobertura sanitaria universal publicada en septiembre de 2019, reafirma su compromiso para que la cobertura de los servicios de salud llegue a 1000 millones de personas en 2023 (Organización Mundial de la Salud, 2020), esto es un avance importante en los sistemas de gestión de calidad en salud pues estos buscan brindar a toda la población la promoción cobertura rehabilitación y cura de los males que los aquejan.

Muchas organizaciones internacionales hablan referente al tema la OMS sugiere que existan Sistemas de Salud resilientes de calidad, donde proponen que los servicios de salud sean de calidad ante un posible emergencia, cosa que se da a notar en tiempos actuales de pandemia donde estos debieron optimizar su prestación de servicios para hacerle frente al virus SARS COVID-19 tener estos sistemas durante estas crisis fue necesario, mantenerlas y mejorarlas es lo que se quiere para un futuro mejor, otra organización que habla de este tema es la OPS (Organización Panamericana de la Salud), donde en su página web encontramos lo siguiente: “La garantía de calidad (QA) es el instrumento de gestión que se usa para asegurar que cada examen o tratamiento...sea necesario y apropiado para el problema médico del paciente”(Valdés, s. f.) también nos da un contexto sobre la importancia de los protocolos clínicos sobre el adecuado funcionamiento tanto de los equipos biomédicos, como del personal para que el usuario sienta una satisfacción en las condiciones más seguras con los menores costos posible para las instituciones que prestan el servicio.

Existen también autores que hablan de garantía en calidad uno de estos es Gustavo Morena, Ricardo Galán y Gabriel patrón la página seis de su libro garantía de la calidad en salud, nos resalta en una oración de lo que significa garantizar la calidad en salud y cito: “Está significa el máximo compromiso del hombre con el hombre, del estado con el hombre, de la familia y la comunidad con el hombre.”(Malagón-Londoño & Paton Laverde, 2006),

también existen artículos que nos permiten estudiar más el tema de cómo lograr garantía de calidad en salud, Según Rodríguez-león y Lugo- Zapata en su estudio de Garantía de la calidad en salud, donde se comienza a estudiar estos temas debido a que los usuarios, clientes y pacientes que van en busca de una atención de calidad no la reciben, mencionan en su estudio que existen 3 métodos para diseñar los criterios y estándares para garantizar la calidad (Rodríguez-León & Lugo-Zapata, 2006) una de ellas es la diseñada por Vidal y Reyes donde mencionan los requisitos que deben cumplir para garantizarla, diseñando sistemas de información que accedan a mejorar la comprensión de los datos y así poder realizar estrategias para mejorarla. (Vidal-Pineda & Reyes-Zapata, 1993), por lo tanto podemos decir que los sistemas de Gestión de Calidad permiten mantener el objetivo principal de todas las organizaciones que presten este tipo de servicios para ayudar a dar una mejor calidad de vida, ahora nos lleva a preguntarnos ¿Cómo los estados ayudan a que se cumplan estos objetivos?

Sistemas de Gestión Obligatorios de Calidad en Salud (SGOCS).

Colombia como un país que busca el beneficio el desarrollo y protección social de sus habitantes también decide implementar las medidas correspondientes para garantizar una calidad en la atención de salud, a través de la ley 100 de 1993 en el país se implementa el SGSSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia) que permitió mediante el decreto 780 de 2016 la creación del SOGCS (Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad en Salud) que según el Ministerio de Protección social de Colombia el propósito de esta es: Conjunto de normas, reglas, procesos y procedimientos que permiten sistematizar la salud de tal manera que mejore la calidad del este servicio en Colombia (Ministerio de la Protección Social, 2011,p.11,parrafó 1)

La búsqueda del mejoramiento en la calidad de la atención ha llevado a por medio de esta se logre unos criterios, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, esta norma se divide en componentes mismos que permiten garantizar lo antes mencionado, SUH (Sistemas único de Habilitación), acreditación institucional, auditoria para el mejoramiento de la calidad y sistemas de información de calidad, todos ellos tienen sus propios límites, objetivos y alcances pero para poder cumplir con el SOGCS deben estar implementados todos.

Sistema Único de Habilitación (SUH).

Es el primer paso para lograr cumplir con el SOGCS, pero para comenzar a describir el sistema único de habilitación comencemos por lo básico, ¿Qué es Habilitación?, según nuestro contexto tratado en el tema de investigación y según el ministerio de salud en su página web define esta como:

Consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.(«Antecedentes en Colombia», s. f, Párrafo 12)

Por ende, el sistema único de habilitación (SUH) es la norma que controla, regula, establece y verifica, las capacidades básicas que debe tener una IPS que son: Suficiencia patrimonial, administrativa, científica y tecnológica; para prestar un servicio, dar seguridad a los pacientes frente a riesgos relacionados con dicha prestación. (Ministerio de Salud, s. f.).

El sistema único de habilitación impone las bases necesarias para las demás, (SUA) acreditación de calidad, sistema de la información para la calidad y auditoria para el

mejoramiento de la calidad, exigiendo a los prestadores de servicios de salud mantener la información de las estas condiciones que declaran y que están puedan ser verificadas, renovadas y presentar novedades.

El proceso para cualquier habilitación se puede resumir en el siguiente cuadro de la Guía Práctica del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud SOGCS:

Figura 1. Proceso de Habilitación IPS (Ministerio de Protección Social).



Nota: Ministerio de Salud. (Ministerio de la Protección Social, 2011)

Para poder certificar cualquier IPS en el país está requiere cumplir con unos estándares; estos son controlados por la Resolución 3100 de 2019 donde “el Cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adoptan el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.” (Resolución 3100 de 2019, 2019)

La habilitación permite no solo el mejoramiento de los factores mínimos de calidad que deberían tener las instituciones prestadoras de servicios de salud sino que según Diana Ardila, Laura Jaramillo y Miller Solarte que abren camino a el cumplimiento y seguimiento de los diferente procesos en lo que ha calidad se refiere y establecer planes de acción para el seguimiento medición, permitiendo así generar una cultura de mejoramiento continuo que

puedan seguir otras entidades para obtener los mismos resultados a manera de ejemplo.

(González & Muñoz, 2020)

Resolución 3100 de 2019.

El sistema único de habilitación permite garantizar las condiciones básicas que toda IPS y EAPB deben tener esta serie de condiciones que en capítulos anteriores hemos dejado claro el, ¿Por qué?, su importancia en el sistema obligatoria de garantía de calidad en salud.

Su contenido aunque existen documentos como es el manual de “lineamientos para la verificación de la habilitación de servicios de salud” emitido por el gobierno de Colombia y su ministerio de salud y protección social cuyo objetivo es “Unificar en todo el territorio nacional, el modo de verificación de las condiciones de capacidad técnico administrativa, suficiencia patrimonial y financiera, y tecnológica y científica definidas en el Sistema Único de Habilitación.”(Gómez et al., 2021,p.4), nos habla detalladamente de los conceptos que tenemos que tener claros, y en su capítulo II sobre la habilitación de servicios que resumen en los siguiente:

1. Servicios de Salud y su Taxonomía.
2. Modalidad Extramural.
3. Modalidad Telemedicina.
4. Procesos transversal y estandarizados
5. Prestación de Servicios subcontratados
6. Planes de emergencia
7. Objetivos y alcances.
8. Condiciones técnico Administrativas
9. Condiciones de Suficiencia patrimonial y financiera
10. Condiciones tecnológicas y Científicas

11. Inscripción de los prestadores de servicios de salud en el REPS

12. Cómo reportar novedades

En el establecen los criterios, pasos y documentos que toda Institución Prestadora de Servicios de Salud de Salud debe tener para el cumplimiento de los Sistemas Únicos de Habitación.

Balance Score Card.

El autor del artículo ¿Qué es el Balanced Score Card o Cuadro de Mando Integral? lo define como: “Una Metodología de gestión estratégica utilizada para definir y hacer seguimiento a la estrategia de una organización” (Roncancio, s. f.-a, párrafo 2), permitiendo visualizar de una manera más gráfica varios puntos de los objetivos estratégicos que puede tener una empresa, creado por Robert Kaplan y David Norton en los 90’s logro incentivar a grandes y medianas empresas a implantarlo pues permitía alinear las estrategias globales con las áreas operativas (Roncancio, s. f.-a) como son la visión, misión, indicadores y objetivos de las misma, el BSC, permite también una excelente comunicación entre las áreas de la empresa porque ayuda a describir su estrategia, medirla y realizar un control sobre esta bajo el pensamiento de mejoramiento continuo, esto sin importar su condición, actividad, tamaño o tiempo.

En las áreas referentes a la salud el Cuadro de Mando Integral se ha usado según el artículo: “cuadro de mando integral en el sector salud”, desde 1997 (Leyton-Pavez et al., 2015, discusión, párrafo 1), con el fin de tener un mayor control de los recursos usados en esta área, tanto financieros como de procesos internos, en línea con la capacitación y formación de sus empleados para el cumplimiento de metas y sobre todo para mejorar la satisfacción de la calidad asistencial recibida por los pacientes. Entendiendo que las áreas de salud son complejas y que requieren herramientas que permitan mejorar la comunicación entre ellas para el cumplimiento de metas.

Marco Conceptual.

Amonestación: Es un tipo de sanción disciplinaria que se aplica a los prestadores de Servicios de Salud, por la violación de las disposiciones de leyes específicas. (MORA, 2021).

Auditoría: Es un procedimiento programado y documentado con la finalidad de recolectar evidencias y evaluarlas de acuerdo a los criterios de dicha auditoría y así mismo determinar las posibles fallas y hacer las recomendaciones para las próximas mejoras. (CALIDAD, 2019).

Estándares: Los estándares son requerimientos que deben cumplir las entidades de salud siendo esta una garantía de calidad para la prestación de servicios, posteriormente tendrán revisiones periódicas estableciendo la base normativa, los logros obtenidos, los avances y la autoevaluación y a su vez da una mejora continua. (VIGO OBANDO, CARBAJAL, CERNA PALOMINO, & MORALES BENDEZU, 2002).

Habilitación: Condiciones básicas relacionadas con la capacidad tecnológica y científica, garantizando así la seguridad a los usuarios asociados a la prestación de servicios en salud. (EMZAC;s.f.).

Reps: (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud). Es la base de datos en donde las Prestadoras de Servicios registran las capacidades y servicios en las cuales están habilitadas para atender a los usuarios del sistema. (SISPRO).

Saneamiento: Son las técnicas que permiten eliminar higiénicamente residuos sólidos, excretas y aguas residuales, para así promover una vida saludable y buena salud de los seres humanos. (CLINIC CLOUD).

Sispro: (Sistema Integrado de Información de la Protección Social en Colombia). Es un sistema de información para la toma de decisiones en el sector Salud y Protección social. (SISPRO).

Sistemas Únicos De Habilitación (Suh): Son las normas, requisitos y procedimientos donde se instaure, registre, verifique y controle el cumplimiento de la capacidad tecnológica y estándares de habilitación para su duración en el gremio de la salud. (GESA, 2020).

Balance Score Card: Es una metodología estratégica que permite a las organizaciones definir y controlar el cumplimiento de las estrategias de una empresa (Roncancio, s. f.-b)

Mejoramiento Continua: Para los sistemas de acreditación y en base al consejo nacional de acreditación se puede definir como una atención estructural, sistemática y continua de la calidad (CNA - Sistema de Mejoramiento Continuo, s. f.)

Telemedicina: Es la provisión de servicios médicos a distancia, a través de la utilización de tecnologías de la información y comunicación (TICS), esto mediante componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (ATRY S).

OMS: (Organización Mundial de la Salud) es el ente designado por las naciones unidas para liderar temas relacionados a asuntos sanitarios mundiales. Por tanto, le da potestad de permitan crear normas internacionales y políticas mundiales, que ayuden a mejorar o corregir problemas de salud, esto con investigaciones, evidencias y material técnico de otros países; que sustenten la implementación de dichas políticas. (Sundholm, 2022).

Garantía: “Una garantía es un mecanismo para asegurar el cumplimiento de una obligación y así proteger los derechos de alguna de las partes de una relación comercial o jurídica”(Roldán, 2020, definición técnica).

Verificación: El tema de verificación en salud es el compromiso que tiene toda institución pública para vigilar el cumplimiento de la normatividad que le es aplicada a cualquier institución pública o privada, que brinde o esté relacionada con la atención de salud, con el

fin de comprobar la seguridad y oportunidad que tiene el país con respecto al tema.

(Prosperidad Social – DPS,2020).

Indicadores de gestión: Es la expresión numérica que toma el comportamiento de una medición en un proceso, donde esta es comparada con un variable fija o dinámica que permite dar magnitud; a la desviación o alcance de acciones realizadas con el propósito de cumplir con la meta y tomar medidas correctivas que permitan alinear de forma correcta los resultados obtenidos con los esperados. (Da Silva, 1970, ¿Qué son los indicadores de gestión?, párrafo 1).

Marco Jurídico.

En este capítulo se examinó las normas aplicadas a la presente tesis con el fin de hacer una relación entre la jurisprudencia empleada y la relación directa o indirectamente que pueda tener esta con la investigación y desarrollo. Se encontró en relación de orden jerárquico de cada normatividad, por tanto, una es consecuente a la otra.

Ley 100 de 1993: , Ley de Sistema de Seguridad Social en Salud.

Esta ley permitió la creación del sistema de seguridad social integral que busca como principal objetivo ofrecer a la población Colombia una calidad asistencial medica eficiente y suficiente además de dictar otras normas como la eficiencia que deberá tener esta, su universalidad su participación además de discriminarlo por su régimen de subsidiado o contributivo. (Steel, 2020)

Decreto 780 de 2016: Único reglamentario del sector Salud

Crea los objetivos necesarios y las competencias otorgados al Ministerio de Salud y protección social para realizar un reglamento que rige al sector salud mediante la creación de

un instrumento público. (*Decreto Único del Sector Salud – Decreto 780 de 2016 - CONSULTORSALUD*, s. f.), por ende, establece la forma en que será evaluados los sistemas generales de seguridad social en salud y sistema generales de riesgos laborales. Mediante instrumentos públicos como lineamientos y sistemas de información. Además, permitió la creación del sistema de garantía obligatorio de calidad, que asegura una calidad mínima y una mejorame la calidad establecida en las instituciones prestadoras de Servicios de Salud.

Decreto 2193 de 2004 - Indicadores de Gestión

Es encargado de la medición y control mediante los indicadores de la información relacionada a los servicios de salud y su impacto en toda Colombia, por tanto, admite un mejor control por parte del estado y permite desarrollar planes de acción que permiten un mejor impacto en los planes de gestión de calidad. (*Decreto-2193-de-2004.pdf*, s. f.)

Resolución 3100 de 2019: Estándares de Habilitación de IPS.

Es el manual de obligatorios cumplimientos que se les exige a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) con respecto a los sistemas únicos de habilitación, también realizan otras disposiciones como su inscripción a los reps (registro especial de servicios de salud), y permite mantener unos estándares mínimos de calidad entre ellos capacidad técnico-administrativas, suficiencia patrimonial y financiera- capacidad tecnológica y científica entre otras. (*Resolución 3100 de 2019 nueva Habilitación de Servicios de Salud y REPS*, s. f.)

Resolución 4445 de 1996 Estándares de Infraestructura para IPS

“Requisitos que deben cumplir las edificaciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud” (*Minsalud actualizará requisitos de infraestructura de IPS*, s. f.)

Propone los cambios en infraestructuras obligatorios para todas las IPS, por tanto, permite conocer los requerimientos básicos en espacio tipo, infraestructuras requeridas al momento de prestar un servicio de salud.

Resolución 123 de 2012: Estándares de Acreditación de IPS

Instituye los estándares de acreditación de calidad para las IPS y EAPB del territorio nacional, además crea el manual de estándares que serán usado para el análisis y medición de estos sistemas. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012)

Resolución 1995 de 1999 - Estándares de manejo de historia Clínica.

Establece e impone los parámetros que deben seguir los archivos físicos o digitales de las historias clínicas; cuáles son sus características, componentes y registros que información deben contener con el propósito de que sean seguras y completas. Además de eso dicta las disposiciones para el manejo, creación, custodia, seguridad y conservación. («Resolución Número 1995 de 1999», 2020)

Resolución 1164 de 2002: - Gestión Integral de Residuos Hospitalarios.

Estipula el manual de la gestión integrada de residuos hospitalarios, que deben seguir las IPS, debido a la generación, de residuos peligrosos y no peligrosos que están relacionadas con la prestación de servicio de salud. Entonces los parámetros de manejo, tratamiento y disposición final, los protocolos y procedimientos requeridos para la manipulación de estos.

Resolución 256 de 2016 - Indicadores de Gestión

Establece los indicadores usados para el monitoreo de la gestión calidad en salud, por medio del sistema de información de la calidad a través de la herramienta SIVIGILA del gobierno nacional.

Resolución 1403 de 2007 – Modelo de Gestión de Servicio Farmacéutico

Es la resolución que establece el límite de criterios técnicos, administrativos y procedimentales que debe contar cualquier servicio de farmacia.

Resolución 4816 de 2008 – Programa Nacional de Tecnovigilancia

Su propósito principal es reglamentar el programa de tecnovigilancia a nivel nacional con el propósito de resguardar la seguridad y salud de todos los ciudadanos de la república de Colombia cuando se utilizan, manipulan o usan dispositivos médicos.

Diseño Metodológico

El diseño de metodológico son los pasos que debe seguir un investigador, para llegar a responder la formulación de hipótesis, esto a través del método científico, las técnicas de investigación y recolección de datos; que le ayudarán a confirmar o descartarla dicha hipótesis. Solucionando o no el problema investigativo.

En el artículo de la revista Arbitrada Interdisciplinaria KOINONIA nombrado “Significatividad del marco metodológico en el desarrollo de proyectos de investigación” (Azüero, 2019) donde nos dice que es la metodología es el medio científico que permite entender y verificar los conocimientos que son estudiados y aplicados a la realidad (Azüero, 2019, p.4), dicho conocimiento se adquiere para relacionarlo con las hipótesis presentadas ante los problemas planteados.

Enfoques de Investigación.

La presente investigación se fundamentó bajo el planeamiento metodológico del enfoque mixto ya que se utilizaron técnicas e instrumentos de recolección de la información del enfoque cualitativo y el enfoque cuantitativo con el fin de observar y evaluar las características de calidad en los servicios prestados, ítem de la norma, estándares, entre otros de la clínica de trabajador. (HERNANDEZ, ROBERTO, FERNANDEZ, & CARLOS Y LUCIO BAPTISTA, 2003).

Puesto que se realizó técnicas de investigación, como son las encuestas, observaciones y entrevistas mediante herramientas, como son listas de verificación, listas de chequeo, cuestionarios y guías.

Marco Metodológico

Para el proyecto fue diseñado un sistema no experimental ya que consiste en observar los diferentes hechos o variables que ya ocurrieron y después analizarlos. (ESCAMILLA)

Dicho lo mencionado anteriormente en el proyecto de investigación no se intervino en los procesos que se realizan en la *Clínica del Trabajador S.A.S*, ya que nuestro enfoque fue diseñar un plan de mejoramiento y herramienta de control para cumplimiento de la normatividad en habilitación vigente apoyada en metodologías ágiles y sencillas para lograr resultados.

La investigación fue transversal ya que el objetivo de esta es describir variables teniendo en cuenta que los datos se obtuvieron por medio de observación a través de herramientas como la lista de chequeo, se analizaron las acciones que explicaron las razones y relaciones que existen entre las variables en un momento determinado de la investigación.

Posteriormente para el cumplimiento de los objetivos se utilizaron los siguientes estudios:

Descriptivos:

Son estudios donde se aplican instrumentos para describir las características de una variable, que puede ser un sujeto o un contexto. Teniendo en cuenta estos estudios utilizaremos cada uno de ellos ya que en nuestro proyecto de investigación nos apoyaremos en la información documentada existente que se encuentre en la *Clínica del Trabajador S.A.S* y del mismo modo se recolectó la información necesaria y se examinarán las variables que tienen relación entre ellas.

Método de Investigación

Método deductivo: Los filósofos griegos instauraron el razonamiento deductivo como un asunto del pensamiento donde las afirmaciones generales obtienen afirmaciones específicas aplicando la lógica es decir conocer hechos y afirmar conclusiones.

Debido a que se inicia de una parte general que para el estudio de investigación es la resolución 3100 de 2019 como manual de habilitación llegando a temas más particulares como son la verificación de los estándares, servicios y documentación realizada para poder ver el cumplimiento que tiene esta en la *Clinica del Trabajador S.A.S.*

Diseño Metodológico.

El diseño metodológico de la investigación abordo tres fases que permitieron construir desde la norma, la metodología para la elaboración de un plan y la implementación del cuadro de mando integral para el control del mismo. Por eso, se realizó los siguientes pasos que permiten dar cumplimiento a los objetivos específicos planteados.

Objetivo Especifico 1: Diagnosticar la situación actual de la *Clinica del Trabajador S.A.S*, para identificar los estándares de habilitación que se cumplen y que no se cumplen en base la resolución 3100 de 2019.

Se creo una lista de chequeo aplicada para la *Clinica del Trabajador S.A.S*, con el fin, de identificar el cumplimiento de los estándares y criterios aplicados de la resolución 3100 de 2019. Posteriormente, se realizó un informe plasmando el cumplimiento de los estándares y criterios de la resolución para ser analizados y obtener los resultados. Por último se hizo un Análisis Modal de Fallos y Efectos para conocer las causas de los no incumplimientos y su nivel de prioridad.

Objetivo Especifico 2: Realizar el plan de mejoramiento para el cumplimiento de los requisitos establecidos en la resolución 3100 de 2019

Se elaboró un plan de mejoramiento mediante un modelo 5W+ H, que permitió la formulación de acciones mediante la respuesta a seis preguntas, qué, porqué, cuándo, dónde, quién y cómo y por último se realizó un Ciclo de Deming, o ciclo de calidad PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar).

Objetivo Especifico 3: Establecer un Balanced Scorecard como herramienta de control y seguimiento para el cumplimiento de el plan de mejoramiento

Para comenzar se estableció la metodología del Balanced Scorecard (BCS, Se realizado un análisis del AMEF, encerradoras en las 4 perspectivas del BSC, con el fin de formular estrategias que permitan el cumplimiento del plan, la resolución y las no conformidades de la visita de autoría, Agrupándolas en un mapa estratégico que permitió construir una tabla de KPI's , con el fin de que fueran medidas, para poder crear el Cuadro de Mando Integral.

Recolección y Análisis de Datos.

Se realiza la recolección de datos y variables de la siguiente manera.

Lista de Chequeo:

Según González Rodrigo y Jimeno Bernal, una Checklist, “son formatos de control, se crean para registrar actividades repetitivas y controlar el cumplimiento de una serie de requisitos o recolectar datos ordenadamente y de forma sistemática” (Jimeno Bernal & González González, 2012)

Para nuestro beneficio se utilizó una lista de chequeo que se basa en la Resolución 3100 de 2019 del ministerio de salud donde se encontraron las siguientes columnas de clasificación (Anexo 1) por tanto, la norma nos indicó que cada criterio es evaluado en cumple o no cumple. (especificar más la escala de valoración en solo dos cumple no cumple) y fue aplicada a cada proceso y líder del mismo para evaluar los estándares de la norma.

Hipótesis.

¿Mediante el plan de mejoramiento se puede ayudar a las instituciones prestadoras de salud recién creadas a cumplir con los requerimientos legales que rigen sobre ella, en términos de habilitación de servicios en Colombia y esto permite en realidad dar una mejoría a la calidad de servicio que se pueda prestar?

Fases y Actividades Metodológicas.

Para darle el cumplimiento al presente trabajo de investigación se inició programando las actividades que se iban a realizar, posteriormente se consultó la información necesaria como antecedentes, servicios, sedes, capacidad y complejidad en la plataforma REPS (registro especial de prestadores de servicios de salud). Paralelamente a esto se le notificó al gerente de la *Clinica del Trabajador S.A.S* la realización de una visita de verificación de cumplimiento de la resolución 3100 de 2019.

Por otra parte, se elaboró y se aplicó una lista de chequeo con los criterios y factores aplicables a la clínica, analizando si cumple o no con las pautas del sistema único de habilitación, soportes evidencias y hallazgos de la misma. También fue necesario elaborar un informe gráfico sobre los estándares solicitados, cuántos de ellos cumplen y cuántos de estos no cumplen, con el fin de obtener unas conclusiones y mejor visibilidad a la hora de analizarlo.

De modo que se construyó una tabla AMEF para analizar por medio de esta los resultados obtenidos en el informe, asimismo se determinó el alcance de la propuesta de plan de mejoramiento en base a los datos recolectados en actividades previas, se definió las estrategias y objetivos de la misma forma se alinearon los objetivos a las estrategias del Balance Scorecard y finalmente se establecieron líderes para cada medición, se crearon indicadores para cada categoría y se evaluó el Balance Scorecard y por último se realizaron correcciones.

Desarrollo del Proyecto.

Objetivo 1: Diagnosticó de la situación actual de la *Clínica del Trabajador S.A.S*, para identificar los estándares de habilitación que se cumplen y que no se cumplen en base la resolución 3100 de 2019.

La Resolución 3100 de 2019 en la *Clínica del Trabajador S.A.S* es una norma diseñada para ser aplicada en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Debido a la complejidad de la norma fue necesario dividirla en factores como, grupos de servicios, servicios, complejidad y modalidad de prestación. Para ello, durante el diagnóstico inicial de la misma, se aplicó una lista de chequeo como una herramienta que facilita dicho proceso.

Para la aplicación de la herramienta, fue necesario buscar la información y conocer todos los factores que caracterizan la IPS (Institución Prestadora de Salud) en estudio. Encontrando la siguiente información:

La empresa *Clínica del Trabajador S.A.S* es una nueva IPS Privada en Bogotá, Colombia, fundada en 2018 por una serie de accionistas médicos de gran reconocimiento en el país; Ubicada específicamente en la Calle 161 #16C-63 en el barrio Orquídeas de la ciudad, cuyos lugares más cercanos son la Fundación Cardio Infantil. Conformada con un equipo médico de gran experiencia en el manejo de los accidentes laborales, y el riesgo laboral cuenta con especialistas en ortopedia, cirugía de hombro, rodilla, columna, pie, cirugía de mano y su especialidad cirugía plástica y médica.

La *Clínica del Trabajador S.A.S* cuenta con un total de 47 empleados, entre los cuales 12 se encuentran por contrato directo con la IPS y los 35 restante por contrato por prestación de servicios y practica estudiantil con algunas universidades de la región. Divididos en las siguientes áreas.

Administrativo: Gerente (1), Atención Usuario (1), Facturación (1), Contabilidad (2) , Auxiliar Administrativa (1), Ingeniero de Sistemas (1), Asesor de Calidad (1). Para un total de 8 Empleados

Asistenciales: Fisioterapeuta (1), Cirujanos (5), Jefe de Enfermería (1), Auxiliar de Enfermería (4), Biomédico (1), Técnico de Esterilización (2) Ortopedista (1), Farmacéutico (1), Medico (6), Practicante de Medicina (2), Estudiante de Auxiliar de Enfermería (10). Para un total de 34 empleados contratos y subcontratados.

Servicios de Apoyo: Servicios Generales (3), Celaduría (2). Para un total de 5 empleados.

En términos de Financieros según el anexo 7, (Estados de situación Financiera) a corte de 31 de diciembre de 2021, El total de activados que tenía la *Clinica del Trabajador S.A.S*, eran de \$ 9.396.999.932 donde \$ 7.278.498.308 corresponde a patrimonio y 2.118.501.624 a Pasivos. Su utilidad Bruta cerró con \$ 358.453.502.

Los gastos operacionales totales fueron de \$ 664.584.779 para tener un resultado negativo de \$ - 306.130.278 y un resultado del periodo después de impuestos de \$ - 554.169.508.

Luego, se consultó en el sistema del ministerio de salud REPS (Registro de Entidades Prestadoras de Salud), de la cual, con base al N.I.T de la misma, se obtuvo la siguiente información:

Código del Prestador: 1100134091-01

Ubicación: Bogotá.

Representante legal: Andrés Fernando Hortua Gómez.

Fecha de Inscripción: 2018/11/21.

Sedes: 1 (avenida calle 161 N° 16 C-39/51)

Servicios:

1. Hospitalización Adultos: Baja
2. Cirugía Ortopédica: Media
3. Cirugía Plástica y Estética
4. Cirugía de la Mano: Media
5. Toma de Muestras de Laboratorio Clínico: Baja
6. Servicio Farmacéutico: Baja
7. Fisioterapia: Baja
8. Imágenes Diagnósticas-Ionizantes: Media
9. Anestesia: Media
10. Médica General: Media
11. Ortopedia y/o Traumatología: Media
12. Cirugía Plástica y Estética: Media
13. Medicina del Trabajo y Medicina Laboral
14. Medicina Física y Rehabilitación.

De los cuales diez de los catorce servicios son ambulatorios, cuatro de hospitalización, ninguno con unidad móvil, ni con condición de domiciliario, tampoco con condición extramural y finalmente, tres con condiciones de institución remitora. Todo ello significa que la modalidad de servicios que brindan es de manera INTRAMURAL.

Una vez conocida la información básica de la clínica, se estudió la Resolución 3100 de 2019, la cual se encuentra dividida en la resolución y el anexo técnico del documento (manual). En ella se estipulan: la estructura de los servicios, los grupos, la modalidad, complejidad, especificaciones, definiciones, estándares y condiciones. además, incluye información adicional como la vigencia de la inscripción, la habilitación de servicios, el reporte de novedades, entre otras.

En consecuencia, considerando los factores explicados anteriormente, se diseñó una lista de chequeo, que podría realizarse en cualquier IPS. Esta herramienta nos permitió controlar los requerimientos de cualquier objetivo, norma, función, entre otros. En ella se encuentran los siguientes parámetros: (Ver Tabla 1)

Tabla 1 Parámetros del contenido de la lista de chequeo.

Grupo	Servicio brindado por la clínica	Estándar	Complejidad	Modalidad	Condición
Apoyo diagnóstico y terapéutico	Consulta Externa General	Dotación	Baja	Intramural	Cumple
Consulta Externa	Servicio de Atención prehospitalario	Historias Clínicas y Registros	Baja, mediana y Alta	Sala de Recuperación Intramural	No Cumple
Internación	Servicio de consulta externa especializada	Infraestructura	Mediana	Cirugía	No Aplica
Quirúrgico	Servicio de cirugía	Interdependencia	Mediana y Alta	Telemedicina	Observaciones
Todos los Servicios	Servicio de Cuidado intermedio adulto	medicamentos, dispositivos e insumos	N/A	N/A	N/A
N/A	Servicio Farmacéutico	Procesos Prioritarios	N/A		
N/A	Servicio de Gestión Pretransfusional	Talento humano	N/A	N/A	N/A
N/A	Servicio de Hospitalización	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	Servicio de imágenes diagnósticas	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	Servicio de laboratorio clínico	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	Servicio de Seguridad y Salud en el trabajo	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	Servicio Terapia Física	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	Servicio de Toma de nuestros	N/A	N/A	N/A	N/A

Nota: (Elaboración Propia a base de la Resolución 3100 de 2019) Tabla de clasificación del contenido de cada columna en base a los parámetros de la resolución 3100 de 2019.

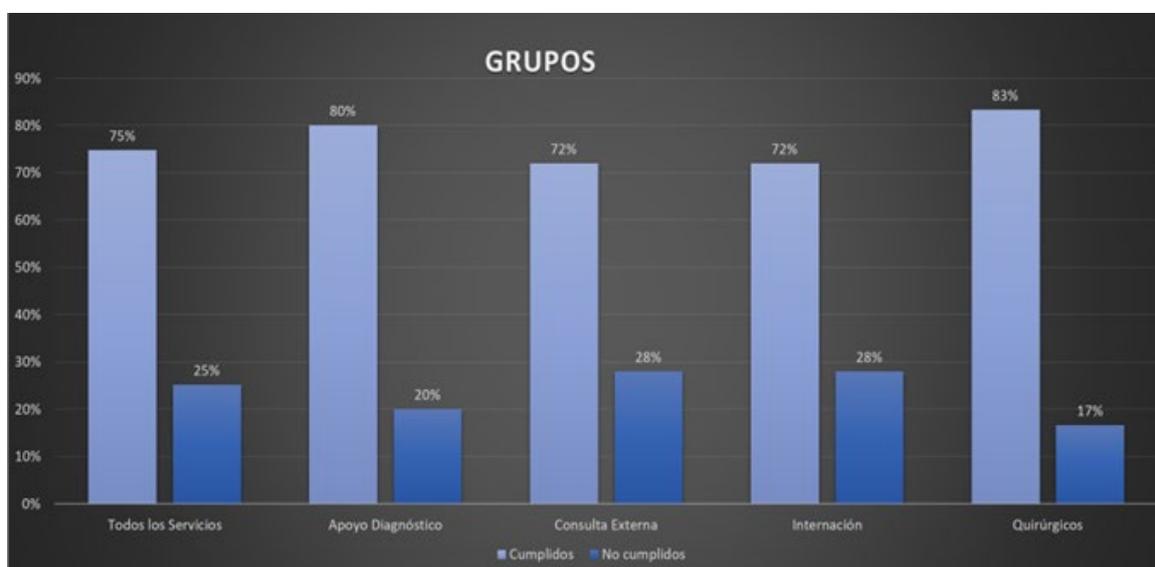
La lista de chequeo se muestra completa en el Anexo 1.

Una vez construida y revisada por la Ingeniera Ana Elizabeth Cely, líder de calidad de la clínica, y de acuerdo con las condiciones de la IPS, los servicios ofertados y su nivel de complejidad, se obtuvieron 377 criterios que son aplicables a la entidad.

Para realizar la revisión de dicha lista y poder aplicarla en la IPS, se solicitó mediante llamada telefónica al Ingeniero Andrés Hortua Gómez, gerente de la clínica, una visita dividida en 3 días.

Al realizar la investigación, se decidió aplicar por grupo de servicios. Obteniendo los resultados que se muestran en la Figura 4:

Figura 2. Criterios Cumplidos y No cumplidos por grupos según resolución 3100 de 2019



Nota: (Elaboración Propia) Porcentaje de cumplimiento que tiene cada grupo de evaluación encontrado en la norma.

Los siguientes gráficos presentan el nivel de cumplimiento que tiene la *Clínica del Trabajador S.A.S* en cada uno de los servicios que fueron agrupados de acuerdo a la norma.

Se encontró que todos los servicios tienen un índice de cumplimiento superior al 70 %. Sin embargo, aún no logran cumplir con la totalidad de la norma en ninguno de los servicios ofertados (que es lo esperado), de acuerdo a la lista de chequeo que se le aplicó a la *Clinica del Trabajador S.A.S* el diagnóstico indicó que los criterios de no cumplimiento están entre un 17% a un 28% debido a que no cuentan con suficiencia patrimonial, talento humano, documentación de procesos, sistemas de vigilancia y control. De manera que, para obtener un mejor análisis, se pudo realizar el siguiente gráfico de pastel (ver Figura 5).

Figura 3. Porcentaje de Cumplimiento de la norma.

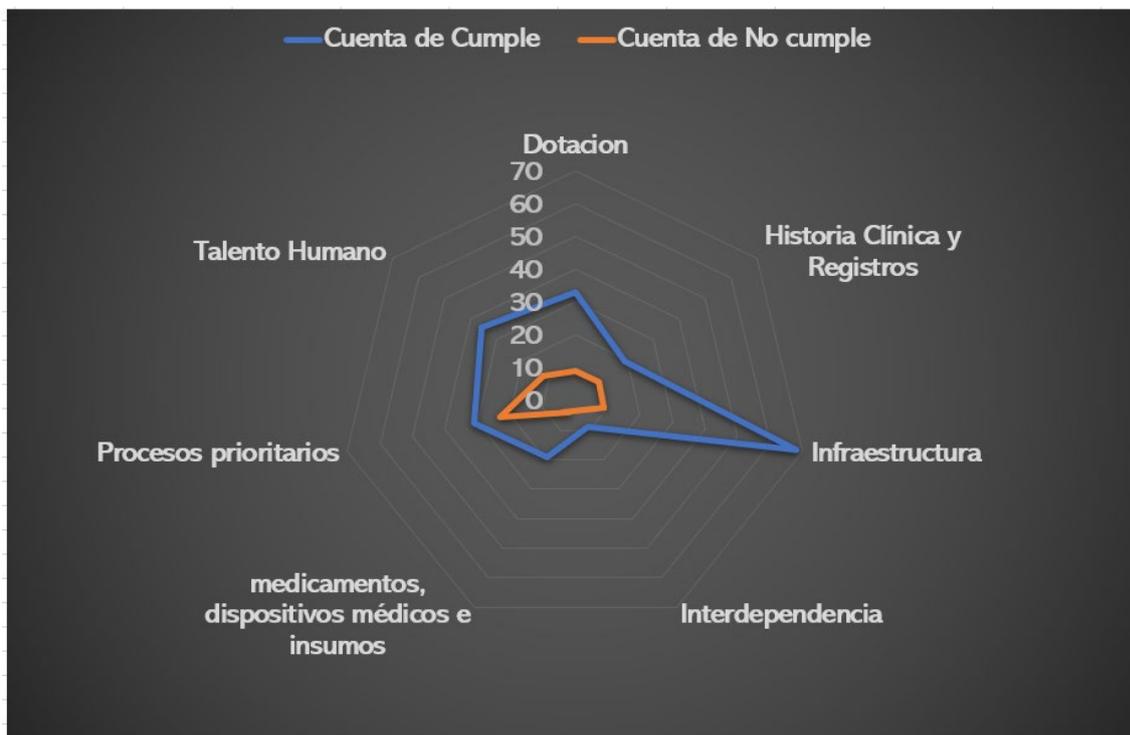


Nota: Porcentaje de cumplimiento de la *Clinica del Trabajador S.A.S* con respecto a la resolución 3100 de 2019.

La Figura 5 muestra diagrama de pastel donde se puede observar que la *Clinica del Trabajador S.A.S* NO cumple en un 23 % con los requerimientos exigidos por la norma (Resolución 3100 de 2019). Esto dado que solo existen dos conceptos de calificación, favorable y no favorable en la misma. El primero de estos se consigue si y sólo si se cumple con un 100%, de lo contrario se considera que la calificación no es favorable. De acuerdo a esto significa que la *Clinica del Trabajador S.A.S* puede estar siendo sancionada en uno o

más servicios por la falta de cumplimiento normativo. Para dar una mejor explicación obsérvese la Figura 6 a continuación.

Figura 4. Diagrama de araña por estándar.



Nota: Diagrama de Araña sobre los estándares “cumplidos”, “no cumplidos” y “no aplica” de la resolución 3100 de 2019 a la Clínica del Trabajador S.A.S (elaboración propia)

El diagrama de araña de la figura 6, permite visualizar a manera de red, el nivel que dé cumplimiento e incumplimiento que tiene la *Clínica del Trabajador S.A.S*, Respecto a los estándares que se encuentran en la Resolución 3100 de 2019 de manera global y no por grupos como se evidencia en la (Figura 4), analizando, por medio de esta, que su infraestructura es una de las que tiene mayor cumplimiento y los procesos prioritarios el mayor incumplimiento. Esto puede deberse a que las instalaciones, son grandes, cómodas, limpias y organizadas, pero, en su parte documental se encuentran mal estructurada o en algunos casos no concuerda con la realidad.

Resultados de Diagnóstico.

Los hallazgos encontrados en el diagnóstico de la *Clínica del Trabajador S.A.S*, en base a los criterios que le fueron aplicados de la Resolución 3100 se pudo llegar a la conclusión que NO se cumple con la normativa vigente en un 23.86%, para buscar cuales fueron las posibles causas y efectos que generó este grado de no conformidad se hizo una análisis mediante la metodología AMEF (Análisis de Modo y Efecto de Falla) (Ver Anexo 2), dando como principales causas de su incumplimiento los siguientes problemas, Falta de personal (Estándar de Talento Humano), Falta de mantenimiento o equipos biomédicos (Dotación), Insuficiencia patrimonial (Patrimonio) y ninguna o poca concordancia entre la documentación exigida y las acciones realizadas dentro de la clínica (Procesos prioritarios), así que para poder evitar consecuencias legales es necesario el desarrollo de un plan de mejoramiento en el cumplimiento de la normatividad mencionada.

El (Anexo 3) muestra a detalle las NO conformidades encontradas en el desarrollo del diagnóstico.

Objetivo 2: Plan de Mejoramiento para el cumplimiento de los requisitos establecidos en la resolución 3100 de 2019.

El plan propuesto en el contenido de este capítulo se desarrolla con el fin de subsanar y mejorar aquellos procesos donde según el análisis del capítulo anterior se presentan la mayoría de no conformidades y fallas, entre ellos están los siguientes según su desdoblamiento de procesos: ambientes físico, apoyo diagnóstico y terapéutico, calidad, cirugía, esterilización, hospitalización, consulta externa, desarrollo del talento humano, farmacia, gerencia, gestión de la información y las comunicaciones, gestión documental e historias clínicas, seguridad de la atención, telemedicina y Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo.

En la realización del plan de mejoramiento fue indispensable dar las respuestas a las preguntas de la metodología 5W+1H, ¿Por qué?, ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Dónde? y ¿Cuándo? de las acciones de mejora, por tanto se diseñó una tabla en el programa Microsoft Excel, donde primeramente, se le dio un objetivo al plan de mejoramiento, el cual fue: “realizar un mejoramiento continuo en todas las áreas involucradas con el fin de subsanar incumplimientos normativos y buscar una mejor calidad de servicio.” posteriormente se dividió esta de la siguiente manera.

Ítem de plan de mejoramiento.

- **Ítem:** Da una codificación a la acción de mejoramiento esta se identifica debido a la columna de priorización.
- **Priorización:** Muestra los resultados de priorización obtenidos en el AMEF en el diagnóstico, lo cual permite evidenciar cuales son las acciones más urgentes a mejorar y corregir hasta las acciones con menos prioridad.

- **Objetivo:** Especifica el ¿Por qué? pues da a conocer cuál es el objetivo de la acción de mejoramiento en un marco global, también las ventajas que podemos tener al cumplir el mismo.
- **Fuente de Mejora:** Indica el ¿Dónde? se debe mejorar para este caso el proceso, se obtiene según la caracterización del proceso de la *Clinica del Trabajador S.A.S*
- **No Conformidad Detectada:** Las no conformidades encontradas en el diagnóstico de la resolución más las no conformidades encontradas en el acta de visita de la secretaría distrital de salud.
- **Actividades para Desarrollar:** Nos muestra el ¿Qué?, es decir las actividades que debemos hacer para cumplir con el objetivo y de esta manera subsanar o mejorar la no conformidad.
- **Plan de Desarrollo:** Conocer el ¿Como? vamos a desarrollar la actividad el paso a paso que debemos hacer.
- **Responsable:** Determina un líder y responsable de la actividad este se escoge mediante las características y conocimientos que debe tener para la correcta ejecución del plan de desarrollo.
- **Comunicación:** Determina la manera ¿Como? en que el líder y responsable de la actividad deberá comunicar al personal sobre los objetivos a alcanzar.
- **Fecha de Implementación:** Establece unos periodos de tiempo para su realización es decir el ¿Cuándo?, además que divide los 6 meses de su implementación y los periodos en los que se debe medir por medio de los indicadores. Este tiempo de medio año a partir de enero de 2023 se toma debido a la urgencia de cumplir con lo establecido con la norma antes del que eventualmente se tenga una visita sorpresa de auditoría.

- **Indicador de Proceso:** Establecemos los indicadores cualitativos y cuantitativos que se debe tener para medir el avance en el cumplimiento del objetivo.
- **Evidencia:** Da las pruebas necesarias que evidencie el cumplimiento del objetivo, además de que ayudan a tener pruebas verídicas para ser mostradas al comité de auditorías.

Todos los ítems anteriores se evidencian en la Anexo 6.

Su ejecución puede desarrollarse en diferentes procesos al tiempo o procesos por proceso, esto se deja a libre elección de la institución. Lo recomendado sería en diferentes procesos al tiempo, aunque requiere mayor tiempo y dedicación del talento humano supone una mejora y subsanación de fallas más rápida y menos costosa. Puede ejecutarse por fases se sugiere las siguientes:

1. **Documentar Fase 1:** Consiste en dejar estipulado por escrito cuales son los procedimientos realizados en la clínica describir sus paso a paso. Añadiendo controles de calidad cuando sea necesario, con el fin de describir un diagrama de flujo de proceso que sea entendible para el personal, que detalle factores importantes como objetivos, alcance, recursos, actividades, riesgos y acciones correctivas. Esto para tener bases en la siguiente etapa.
2. **Capacitación Fase 2:** Debido a que muchos procesos van a tener actualizaciones y cambios se recomienda capacitar al personal por medio de herramientas digitales y presenciales, explicándoles los procesos seguros que deben seguir en el desarrollo de su labor y los controles que deben realizar en tareas, como deben enviar esta información a su superior y notificar las fallas encontradas con el fin de entrar a la fase 3.
3. **Ejecución Fase 3:** El control es una etapa clave para determinar cómo va la ejecución del plan se sugiere que este se haga por cada líder de proceso y utilizando la

herramienta propuesta en esta tesis Balanced Scorecard (Cuadro de mando integral) en periodos cortos; preferiblemente mensualmente. Con el fin de ver el avance, los cambios y el cumplimiento de objetivos propuestos en el plan de mejoramiento además de tomar decisiones en el caso que estos no vayan de acorde al plan, si requieren de indicadores únicos para cada área se propone que usen el formato de ficha de indicador (Ver Anexo 4) y anexar en su cuadro de mando integral en una de las categorías.

4. ***Verificación y Actuación Fase 4:*** Acciones Correctivas Fase 4. Una vez detectado fallas en la ejecución del plan es importante que las acciones de mejora que se realicen para su corrección sean rápidas y efectivas con el fin de evitar el aumento de costos, pues debido a que muchos procesos son transversales si uno se retrasa en el cumplimiento causará la demora de en el cumplimiento de los otros, El líder de cada proceso deberá asegurar la toma de acciones para la corrección de la falla y crear controles para la no repetición de esta. Actualizar o crear protocolos que permitan la no repetición y capacitar al personal.

Objetivo 3: Elaboración del Cuadro de Mando Integral para el control y seguimiento del Plan de Mejoramiento.

El cuadro de mando integral es una herramienta usada en el sector salud desde 1977, esto según el artículo “Cuadro de mando en Salud”, con la intención de realizar un mejor control de las instituciones en procesos financieros, de comunicación, uso adecuado de los recursos y la mejora de los servicios ofertados. (Leyton-Pavez et al., 2015, Discusión, párrafo 1), propósitos que tiene en común la *Clinica del Trabajador S.A.S*, que requiere herramientas que le permitan cumplir no solo con la normatividad vigente y subsanar incumplimientos, sino también, que combatan las causas de estos. Y que se relacionan con lo expuesto anteriormente.

Es por eso que se elabora un Cuadro de Mando Integral con el fin de proponer estrategias posibles para el 2023, que ayuden al cumplimiento normativo y subsanar las no conformidades encontradas en la visita de auditoría de la Resolución 3100 de 2019 y dar continuidad con eficiencia la prestación de sus servicios a futuro.

En este capítulo se realizó el desarrollo de Balanced Scorecard herramienta que nos permitirá controlar el avance de cumplimiento del plan de mejoramiento y de este modo el objetivo principal de la tesis, se realiza las fases necesarias para la implementación del cuadro de mando integral con base a los resultados previamente obtenidos en el resultado del diagnóstico, AMEF y el plan de mejoramiento verificando este último. Adicionalmente se desarrolla con el objetivo de medir el cumplimiento de la visión., misión y los objetivos estratégicos de la *Clinica del Trabajador S.A.S*.

Para el desarrollo del Balanced Scorecard fue necesario conocer primeramente su misión, visión y objetivos estratégicos que tiene la *Clinica del Trabajador S.A.S* encontrando lo siguiente.

Misión:

“Brindar servicios de salud oportunos de alta calidad, mediante la atención especializada de los accidentes de tránsito, trabajo y escolares, además de la prevención y el tratamiento integral de las enfermedades profesionales.” (Clínica del Trabajador S.A.S, 2020)

Visión:

Propuesta de visión de la *Clínica del Trabajador S.A.S*, suministrada por gerencia: “Al año 2025, la *Clínica del Trabajador S.A.S* desea alcanzar su acreditación de calidad, logrando posicionarse como una de las mejores instituciones prestadoras de servicios en la ciudad de Bogotá en búsqueda de la ampliación de los servicios ofertados, mejorando la calidad de las sus áreas ya posicionadas en la región contando con tecnología, infraestructura y talento humano de alta calidad, comprometido y competitivo. Brindando un mejor bienestar a nuestros usuarios, por medio de un servicio de atención al cliente más humanizado.”

Objetivos Estratégicos:

Los objetivos estratégicos que maneja la *Clínica del Trabajador S.A.S* son:

- Acreditación en los Sistemas de Calidad.
- Ampliación de portafolio de servicios.
- Aumento de los contratos de prestación de servicios con EPS.
- Monitor amento de los programas de Seguridad al Paciente.
- Capacitación y formación del personal.
- Servicio al cliente y Trato Humanizado

Diagnóstico:

Para valorar los factores internos y externos de la *Clínica del Trabajador S.A.S* se elaboró una matriz (DOFA) donde se identificaron las características propias que tiene la clínica. Inicialmente encontramos las fortalezas donde se reúnen todos los elementos

positivos que esta tiene, es decir las capacidades y recursos que la hacen fuerte ante la competencia, así mismo encontramos las oportunidades que son factores de aprovechamiento con el fin de generar estrategias y ventajas dándole cumplimiento a la visión y misión de la clínica.

Las desventajas que se tienen con respecto a otras organizaciones, son llamadas debilidades, estas representan las falencias que tiene la organización durante el desarrollo de las actividades diarias, finalmente están las amenazas, estas son situaciones externas a la clínica, pero ponen en riesgo a la organización.

Teniendo en cuenta lo anterior la matriz DOFA que se elaboró para darle realización a este objetivo del proyecto de investigación se enfocó en las cuatro perspectivas fundamentales, que son: financiera, clientes, procesos internos y formación, como se evidencia a continuación en la gráfica (ver tabla 2).

Tabla 2 Matriz DOFA financiera.

MATRIZ FINANCIERA					
		FORTALEZAS		DEBILIDADES	
		1	Cuentan con un buen patrimonio donde el mayor activo se encuentra en propiedades, plantas y Equipos	1	Cierre de Utilidad para el año 2021 en negativo
		2	Ingresos operacionales mayores en comparación con periodos pasados debido a una recuperación pos-pandemia	2	Mal manejo del presupuesto
		3	Accionistas Leales.	3	Gastos Operacionales de Administración Elevados
		4	Mantenimiento de los precios promedios según el mercado	4	Impuestos de Renta y Complementarios Elevados
		5		5	Depreciación de Planta y Equipo Elevada
OPORTUNIDADES		ESTRATEGIAS FO		ESTRATEGIAS DO	
1.	Aumento de precios en servicios prestados, debido a la poca oferta de estos	F2,O1	Aumentar el numero de contratos con EPS y ARL en la prestación de servicios Urgencias y aumento de numero de pacientes	D3,O2	Buscar ayudas gubernamentales para la atención de pacientes en condiciones vulnerables.
2.	Mayor apoyo por parte de entes gubernamentales en el sector salud			D1,O1	Crear publicidad a través de redes sociales y nuevos medios de comunicación
3.	Utilización de Software para manejo presupuestal			D2,O3	Garantizar el sostenimiento economico de la Clínica por medio de software de control presupuestal
4.	Possibilidad de alianzas con EPS y ARL para la atención de Urgencias				
AMENAZAS		ESTRATEGIAS FA		ESTRATEGIAS DA	
1.	Marcado ilegal de servicios quirurgicos	F1,A2	Mantener en excelente estado propiedades, planta y equipos, por medio de un cronograma de mantenimiento riguroso	D5,A3	Crear sistemas de prevención de riesgos economicos
2.	Aumento de precios en insumos y dispositivos medicos a causa de la inflación	F2,A1	Ofrecer descuentos <10% por la realización de ciertos procedimientos a clientes fidelizados		
3.	Sanciones, multas y cierres que puedan tener por incumplimiento normativo lo que generé mayores gastos de impuestos y menores utilidades				
4.	Cambio de la reforma tributaria				

Nota: (Elaboración propia) En la siguiente tabla es la matriz DOFA utilizada para realizar un diagnóstico de las Perspectivas Financiera del BCS

Financiera: (Ver Tabla 2)

Con el diagnóstico financiero se pudo evaluar y analizar la posición económica de la clínica, sus principales fortalezas son la fidelidad de los inversionistas, el alto valor en los activos de propiedad planta y equipo, los ingresos operacionales son significativos en comparación a los anteriores años y la estabilidad de los precios frente al mercado. Por otra parte, encontramos debilidades tales como: valores negativos en el cierre de utilidad del año 2021, mala manejo del presupuesto, elevados gastos operacionales y depreciación de planta y equipo. Por estos motivos la clínica del trabajador debe incorporar planes de acción, crear sistemas de prevención de riesgos económicos, buscar ayudas gubernamentales, planificar el presupuesto, ofrecer descuentos e implementar software y hacer campañas de concientización, siendo estas estrategias sirven para identificar nuevas oportunidades, tomar medidas de acción y correctivas en sus debilidades y prevenir consecuencias que puedan traer las posibles amenazas.

Tabla 3 Matriz DOFA Clientes

MATRIZ CLIENTES					
		FORTALEZAS		DEBILIDADES	
		1	Aumento en la demanda de Clientes	1	Mal manejo Post Quirúrgico
		2	Agendamiento de Citas Oportuno, manejando un amplio horario de 6 am a 9 pm.	2	Demora en la realización de cirugías
		3	Pacientes Satisfechos con la Atención	3	Realización de diagnósticos equivocados
		4	Profesionales en cirugía altamente calificados	4	Falta de personal para la atención
		5	Atención poco humanizada con el paciente		
OPORTUNIDADES		ESTRATEGIAS FO		ESTRATEGIAS DO	
1	Creación del servicios de urgencias	F1, O3, O4	Utilizar nuevos canales de comunicación digital, para el agendamiento de citas y la medición de satisfacción	D1, O3	Mejorar los servicios de cuidado post operatorio mediante el seguimiento por canales de comunicación digitales
2	Mejora en la calidad de la atención	F3, O2	Fidelizar a nuestros clientes por medio de la calidad de la atención	D2, O2	Optimizar la cantidad de cirugías programadas para cumplir con tiempos de realización de cirugías
3	Nuevos canales de atención del paciente y seguimiento			D3, O4	Realizar campañas de concientización al personal medico sobre la prevención de diagnósticos equivocados
4	Mayor intereses de las personas por el cuidado de la salud			D5, O4, O3	Hacer cursos de capacitación sobre trato humanizado al paciente y la atención de Salud
AMENAZAS		ESTRATEGIAS FA		ESTRATEGIAS DA	
1	Pacientes más exigentes en la atención de salud	F2, A2, A3	Aumentar el tiempo de atención por paciente	D1, D3, D4, A4	Evitar quejas y reclamos por mala atención a través de sanciones económicas al personal involucrado.
2	Menores tiempo de atención para pacientes exigidos por normatividad.				
3	Crisis en el Sector Salud				
4	Quejas y reclamos por parte de algunos usuarios mal diagnosticados				

Nota: (Elaboración propia) En la siguiente tabla es la matriz DOFA utilizada para realizar un diagnóstico de las Perspectivas de Cliente del BCS

Cientes: (Ver Tabla 3)

Al analizar correctamente las oportunidades y amenazas de la clínica y relacionarlas con las fortalezas y debilidades se pudo evidenciar que la matriz de clientes carece de atención humanizada al paciente, presentan demoras en la realización de cirugías, mal manejo post quirúrgico y falta de personal para una atención oportuna, así mismo cabe destacar que esta se beneficia de fortalezas tales como brindar un agendamiento oportuno en las citas con flexibilidad de horarios en la atención, profesionales altamente calificados y aumento de la demanda de clientes. Se deben mejorar los procesos, realizar campañas de concientización del personal, realizar protocolos para la atención en Salud, capacitar al personal y utilizar nuevos canales de comunicación digital con el paciente. Todo esto con el fin de mejorar la calidad de los servicios y mitigar las quejas e insatisfacciones de la continuidad, la presentación de quejas o reclamos y las posibles sanciones legales.

Tabla 4 Matriz DOFA procesos Internos

MATRIZ PROCESOS INTERNOS					
		FORTALEZAS		DEBILIDADES	
		1	Base de documentos para algunos procesos.	1	Insuficiencia de Talento Humano.
2	Entidad de complejidad media o baja.	2	Mal direccionamiento de áreas		
3	Talento humano con formación profesional y comprometido con la Institución.	3	Incumplimiento en los cronogramas de mantenimiento de equipos y dispositivos medicos.		
4	Habilitación de servicios ofertados.	4	Falta y poca concordancia de la documentación de la clínica.		
5	Implementación de herramientas digitales para el control documental.	5	Carencia de un plan de gestión de integral de residuos hospitalarios.		
6	Ubicación geoestrategica	6	Sobrecarga laboral en trabajadores.		
		7	No contar con un estudio que permita calcular la capacidad instalada.		
		8	Falta de un plan de acreditación para el mejoramiento de la atención en salud.		
		9	Algunas deficiencias en la infraestructura para la prestación de servicios		
OPORTUNIDADES		ESTRATEGIAS FO		ESTRATEGIAS DO	
1	Convenios de pasantías y practicas con instituciones educativas	F5,O4	Realizar procedimientos para la implementación de controles de calidad.	D1,O1	Crear alianzas con universidades para generar practicas y pasantias en la clínica.
2	Mejoramiento de la Infraestructura, posibilidad de realización remodelación y adaptación de áreas	F3,O3	Crear espacios que permitan la formación de talento humano a travez de medios digitales	D2,O4	Orientar las decisiones de los líderes en el cumplimiento de objetivos mediante un sistema de gestión de calidad
3	Herramientas de atención y capacitación por parte de la clínica, como de entidades gubernamentales.	F5,O3	Impulsar el uso de la herramienta digital para el control documental	D3,O5	Contratar a entidades externas para el mantenimiento de la infraestructura, herramientas y dispositivos utilizados
4	Implementación de Sistemas de Gestión de Calidad			D4,O5	Realizar auditorias internas para la verificación de la documentación
5	Alianzas con entidades para el asesoramiento externo			D5, O4	Implementar Sistemas de Gestión Ambiental basadas en ISO y normatividad aplicada.
				D6,D7,O	Hacer estudios de Capacidad instalada y carga laboral con entidades externas y expertas en el tema.
				D9,O2	Corregir las deficiencias de infraestructuras por medio de planes de acción
				D8,O4	Diseñar un plan para la acreditación y mejoramiento de la atenciónn de salud.
AMENAZAS		ESTRATEGIAS FA		ESTRATEGIAS DA	
1	Cambios en la reforma tributaria.	F2, A1, A4.	Diseñar planes de acción para mitigar los efectos de el cambio en la normatividad y reforma tributaria	D2,D5, D8, A4, A5,A1	Contar con planes estrategicos para la prevención de riesgos
2	Incertidumbre en la contratación de Talento Humano	F3,A2	Fomentar la permanencia en la institución de los practicantes que terminen sus estudios	D6, A2	Tener documentado el manual de funciones para cada área
3	Alza en los costos de atención	F1,A5	Crear un plan de emergencias frente a crisis humanitarias y de salud		
4	Normatividad aplicada y vigente para las Instituciones de Salud en constante cambio.	F6,A3,A6	Buscar nuevos proveedores locales y internacionales para la compra de suministros medios		
5	Pandemias cambios y crisis relacionados a la atención en salud.				
6	Falta de suministros medicos debido a la demanda de ellos				

Nota: (Elaboración propia) En la siguiente tabla es la matriz DOFA utilizada para realizar un diagnóstico de las Perspectivas de Procesos Internos del BCS

Procesos Internos: (Ver Tabla 4)

Con la información obtenida en el análisis por medio de la matriz DOFA (de procesos internos) la Clínica del Trabajador S.A.S debe crear espacios que permitan la formación del personal impulsando el uso de las herramientas de control documental por medios digitales, crear alianzas con universidades para darle la oportunidad a los nuevos profesionales y

paralelo a esto cubrir la insuficiencia en talento humano que tiene la clínica. Como estrategias a corto plazo se propone organizar mesas de trabajo con todos los funcionarios, con el objetivo de mejorar los procedimientos, hacer planes estratégicos para la prevención de riesgos, control y mejoramiento, diseñar planes de acción con el fin de mitigar los efectos del cambio de la normatividad y reforma tributaria, adicionalmente contar con manual de funciones por cada área, esto con el propósito de liberar las sobrecargas laborales y finalmente orientar las decisiones de los líderes en el cumplimiento de objetivos mediante un sistema de gestión de calidad, interviniendo en la falta y poca concordancia de la documentación de la clínica.

Tabla 5 Matriz DOFA Formación

MATRIZ FORMACIÓN					
		FORTALEZAS		DEBILIDADES	
		1	Talento humano con experiencia profesional en el campo de sa	1	Mala utilización de las herramientas digitales utilizadas para capacitación.
		2	Herramientas web para la realización de cursos de capacitación	2	Mal uso de herramientas, dispositivos y equipos.
		3	Cursos de capacitación creados y implementados	3	Liderez poco Eficacez.
				4	Deficiencia en los procesos de Inducción y Reinducción.
				5	Desconocimiento de la noramtividad y documentos implementados en la institución
OPORTUNIDADES		ESTRATEGIAS FO		ESTRATEGIAS DO	
1	Capacitadores internos y externos	F2, F3, O1	Implementar cronograma de capacitaciones para el personal.	D3,O1	Formar cualidades y actitudes de liderazgo a empleados de la clínica
2	Cursos de la secretaria distrital de salud			D1,D2, O1	Capacitar en el uso de herramientas digitales, equipos y dispositivos medicos.
3	Capacitaciones de Aseguradoras de Riesgo Laborales			D5, O1, O3	Acondicionar al personal sobre los procesos realizados mediante el estudio de la documentación implementada y la normatividad
AMENAZAS		ESTRATEGIAS FA		ESTRATEGIAS DA	
1	Rotación de personal	D3,A2	Usar los cursos de capacitación existente para formar al perso	D1,A1	Crear un protocolo para la inducción y reinducción de personal
2	Poca oferta de personal con experiencia profesional necesaria				

Formación y Crecimiento: (Ver Tabla 5)

Teniendo en cuenta los aspectos analizados en la matriz de formación, el talento humano cuenta con amplia experiencia profesional en el campo de la salud, pero adicionalmente a esto la clínica del trabajador le ofrece a su personal cursos de capacitación y herramientas web para que ellos estén en constante formación, las capacitaciones ofrecen las Aseguradoras de Riesgo Laborales, Cursos de la secretaria distrital de salud y capacitadores

internos y externos son una herramienta de gran ayuda y soporte para la clínica del trabajador ya que sus trabajadores tiene falencias en uso de herramientas, dispositivos y equipos, deficiencia en los procesos de inducción y reinducción y desconocimiento de la normatividad y documentos implementados en la institución.

Es importante resaltar que la formación continua de los empleados les permitirá abordar y comprender las necesidades internas; generar capacidades que sean útiles para lograr que cada uno de ellos tenga las bases adecuadas para alcanzar los más altos niveles de efectividad en las tareas realizadas. Otra amenaza externa es en ámbitos relacionados a la medicina, ya que en Colombia existe actualmente poca oferta de personal con experiencia necesaria en especialidades brindadas; la baja oferta de medios especialistas genera la necesidad de que formar a personal nuevo en instituciones jóvenes, pequeñas y de baja complejidad como lo es la Clínica del Trabajador S.A.S esta último si se dirige bien es una oportunidad para la misma.

Una vez ya analizado la institución prestadora de servicios estudia y conociendo el diagnóstico interno y externo de las cuatro perspectivas tratadas en el Balanced Scorecard, se procede a generar estrategias que estén alineadas tanto a la visión como a los objetivos estratégicos mediante un Mapa estratégico que veremos a continuación

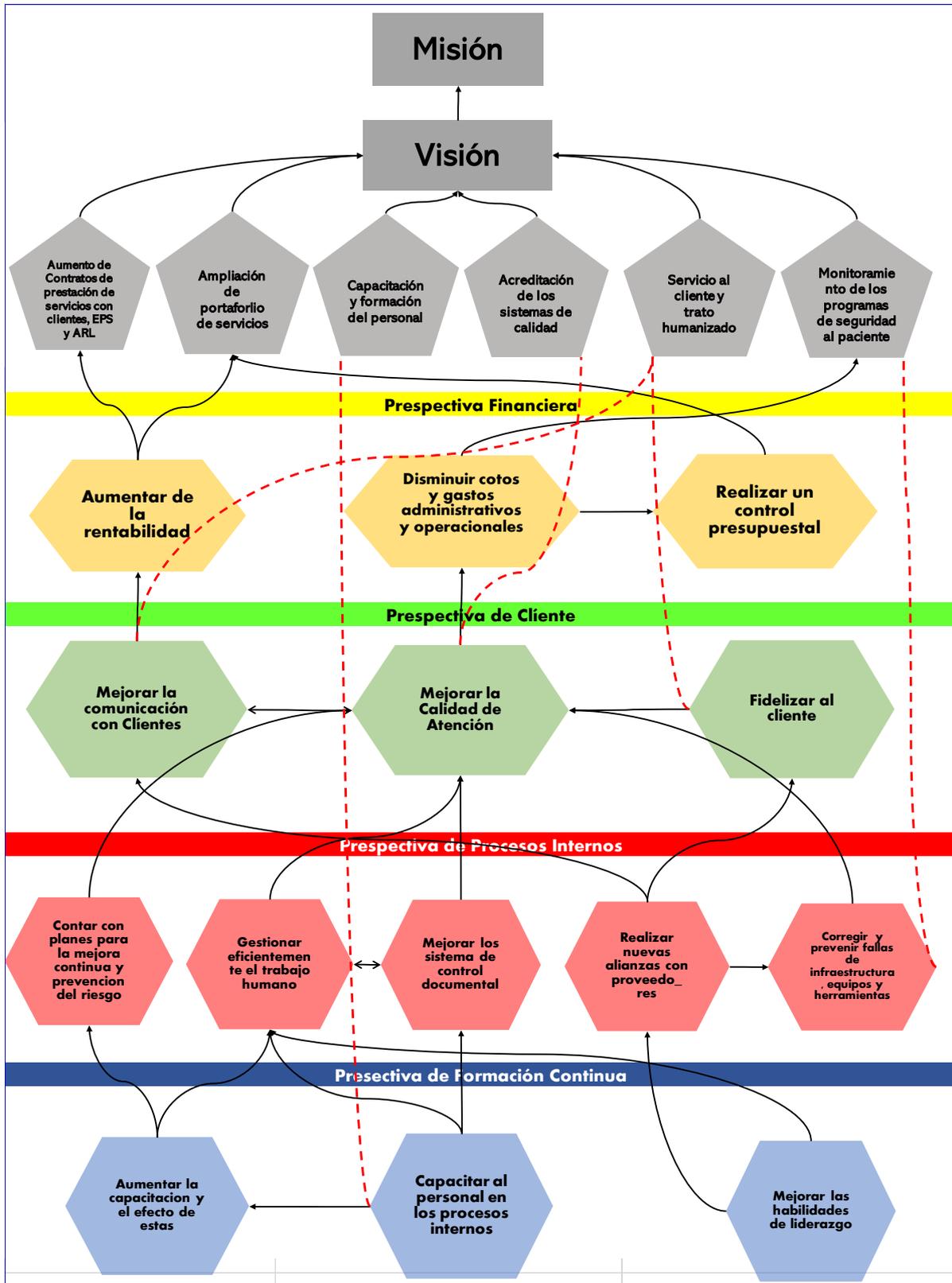
Mapa estratégico.

El desarrollo del mapa estratégico se realiza apoyado del diagnóstico inicial de la norma, el Análisis de Modo y Efecto de Fallas y el análisis de las perspectivas del cuadro de Mando Integral (Balanced Scorecard), consiguiendo de este modo una representación visual de los objetivos estratégicos de las perspectivas analizadas y sus respectivas estrategias para llegar al cumplimiento de la visión, misión, no conformidades y los hallazgos de la visita de auditoría.

El desarrollo de mapa estratégico se hizo tomando como referencia las perspectivas del Balanced Scorecard con los objetivos estratégicos desarrollados para la subsanación de no conformidades, las acciones a tomar para el cumplimiento del plan y los hallazgos de la visita de auditoría.

Obteniendo el desarrolló el siguiente mapa estratégico encontrado en la (Figura 07).

Figura 5 Mapa Estratégico.



Nota: (Elaboración Propia), Mapa estratégico de la *Clinica del Trabajador S.A.S* enfocada en el plan de mejoramiento para la habilitación de servicios. Este mismo archivo se puede encontrar en la primera hoja del Anexo 5.

En el anterior gráfico se puede apreciar el mapa estratégico; como paso inicial en la construcción del BSC (Balanced Scorecard) para lograr el cumplimiento de la Resolución 3100 de 2019.

El Cuadro de Mando Integral (Ver Anexo 6) genera estrategias necesarias, que sirven, para combatir los problemas que se encuentran en el Análisis de Modo y Efecto de Fallas (Ver Anexo 2), el cual fue construido para analizar las causas de las No conformidades, encontradas en el diagnóstico de la norma y hallazgos de la visita de auditoría, ya que, los resultados de esta demostraron que los principales problemas que generan las no conformidades son: falta de talento humano, no realización de mantenimiento a equipos biomédicos, insuficiencia patrimonial y poca concordancia entre las actividades realizadas por el personal y la documentación aplicada debido a una escasa capacitación del personal en procesos internos.

Estas causas se puede resolver por medio de estrategias globales como: gestionar eficiente el talento humano, corregir y prevenir fallas de infraestructura y equipos, aumento la rentabilidad por medio de la disminución de costos y el uso eficiente del presupuesto, mejorar los sistemas de control y capacitar al personal en los procesos internos; fomentando su liderazgo y la efectividad de los cursos; respectivamente.

Una vez concluido el mapa estratégico y explicando el porqué de su utilización la siguiente etapa es el desarrollo del Balanced Scorecard fue la alineación de sus objetivos estratégicos de cada perspectiva, estrategias y la medición del cumplimiento de estas por medio de indicadores clave de gestión (KPI's).

Matriz de alineación de KPI con estrategias.

Una vez identificados las estrategias por medio de los DOFA para cumplimiento de los objetivos estratégicos se realizó un matriz que permitiera alinear los indicadores de medición a cada uno de los objetivos tanto del Balanced Scorecard, sino también de los objetivos del plan estratégico (Ver Anexo 6), esto para tener una relación definida entre estos; como se muestra en la Matriz de Alineación de KPI's y Objetivos Estratégicos (Ver Tabla 6), estableciendo los planes de acción y cumplimiento con metas establecidas.

Tabla 6 Matriz de alineación KPI's con objetivos estratégicos

Perspectiva	Objetivos de plan de mejoramiento N° Items del plan	Objetivo	Estrategias	Indicadores	Meta	Plan de Acción
Financiera	11,30,	Aumentar la Rentabilidad	Aumentar el número de contratos con EPS y ARL en la prestación de servicios Urgencias y aumento de número de pacientes	Número de nuevos contratos	Aumentar de margen de utilidad operacional en un 30%	Búsqueda de alianzas con EPS y ARL por medio de presentación de catálogo de servicios
	11,30,	Aumentar la Rentabilidad	Crear publicidad a través de redes sociales y nuevos medios de comunicación	Aumento de nuevos clientes	Aumentar el número de clientes	Programas de marketing digital
	11,30,	Aumentar la Rentabilidad	Ofrecer descuentos <10% por la realización de ciertos procedimientos a clientes fidelizados	% De margen de Utilidad Operacional	Fidelizar al cliente	Beneficios y descuentos por cliente fidelizado
	11	Disminuir Costos y Gastos Administrativos y Operacionales	Buscar ayudas gubernamentales para la intención de pacientes en condiciones vulnerables.	Cantidad de beneficios recibidos por entes gubernamentales	Obtener beneficios económicos por parte de entes gubernamentales para disminuir gastos administrativos	Búsqueda de acuerdos gubernamentales y beneficios para la disminución impuestos.
	11	Disminuir Costos y Gastos Administrativos y Operacionales	Mantener en excelente estado propiedades, planta y equipos, por medio de un cronograma de mantenimiento riguroso	Numero de fallas presentas en propiedades , planta y equipos.	Disminuir la depreciación de propiedades, plantas y equipos	Cronograma de mantenimientos de infraestructura, equipos, dispositivos y herramientas que aumenten la vida útil de estos elementos.
	76	Realizar un control presupuestal	Garantizar el sostenimiento económico de la Clínica por medio de software de control presupuestal	Eficacia del presupuesto	Mantener la economía de la clínica en índices positivos	Realizando un mejor control del presupuesto, disminuyendo gastos y costos operativos y

						aumentar la rentabilidad
	76	Realizar un control presupuestal	Crear sistemas de prevención de riesgos económicos	Resultado del Periodo	Evitar imprevistos económicos que afecten la utilidad de la clínica	Diseño de planes para mitigar los efectos de sanciones, multas y crisis económicas
Cliente	40,44,57,61	Mejorar la Comunicación con el Cliente	Utilizar nuevos canales de comunicación digital, para el agendamiento de citas y la medición de satisfacción	Porcentaje de Satisfacción del Cliente	Disminuir los tiempos de respuesta en la asignación y facturación de citas	Uso de herramientas digitales para la asignación automática de citas.
	5,10,14,26,27,29,45,55,56,64,65,73,74,75	Mejorar la Calidad de la Atención	Hacer cursos de capacitación sobre trato humanizado al paciente y la atención de Salud	Mejoramiento en la percepción de la atención	Mejorar la calidad y el servicio de la atención hacia el paciente	Cursos de capacitación sobre la atención en salud
	5,10,14,26,27,29,45,55,56,64,65,73,74,75	Mejorar la Calidad de la Atención	Mejorar los servicios de cuidado post operatorio mediante el seguimiento por canales de comunicación digitales	Mejoramiento en la percepción del cuidado postquirúrgico	Utilizar herramientas digitales para el cuidado y la monitorización del paciente, con el fin de brindar una atención virtual	Implementar software y hardware para valoración del paciente desde casa
	5,10,14,26,27,29,45,55,56,64,65,73,74,75	Mejorar la Calidad de la Atención	Realizar campañas de concientización al personal médico sobre la prevención de diagnósticos equivocados	Porcentaje de registro de eventos adversos	Evitar diagnósticos equivocados.	Concientización sobre los riesgos de un mal diagnóstico.
	5,10,14,26,27,29,45,55,56,64,65,73,74,75	Mejorar la Calidad de la Atención	Aumentar el tiempo de atención por paciente	Tiempo Promedio de Atención	Mejorar el servicio de consulta externa y cirugía.	Aumento en los tiempos de atención
	5,10,14,26,27,29,45,55,56,64,65,73,74,75	Mejorar la Calidad de la Atención	Evitar quejas y reclamos por mala atención a través de sanciones económicas al personal involucrado.	Número de Quejas y Reclamos presentadas	Disminuir las quejas y reclamos relacionados a la mala atención	Sancionar de manera económica a personal que, mediante investigación, demuestre que haya realizado una mala atención.
	5,10,14,26,27,29,45,55,56,64,65,73,74,75	Mejorar la Calidad de la Atención	Optimizar la cantidad de cirugías programadas para cumplir con tiempos de realización de cirugías	Porcentaje de realización de Cirugías	Mejorar el cronograma de cirugías para evitar retrasos y reprogramaciones	Utilizar un cronograma de cirugías donde indique el tiempo de cada cirugía el número de cirugías que se puedan realizar en un día
	67	Fidelizar al cliente	Fidelizar a nuestros clientes por medio de la calidad de la atención	Porcentaje de clientes que prefieren a clínica del trabajador	Retener al cliente	Mejorar la calidad de la atención en salud, para que el cliente persiga un excelente servicio y retorne a nuestras instalaciones

Procesos Internos	1,3,4,7,9,12,13,16,21,23,24,34,39,42,49,50,52,60	Contar con planes para la mejora continua y prevención del riesgo	Realizar procedimientos para la implementación de controles de calidad.	Aumento de la calidad del servicio	Detectar posibles fallas de en la calidad de la salud	Por medio de listas de chequeo, verificación y control de procesos, acciones o procedimientos realizados.
	1,3,4,7,9,12,13,16,21,23,24,34,39,42,49,50,52,60	Contar con planes para la mejora continua y prevención del riesgo	Orientar las decisiones de los líderes en el cumplimiento de objetivos mediante un sistema de gestión de calidad	Procesos orientados al cumplimiento o de objetivos estratégicos	Formar de líderes para el cumplimiento de objetivos organizacionales	Formación de la cultura organizacional y trabajo en equipos
	1,3,4,7,9,12,13,16,21,23,24,34,39,42,49,50,52,60	Contar con planes para la mejora continua y prevención del riesgo	Diseñar un plan para la acreditación y mejoramiento de la atención de salud.	Porcentaje de planes cumplidos	Lograr la Acreditación de Calidad	Plan para el mejoramiento de la calidad en salud
	1,3,4,7,9,12,13,16,21,23,24,34,39,42,49,50,52,60	Contar con planes para la mejora continua y prevención del riesgo	Crear un plan de emergencias frente a crisis humanitarias y de salud	Porcentaje de planes cumplidos	Preparar a la institución frente a emergencias sanitarias	Plan de emergencias hospitalarias
	1,3,4,7,9,12,13,16,21,23,24,34,39,42,49,50,52,60	Contar con planes para la mejora continua y prevención del riesgo	Contar con planes estratégicos para la prevención de riesgos	Numero de controles realizados	Disminuir los riesgos relacionados a la atención en salud	Plan estratégico para la prevención de riesgos
	1,3,4,7,9,12,13,16,21,23,24,34,39,42,49,50,52,60	Contar con planes para la mejora continua y prevención del riesgo	Diseñar planes de acción para mitigar los efectos del cambio en la normatividad y reforma tributaria	Porcentaje de incumplimiento normativo	Anticipar consecuencias debido al cambio normativo	Planeación anual que tenga en cuenta los posibles cambios normativos
	8,19,31	Gestionar Eficientemente el Talento Humano	Crear espacios que permitan la formación de talento humano a través de medios digitales	Porcentaje de espacios actos para el aprendizaje	Formar al personal en temas relevantes a la IPS	Por medio de uso de herramientas digitales para la realización de cursos de capacitación
	8,19,31	Gestionar Eficientemente el Talento Humano	Hacer estudios de Capacidad instalada y carga laboral con entidades externas y expertas en el tema.	Realización de Capacidad Instalada	Determinar la capacidad necesaria para el correcto desarrollo de las actividades realizadas	Contratar una empresa que se dedique a realizar estudios en temas referentes a talento Humano
	8,19,31	Gestionar Eficientemente el Talento Humano	Fomentar la permanencia en la institución de los practicantes que terminen sus estudios	Porcentaje practicantes contratados una vez finalizan estudios	Retener a personal formado y capacitado en procesos internos	A través de programas para la contratación inmediata por resultados obtenidos durante su práctica o pasantía
	8,19,31	Gestionar Eficientemente el Talento Humano	Tener documentado el manual de funciones para cada área	Porcentaje de puestos de trabajo con manual de funciones	Establecer tareas y funciones que competen a cada área	Realizar manual de funciones para cada puesto dentro de la IPS

	2,15,22,35,37,38,59	Mejorar los sistemas de control documental.	Impulsar el uso de la herramienta digital para el control documental	Nivel de experiencia en herramienta digital	Mejorar la gestión documental	Unificar los documentos manejados en la clínica, en una herramienta digital de fácil acceso al todo el personal
	2,15,22,35,37,38,59	Mejorar los sistemas de control documental.	Realizar auditorías internas para la verificación de la documentación	Porcentaje de Auditorías Realizadas	Contar con la documentación de acuerdo a las necesidades internas y externas	Realizar auditorías internas para la verificación del cumplimiento documental
	28,54	Realizar nuevas alianzas con proveedores	Buscar nuevos proveedores locales e internacionales para la compra de suministros medios	Numero de alianzas con proveedores	Disminuir los costos de material prima	Hacer un análisis de proveedores de insumos y dispositivos médicos
	69	Retener y formar nuevo personal	Crear alianzas con universidades para generar prácticas y pasantías en la clínica.	Numero de ingresos de estudiantes a prácticas o pasantías	Aumentar el talento humano	Realizar convenio con universidades para la realización de prácticas y pasantías en la institución
	18,25,32,33,49,51,53,67,72	Corregir y prevenir fallas de infraestructura, equipos y herramientas	Contratar a entidades externas para el mantenimiento de la infraestructura, herramientas y dispositivos utilizados	Numero de remodelaciones, mantenimientos y actualizaciones de infraestructura o equipo	Prevenir fallos por la no realización de mantenimiento	Contratar con entidades externas para la prestación de servicios de mantenimiento.
	18,25,32,33,49,51,53,67,72	Corregir y prevenir fallas de infraestructura, equipos y herramientas	Corregir las deficiencias de infraestructuras por medio de planes de acción.	Numero de remodelaciones, mantenimientos y actualizaciones de infraestructura o equipo	Mejorar las instalaciones de la clínica del trabajador	Diseñar un plan de acción para la corrección de deficiencias en la infraestructura.
	6,20,41,58,68,70	Cuidar al medio ambiente	Implementar Sistemas de Gestión Ambiental basadas en ISO y normatividad aplicada.	Índice de sostenibilidad ambiental	Disminuir el impacto ambiental generado	Creación de un sistema de gestión ambiental
Innovación y Aprendizaje	47,69	Aumentar la capacitación y el efecto de estas	Implementar cronograma de capacitaciones para el personal.	Índice de capacitación	Crecimiento profesional de nuestros empleados	Cursos de capacitación por medio de herramientas digitales
	30,67,71	Capacitar al personal en los procesos Internos	Capacitar en el uso de herramientas digitales, equipos y dispositivos médicos.	Índice de resultado de capacitación	Evitar eventos adversos relacionados a la mala utilización de equipos y dispositivos	Capacitaciones presenciales sobre el uso de herramientas digitales, equipos y dispositivos
	30,67,71	Capacitar al personal en los procesos Internos	Acondicionar al personal sobre los procesos realizados mediante el estudio de la documentación implementada y la normatividad	Índice de resultado de capacitación	Prevención de riesgo relacionados a la mala realización de procedimientos médicos	Concientización sobre los procesos y procedimientos realizados para la disminución de riesgos

	30,67,71	Capacitar al personal en los procesos Internos	Usar los cursos de capacitación existente para formar al personal nuevo.	Porcentaje de Cursos Realizados	Formación de nuevos empleados	Implementación de espacios de aprendizaje para la formación de nuevos empleados en la clínica
	30,67,71	Capacitar al personal en los procesos Internos	Crear un protocolo para la inducción y reinducción de personal	Nivel de impacto de los programas y campañas	Realizar una correcta inducción al nuevo personal	Crear un protocolo que permita conocer las acciones a seguir la inducción y reinducción de personal
	61	Mejorar las habilidades de liderazgo	Formar cualidades y actitudes de liderazgo a empleados de la clínica	Número de personas que demuestran habilidades de liderazgo	Aumentar las cualidades de liderazgo en la Institución	Capacitaciones en liderazgo, comunicación y trabajo en equipo

Nota: (Elaboración Propia), Muestra la alineación desarrollada entre las perspectivas del Balanced Scorecard (BSC), Objetivos Estratégicos, Estrategias, Indicadores, Metas y planes de medición con el fin de poder alinear los indicadores para del cuadro de mando integral (CMI).

Para la alineación de los objetivos del plan de mejoramiento con las estrategias de BSC, fue necesario agrupar cada objetivo del plan por medio de sus numerales (Ver Anexo 6), con el objetivo estratégico, ya que las estrategias pueden dar soluciones a los problemas evidenciados en el Análisis de Modo y Efecto de Falla (AMEF) y cumplir de este modo con el plan de mejoramiento. Además de dar sostenibilidad a futuro.

Es por eso que la matriz de alineación cuenta con estos factores en cada una de sus columnas, como se puede ver en la (tabla 06), cada perspectiva, seguida de sus objetivos según el mapa estratégico (ver figura 07). Se crearon las estrategias por medio de DOFA y los indicadores que se consideraron necesarios para medirlas y en algunos casos un indicador permitía controlar varias estrategias a la vez.

En el caso de la perspectiva financiera la matriz de alineación estrategias- Indicador (Ver Tabla 6) se elaboró de la siguiente forma: Para subsanar los problemas relacionados a la insuficiencia patrimonial, es necesario saber que se tiene que aumentar la rentabilidad,

disminuir costos operacionales y gastos administrativos que adsorben todas las utilidades netas, esto se puede hacer por medio del uso eficiente del presupuesto.

Para el caso de la perspectiva de cliente se utilizaron algunos indicadores normativos de la resolución 256: 2016 un ejemplo: Porcentaje de Satisfacción al Cliente y Clientes que prefieren a la IPS, esto dos indicadores permitían medir la Calidad de la Atención y la fidelización del cliente, con el fin de determinar si nuestra calidad de servicio y la mejora de la comunicación con el cliente, han logrado atraer a más personas a la institución, aumentando su rentabilidad. Se midió la calidad de la atención con indicadores como, campañas y cursos para la atención en salud, trato humanizado, mejora en los cuidados postoperatorios y prevención de diagnósticos equivocados. Con el fin de que el paciente sienta una mejor atención y mayor confianza de realizar sus procedimientos médicos con la IPS.

Los procesos internos son según lo visto en el diagnóstico inicial y análisis por medio del AMEF (Ver Anexo 2) el generador del mayor incumplimiento, esto causado por un el mal desempeño de los sistema de gestión aplicados que generan desorganización de los procesos y una mala realización de tareas, acompañado por la falta de trabajo en equipo , el desconocimiento e ignorancia de la normas aplicadas, la falta de líderes comprometidos, una mala administración del talento humano, poca prevención frete a riesgos y la ausencia de un sistema de gestión ambiental. Es por eso que fue necesario crear estrategias que aumentarán la eficiencia de los sistemas de gestión de calidad y prevención de riesgo, mediante la corrección de deficiencias de infraestructura y mantenimientos preventivos, uso de controles de calidad, organización de los procesos en base al trabajo en equipo y la formación de nuevos líderes, que trabajaren en conjunto para el cumplimiento de metas organizacionales. Todo esto acompañado de un sistema de control documental que describa, las acciones, tareas, procedimientos y planes necesarios para la corrección de estas problemáticas. Esto se

puede medir mediante con indicadores claves como: Aumento de la calidad del servicio, Procesos orientados al cumplimiento de objetivos estratégicos, Porcentaje de planes cumplidos, Realización de Capacidad Instalada, Porcentaje de Auditorías Realizadas, Índice de sostenibilidad ambiental, Numero de remodelaciones, mantenimientos y actualizaciones de infraestructura o equipo entre otros.

Para finalizar en la perspectiva de formación y crecimiento se crearon objetivos estratégicos que se complementaban entre sí; como fueron aumento de capacitación y efecto de estas, la necesidad de capacitar al personal en los procesos internos de la clínica y generar habilidades de liderazgo necesarias para el cumplimiento de ciertas tareas. El uso del cronograma de capacitación permite programar las capacitaciones necesarias, que debe recibir el personal para realizar correctamente sus funciones, estas pueden ser uso de equipos, dispositivos médicos y herramientas digitales, normatividad aplicada en los procesos y capacitación de inducción y reinducción, medidas con indicadores clave como: de índices de capacitación, resultados obtenidos, porcentaje de cursos realizados e impactos de programas. Acompañado por una formación de liderazgo que ayudará a desarrollar cualidades útiles en el trabajo, como responsabilidad, compromiso, motivación y resolución de problemas.

Y al controlar dichas estrategias se busca principalmente dar solución a los problemas encontrados en el diagnóstico inicial y a su vez cumplir con los objetivos estratégicos, la misión y visión que quiere lograr la *Clínica del Trabajador S.A.S.* Entre las metas a lograr están: mejorar su margen de utilidad, disminuir sus costos y gastos, aumentar la efectividad del presupuesto, contar con nuevas tecnologías, mejorar su infraestructura, aumentar sus clientes y mantenerlos, cuidar el medio ambiente, cumplir con la normatividad vigente, disminuir los riesgos, capacitar al personal los procesos internos, mejorar el trabajo en equipo y el liderazgo en áreas. Esto a través de planes de acción como programas que mejoren los

procesos de dirección, riesgo, control, fidelización, seguridad, calidad, ambiental y generando campañas de formación por medio de cursos de capacitación virtuales.

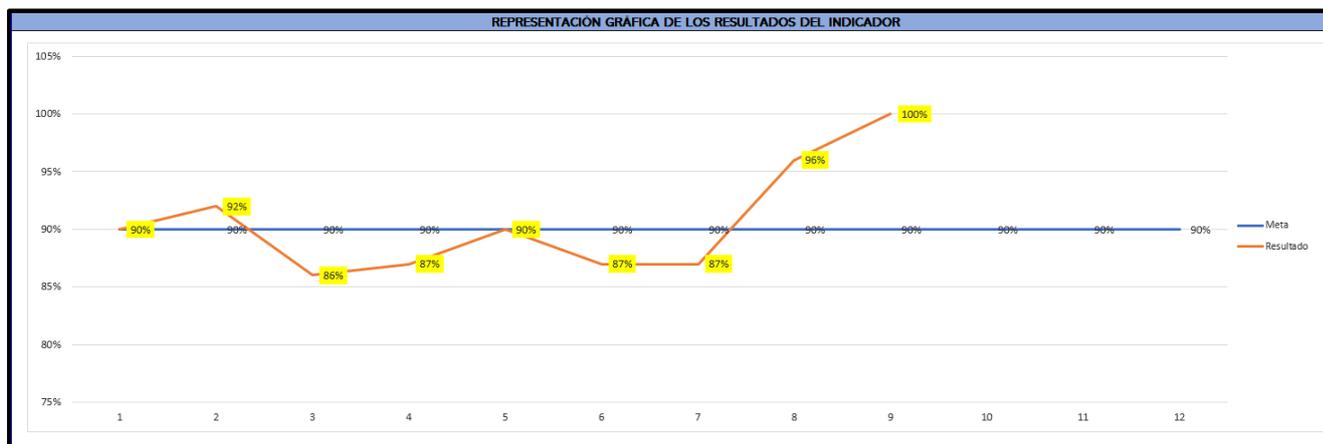
Una vez terminado la alineación de Objetivos Estratégicos e Indicadores clave de medición o KPI's se decide construir una tabla de control de indicadores.

Tabla de Control de Indicadores

La tabla de control de indicadores se diseña con el propósito de tener un control más unificado de los KPI's utilizados en la medición del Balanced Scorecard y poder tomar decisiones más eficientes en el momento en que ocurra desviaciones en las fases de implementación del plan de mejoramiento. El tablero cuenta con un breve resumen de la matriz de alineación en sus primeras columnas con el fin de que la interpretación de esta sea más fácil. Posteriormente nos muestra información clave como: Responsable de la medición; Código del indicador, formula del indicador, unidad de medida, tipo del indicador, fase del ciclo PHVA al que pertenece, meta, frecuencia de medición, rango de evaluación y objetivo de planeación estrategia relacionado (A qué objetivo estratégico pertenece cada indicador).

Por último se configuro la matriz para que esta sea más fácil de modificar, en el Excel enviado como "Cuadro de Mando Integral Plan de Mejoramiento" (Ver Anexo 5) de esta tesis se puede observar que cada indicador tiene su hoja de vida con el formato manejado "Ficha Técnica del Indicador" (Ver Anexo 4) donde se puede acceder al tan solo con dar click en el nombre del KPI's en el tablero de control de indicadores, la hoja de vida del indicador nos muestra información importante como: el proceso al que pertenece, el objetivo del indicador, las fuentes de medición, el responsable de medición, el responsable de analizar la medición y a quien se reporta además, nos permite ver un gráfico de que nos ayudará a analizar si estamos cumpliendo las metas. (Ver Figura 08).

Figura 6 Ejemplo de la representación gráfica de los resultados del indicador.



Nota: (Elaboración Propia) Representación gráfica de los resultados del indicador en un periodo de tiempo.

En esta hoja de vida se diseña las casillas donde se debe colocar los resultados de cada periodo (Ver Figura 09).

Figura 7 Resultados Gráficos del Indicador.

Meta	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	Promedio Anual
Mes	ene-23	feb-23	mar-23	abr-23	may-23	jun-23	jul-23	ago-23	sep-23	oct-23	nov-23	dic-23	
Resultado	90%	92%	86%	87%	90%	87%	87%	96%	100%				91%

Nota: (Elaboración propia) Cuadro de resultados de indicador, donde se llena en la parte de resultados los datos obtenidos en el periodo de tiempo medido para obtener un porcentaje de anual.

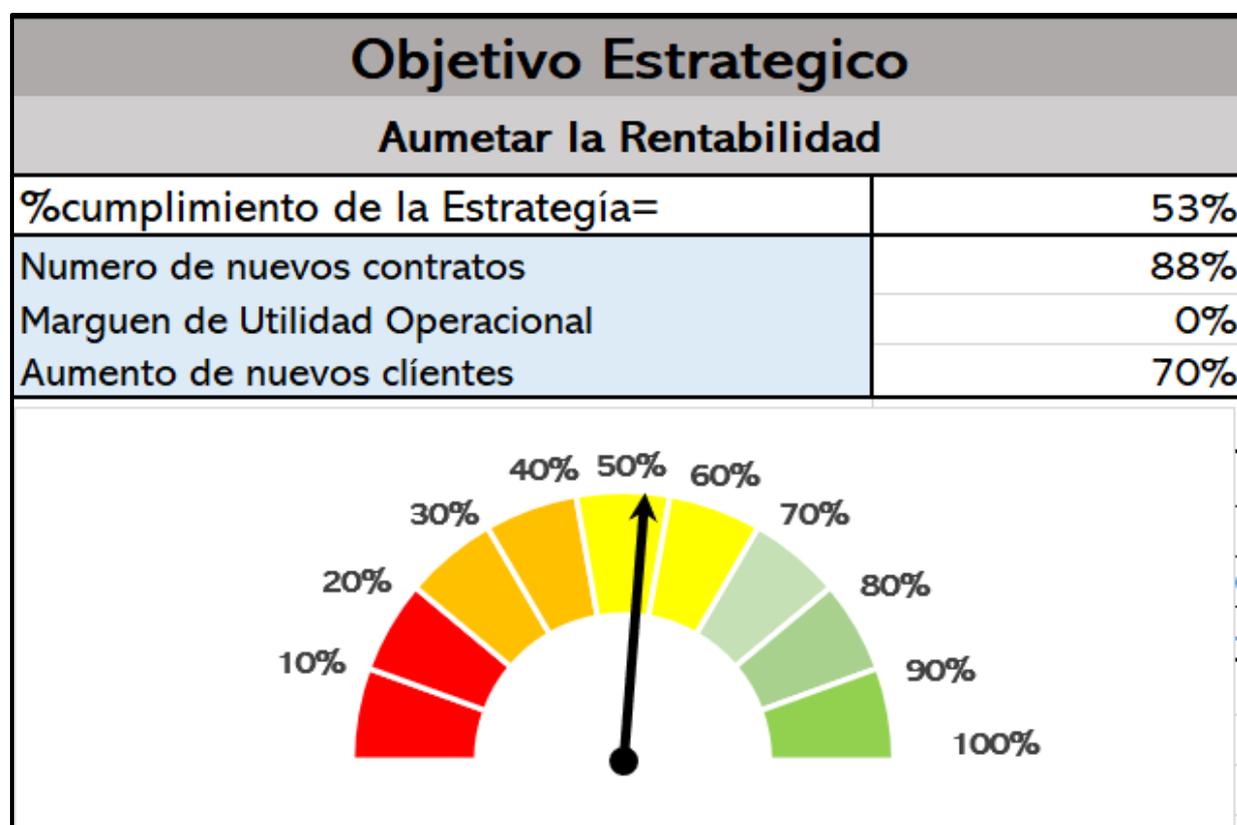
Además, se anexo un segundo cuadro o página donde se realizar los análisis de cada medición y los planes de acción con el seguimiento en caso de que un resultado este en el rango de medida crítico para cada indicador. (Ver Figura 10)

obtenidos de los KPI's aplicados a dicho estrategia. En el caso de que el indicador fuera contrario, es decir, que su interpretación sea 0%-100% y no la común que es 100%. 0% se aplicaría la siguiente formula.

$\%Indicador = SI\ CONJUNTO(Celda = 0\%; Celda = 100\%; Si (Celda = 100\%; Celda = 0\%); Si (Celda = X\%; Celda = Y\% \dots \dots))$

Usando las fórmulas establecidas por Excel.

Figura 9 Tabla de medición de cumplimiento de objetivo estrategico



Nota: (Elaboración Propia), Tabla de medición de cumplimiento de objetivo estratégico. Los porcentajes que aparecen en la imagen no son reales debido a que el uso de la herramienta depende de la aplicación de por parte de la Clínica del Trabajador S.A.S.

Para la elaboración del grafico de medición de cumplimiento de estrategia se decidió hacer un diagrama de velocímetro con el porcentaje de cumplimiento de la estrategia, para esto se programó el Excel para que, mediante dos tipos de gráficos combinados, anillo y

puntos. Estos se obtienen mediante una tabla que divide el gráfico de anillo en nueve partes iguales y una décima parte que corresponde a la mitad del anillo. Para la obtención del diagrama por puntos o la (Flecha) se pasa el porcentaje en grados mediante la fórmula:

$$\text{Grados} = \text{Porcentaje} * \pi$$

Esto con el objetivo de obtener las coordenadas de la punta y cola de la flecha respectivamente, para esto realizo la siguiente tabla: (Ver Tabla 5)

Tabla 7 Tablas de coordenadas para el gráfico de flecha.

X	Y
0	0
Punto X=-1*cos(Grados)	Punto Y= Sen(Grados)

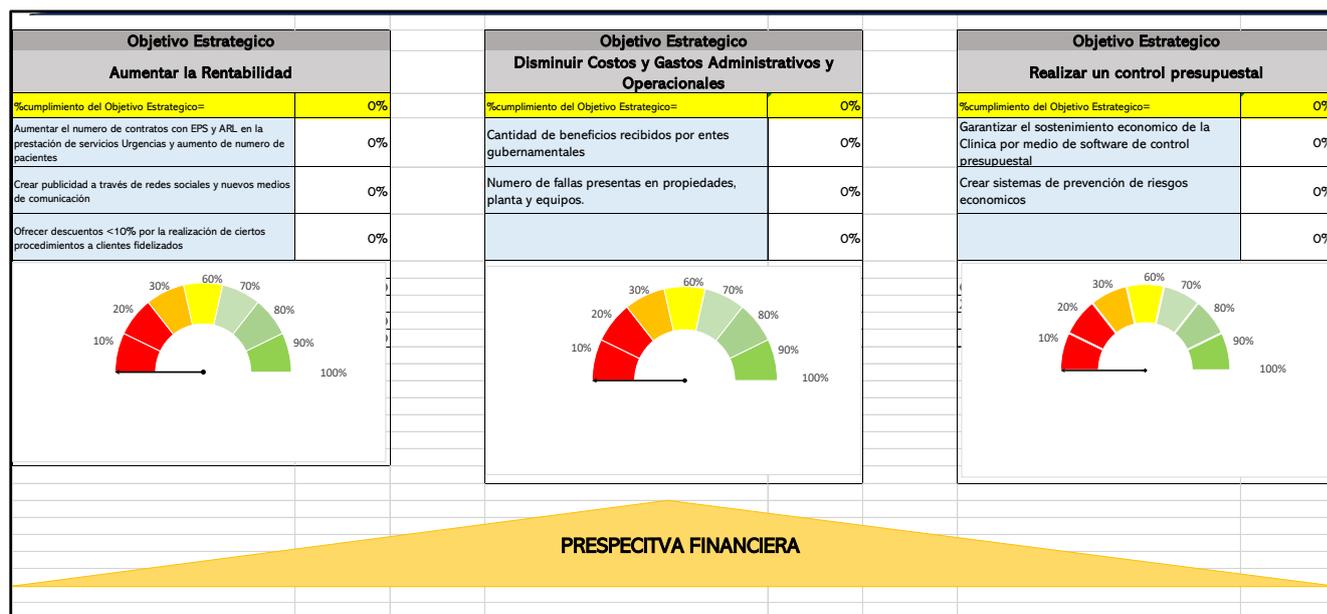
Nota: Se puede observar la tabla como se conforman los puntos de coordenadas para el gráfico de flecha

Se hicieron correcciones de diseño en la línea generada las coordenadas en el gráfico de anillo y se genera una flecha, para posteriormente realiza los test de funcionamiento. Para completar la medición de cada uno de los indicadores de la tabla de medición de cumplimiento de objetivo estratégico, se hace por medio de la hoja de vida del indicador usando la siguiente fórmula:

$$\% \text{Indicador} = \left(\frac{\text{Promedio de cumplimiento en tiempo analizado}}{\text{Meta Estipuada}} \right) * 100$$

Des pues de esto se realiza combinación de varias tablas de medición general de cumplimiento de objetivo estratégico (Ver Figura 11) agrupadas en cada una de las perspectivas del Balanced. Como se ve en la (Figura 12)

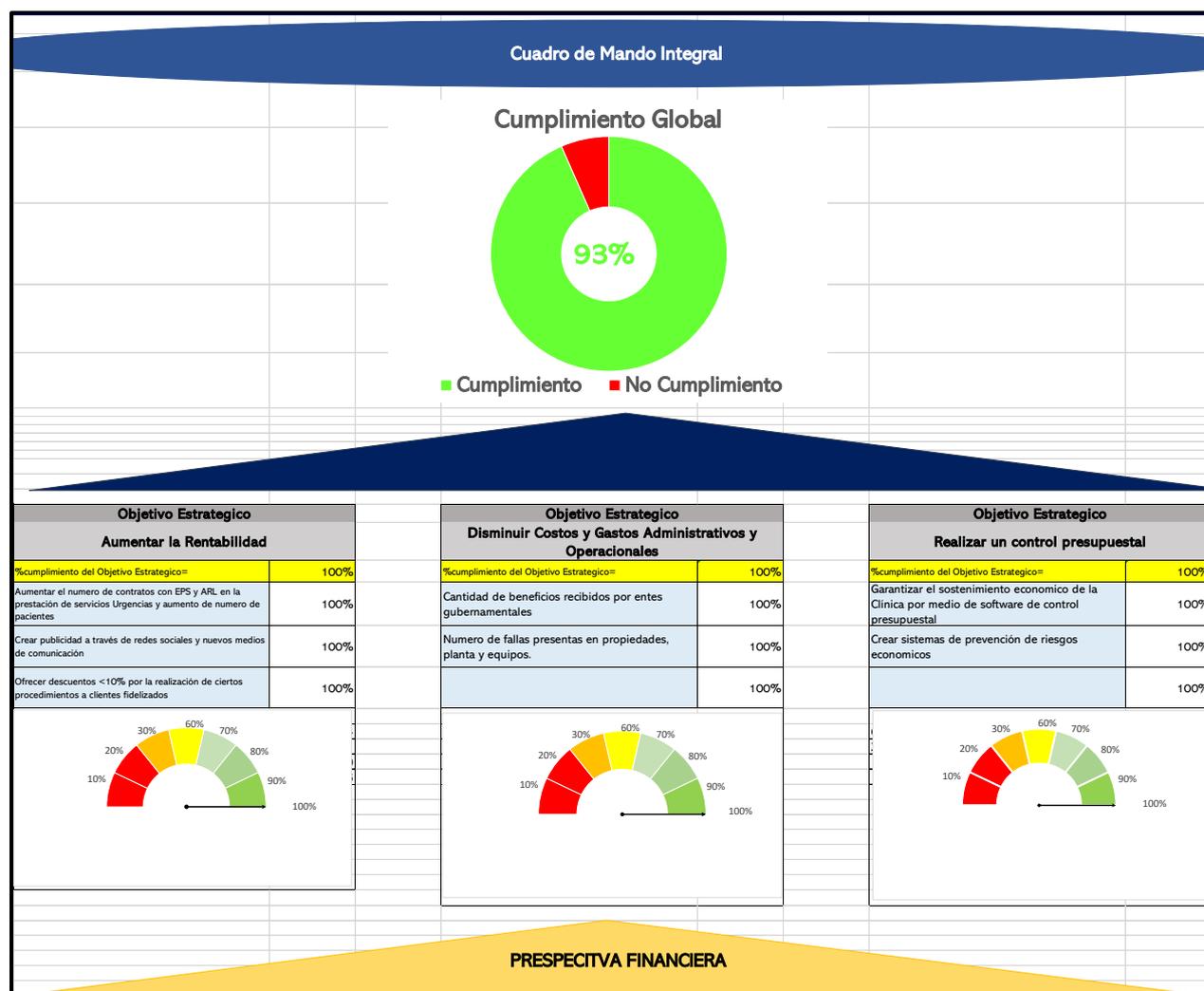
Figura 10 Ilustración de la agrupación de perspectiva financiera.



Nota: (Elaboración propia) Agrupación de las tablas de medición de objetivos con perspectivas en el cuadro de mando integral. Los porcentajes que aparecen en la imagen no son reales debido a que el uso de la herramienta depende de la aplicación de por parte de la Clínica del Trabajador S.A.S.

Para finalmente obtener el siguiente grafico (Ver Figura 13) o (Ver Anexo 5).

Figura 11 ilustración del Cuadro de Mando Integral.



Nota: (Elaboración propia) cuadro de mando integral. Para ver completo el cuadro de mando integral dígame al Anexo 5 (Cuadro de Mando Integral plan de Mejoramiento), los porcentajes mostrados no corresponde a mediciones reales, únicamente usados para comprobar el funcionamiento del CMI y depende de la aplicación de por parte de la Clínica del Trabajador S.A.S.

Para calcular el nivel global de cumplimiento se diseña el grafico central mostrado en la (Ver Figura 13), que promedia el nivel todos los porcentajes de cumplimiento de cada uno de los objetivos estratégicos. Esto para tener una visión más clara del avance de las estrategias para llegar a obtener un cumplimiento en el plan de mejoramiento. Y poder tomar decisiones y acciones correctivas en caso de que no se llegue a la meta estipulada para cada estrategia.

Conclusiones.

En esta tesis se diseñó el plan de mejoramiento para el cumplimiento de los estándares de habilitación de los servicios prestados en la Clínica del Trabajador, según la Resolución 3100 de 2019 y se estableció un Balanced Scorecard que permitirá dar un seguimiento continuo y eficiente al mismo, para que de esta manera se pueda dar paso a la implementación y satisfacer las necesidades que tiene la institución prestadora de salud en el cumplimiento de la normatividad.

En el diagnóstico de las situación en la que se encontraba la *Clínica del Trabajador S.A.S* con respecto a el cumplimiento de los estándares de habilitación establecidos en la Resolución 3100 de 2019, se evidencio que aunque ya estaban operativos desde 2018, el descuido en algunos de sus procesos internos, la poca concordancia entre lo escrito en los documentos con las actividades realizadas por el personal, la no realización de mantenimiento a equipos biomédicos e insuficiencia patrimonial dio pie a que su incumplimiento fuera del 23.6%.

Por eso, se realizó un plan de mejoramiento plan de mejoramiento para el cumplimiento de los requisitos establecidos en la resolución 3100 de 2019. Mediante el uso de la metodología 5W+1H donde se analizó cada no cumplimiento de la norma y se le dio su correspondiente lista de actividades con su responsable, área de actuación, meses de actuación y herramientas necesarias para la actuación, Describiendo las fases de implementación a nivel general del plan de mejoramiento en fases con un ciclo PHVA. De tal manera que la última etapa fuera mediante la herramienta del Balanced Scorecard y de esta manera tuvieran diseñado un plan de mejoramiento que satisfaga las necesidades de la clínica y le permita cumplir con la resolución 3100 de 2019.

Se establecido el Cuadro de Mando Integral (Balanced Scorecard) como herramienta de control y seguimiento en el cumplimiento del plan de mejoramiento. En el que se orientaron las estrategias diseñadas para subsanar las no conformidades encontradas y los problemas analizados por medio de DOFA en cada una de las perspectivas que encierra el cuadro de mando integral. Se diseñaron KPI's que permitirán medir el cumplimiento de cada uno de los objetivos, para finalmente ser consolidados en el BSC. Consiguiendo de esta forma poder analizar visualmente si la clínica está enfocada en el cumplimiento del plan o por el contrario no avanza en el mismo, para general acciones correctivas que incentiven el mejoramiento continuo dentro de la institución.

Por tanto, podemos responder a la pregunta de formulación de problema que el plan de mejoramiento aquí propuesto es una buena solución para subsanar las no conformidades tanto encontradas en el diagnóstico inicial, como, las de la visita de auditoría de vigilancia y control de salud, pues resumimos en acciones concretas las actividades que se deben hacer para cumplir con la normatividad de forma correcta, sino, también, pensando en una solución basada en el mejoramiento continuo del ciclo PHVA y enfocada en llegar a la visión de la empresa por medio del cuadro de mando integral, en resumen se torna en un plan altamente eficaz.

Esto último porque un plan aunque aún no se haya ejecutado da los primeros pasos a seguir para llegar a cumplir un objetivo propuesto y reducen el riesgo de fracaso, que pueda tener una solución pensada en el momento, para, mejorar la calidad de los servicios, la habilitación, entonces es el primer paso para la búsqueda de la acreditación de calidad y sienta las bases para que las IPS puedan construir una mejor calidad.

Recomendaciones

En la búsqueda de la respuesta de la pregunta planteada de la presente tesis, se hacen las siguientes recomendaciones para aquellas empresas y personas que deseen diseñar un programa similar a este.

- Conocer bien la situación de la empresa en la que se vaya a implementar pues es necesario entender bien el contexto de la misma para poder ser evaluada en aspectos que en algunos casos no son tan obvios, como la convivencia de sus empleados, el cómo realiza cada área su trabajo y cuál es la meta que desea cada uno de los procesos.
- Pensar en los planes como un manual que permita construir algo que no existe y que solo se puede expresar a través de la mente del diseñador, simplificándolo para cualquier persona sin importar su nivel de comprensión, encuentre el camino que debe seguir para lograr un objetivo. Teniendo presente que este debe poder adaptarse, a las amenazas externas y las correcciones que se tengan que hacer en el futuro,
- Utilizar herramientas tecnológicas específicas para la medición de los objetivos estratégicos, actualmente existen softwares que cuentan con herramientas como el Balanced Scorecard, mucho más dinámico y detallado. Esto le permitirá no tener que construir una herramienta desde 0 y si optimizar sus tiempos solo en programarla para su interés o los de su empresa.
- Desarrollar un plan de cumplimiento normativo esto les ayudara a evitar sanciones económicas que le sean impuestas y ocasiones graves problemas económicos, en la salud de la población atendida y la reducción del riesgo en general, pues las normas son prevenciones a problemas mayores.

- Analizar de forma correcta toda la normatividad que recae en la IPS que se desea abrir, estudiar a conciencia cuales son nuestras necesidades, sino también las necesidades del gobierno, para de este modo tener una visión más global sobre las amenazas que se puedan presentar en la construcción, fabricación y puesta en marcha de nuestra IPS

Anexos

Anexo 1 Lista de Chequeo de la Resolución 3100 de 2019 diseñada para ser aplicada a la Clínica del Trabajador S.A.S.

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO												
LISTA DE CHEQUEO AUTOEVALUACIÓN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 APLICADO PARA LA CLÍNICA DEL TRABAJADOR												
POR: MATEO ALEJANDRO CELY ARIAS & ERIKA YOHANA MOLANO BECERRA												
OBJETIVO: REALIZAR UN DIAGNOSTICO INICIAL DE LA CRITERIOS QUE LE SON APLICADOS A LA CLÍNICA DEL TRABAJADOR, BASADOS EN LA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019, ESTO CON BASE A SU NIVEL DE COMPLEJIDAD Y SERVICIOS PRESTRADOS												
Grupo	Servicio	Estandar	Complejidad	Modalidad	Item	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica	Observacion	Observaciones Manual Resolución 3100	
Todos los servicios	Todos los servicios	Talento Humano	Todos los servicios	Todos los servicios	1	El talento humano en salud y otros profesionales que se relacionan con la atención o resultados en salud de los usuarios, cuentan con los títulos, según aplique, de educación superior o certificados de aptitud ocupacional, expedidos por la entidad educativa competente. En el caso de títulos o certificados obtenidos en el extranjero, copia de la resolución de equivalencia expedida por el Ministerio de Educación Nacional.	X			Los profesionales contratados por nomina cuentan con toda la documentación y certificados solicitados en la normatividad, por otra parte los profesionales contratados por prestación de servicios falta revision hojas de vida	Se debe verificar con cada talento humano la copia del título o equivalente según alguna exposición emitida por la entidad educativa autorizada, lo cual aplica también para los posgraduados. El término "Otros profesionales" hace referencia a lo requerido en algunos servicios, por ejemplo: Laboratorio Clínico. Talento humano profesional que cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en las actividades relacionadas con el laboratorio clínico, tales como biólogos, microbiólogos, entre otros. Hospitalización Paciente Crónico: Otros profesionales de la salud de acuerdo con el plan de tratamiento, hace referencia al talento humano adicional al relacionado en "cuenta con" y "disponibilidad" del servicio, tales como: bacteriólogo, sergenta física, respiratoria, médicos especialistas, entre otros.	
Todos los servicios	Todos los servicios	Talento Humano	Todos los servicios	Todos los servicios	2	El talento humano en salud cuenta con copia de la resolución de autorización del ejercicio expedido por la autoridad competente o inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud -RETHUS.	X			Los profesionales contratados por nomina cuentan con los certificados RETHUS, por otra parte los profesionales contratados por prestación de servicios falta revision hojas de vida	Todos los profesionales de la salud deben tener autorización para ejercer (pregrado). Ninguno puede ejercer sin esta autorización. La forma de verificar es con la autorización del ejercicio profesional emitida por la Entidad Departamental o Distrital de Salud o por el Ministerio de Salud y Protección Social para los graduados antes de la entrega de funciones al Colegio profesional correspondiente. A partir de ese momento verificar inscripción en RETHUS. Psicólogos, Gerontólogos, Técnicos y tecnólogos, técnicos profesionales y ocupacionales, deben presentar la autorización del ejercicio emitida por la correspondiente entidad Departamental o Distrital de Salud o el Ministerio de Salud y Protección Social. Los médicos especialistas en medicina laboral requieren Resolución para ejercer su especialidad de acuerdo a la Resolución 4502 de 2012. La única especialidad médica que requiere autorización para ejercer es la Anatomopatología. La autorización debe ser expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Ningún especialista en anestesiología puede ejercer sin la respectiva autorización. Las demás	
Todos los servicios	Todos los servicios	Talento Humano	Todos los servicios	Todos los servicios	3	El prestador de servicios de salud determina la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados y prestados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación, tiempo de la atención y el riesgo en la atención. Este criterio no aplica para el profesional independiente de salud.	X			Actualmente la clínica cuenta con 10 médicos contratados por nomina y una línea de médicos y pasantes mensuales cuando sean requerido teniendo en cuenta que mensualmente se tiene un nivel de pacientes de 140 promedio mensuales.	La cuantificación del talento humano debe evidenciarse en un documento que describa la metodología utilizada y el resultado del cálculo. La cuantificación debe realizarse por servicio, teniendo en cuenta: Modalidades *Complejidades cuando aplique *Días, turnos y horarios según aplique. *Capacidad instalada *Demanda histórica	
Todos los servicios	Todos los servicios	Talento Humano	Todos los servicios	Todos los servicios	4	El prestador de servicios de salud que actúe como escenario de práctica formativa en el área de la salud, cuenta con: 4.1. Convenio vigente con la institución educativa autorizada por la entidad competente. 4.2. Información documentada de los mecanismos de supervisión permanente del personal en entrenamiento. 4.3. Estudio de capacidad instalada en el cual se determine el número máximo de estudiantes que simultáneamente puedan acceder por programa de formación y por jornada, para cada uno de los servicios que se utilicen como escenario de práctica formativa en el área de la salud, estudio que debe ser elaborado teniendo en cuenta los "lineamientos de referencia para la asignación de cupos de estudiantes en escenarios clínicos" publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social.	X			Se dispone de 6 practicantes 3 en la jornada de la mañana y 3 en la jornada de la tarde en compañía del docente asignado por la universidad de convenio, cada estudiante cuenta con un contrato de aprendizaje y a su vez ellos diligencian un formato de actividades y tareas realizadas en la clínica como evidencia en la universidad.	Verificar la vigencia del convenio o convenios, dependiendo de las instituciones educativas que tengan alianzas educativas con el prestador. Verificar el estudio de capacidad instalada el cual debe corresponder a un documento institucional que describa la metodología utilizada para cuantificar el número máximo de estudiantes que simultáneamente pueden acceder por cada programa de formación. El documento debe incluir además de lo requerido en el criterio, las siguientes variables: *Modalidades y complejidades teniendo en cuenta la capacidad instalada reportada de los servicios.	
Todos los servicios	Todos los servicios	Talento Humano	Todos los servicios	Todos los servicios	5	En los servicios de salud diferentes al servicio de consulta externa especializada en dolor y cuidado paliativo, donde se atienden pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, a los cuales se les brinda como conducta médica; como parte del plan integral de cuidado que gestiona el equipo de salud, o por solicitud del paciente; el manejo del dolor y cuidado paliativo, el profesional de la medicina tratare cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el manejo del dolor y cuidado paliativo, cuando no sea especialista en dolor y cuidado paliativo.		X		El personal de la clínica del trabajador no cuenta con certificación de formación en el manejo de dolor y cuidado paliativo.	La constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el manejo del dolor y cuidado paliativo, corresponde a la definición de acciones de formación continua del Manual adoptado por la Resolución 3100 de 2019	
Todos los servicios	Todos los servicios	Talento Humano	Todos los servicios	Todos los servicios	6	El talento humano en salud de los servicios de atención del parto, cuidado intensivo y cuidado intermedio neonatal, pediátrico y adultos, cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo.			X	El talento humano en salud de la clínica no cuenta con la formación que se requiere en el caso de la gestión del duelo.	La constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo, cumple con la definición certificada de formación del manual adoptado por la norma de habilitación vigente. En el caso de la gestión del duelo, no existe un referente normativo expedido por el MSPS	
Todos los servicios	Todos los servicios	Talento Humano	Todos los servicios	Todos los servicios	7	En los servicios de salud donde se realicen imágenes diagnósticas por ultrasonido, cuenta con médico especialista en radiología e imágenes diagnósticas también podrán realizar imágenes diagnósticas aquellos médicos especialistas, quienes en su pensum o formación académica hayan adquirido los conocimientos del manejo e interpretación del aspecto electrocardiográfico, así como de las radiaciones ionizantes para establecer el diagnóstico o el tratamiento de las enfermedades inherentes a su especialidad, para lo cual deberá acreditar el respectivo certificado.	X			Los médicos especialistas que realicen procedimientos médicos en la clínica del trabajador cuentan con la certificación para realizar los diferentes procedimientos que se ofrecen.	El certificado debe ser expedido por la Institución educativa reconocida por el Estado sede se haya realizado la especialización.	

Nota: Debido a la extensión de la lista de chequeo el anterior imagen es una ilustración del anexo adjunto a este trabajo. Para ver a detalle la lista utilice el archivo Excel titulado “Anexo 1 Lista de Chequeo Resolución 3100 Clínica del Trabajador” . , adjunto a este documento.

Anexo 2 Tabla de AMEF

AMEF DE ESTANDARES									
Lugar:		Bogotá-Colombia			Fecha:		19/08/2022		
Objeto de Análisis:		Análisis de causas de no conformidades en la resolución 3100 de 2019 en la clínica del trabajador							
Área Responsable: Calidad		Elaborado por: Mateo Alejandro Cely Arias			Revisado por: Ing. Sandra Patricia Hernandez- Ing. Rafael Sora				
Item	Operación	Modo de Falla Potencial	Efecto(s) y Potenciales de falla	Severidad	Causa Potencial de la falla	Ocurrencia	Control Actual	Detección	NRP (Número Prioritario de Riesgo)
1	<i>Revisión de las no conformidades en el estándar de detección</i>	Falla en la operación de lae equipos biomedicos y herramientas	Mal diagnostico, heridas, generación de enfermedades	8	Falta de Capacitación de la institución para el uso de equipos y herramientas según fabricante	6	Capacitaciones esporádicas en temas de uso de material y equipos biomedicos	10	480
		Riesgo Biológico, Riesgo Químico y Riesgo Físico.	Muerte, amputación, cáncer y enfermedades	9	Falta y mal uso de elementos de protección personal.	3	Formato de Registro de Uso de elementos de protección personal	7	189
		Falla de gases medicinales	Explosiones, enfermedades y muerte	7	Mala o no realización de mantenimiento de Gases medicinales	2	Formato de Registro de mantenimiento preventivo de infraestructura	10	140
		Mal diagnóstico debido a errores en equipos biomedicos	Muerte, deterioro de la salud, pérdida total o parcial de extremidades, empeoramiento de enfermedades y incapacidades	6	1. Equipos Biomedicos no certificados. 2. No realización de Mantenimiento 3. Mal Mantenimiento 4. Mal uso de Materiales y Dispositivos Medicos	4	1. Formato de Cronograma de Mantenimiento. 2. Hija de Vida de Equipos Biomedicos	8	192
		Mal funcionamiento de equipos y dispositivos medicos	Heridas, pérdida parcial de funciones, amputaciones, muerte	8	1. Equipos Biomedicos no certificados. 2. No realización de Mantenimiento 3. Mal Mantenimiento 4. Mal uso de Materiales y Dispositivos Medicos	4	1. Formato de Cronograma de Mantenimiento. 2. Hija de Vida de Equipos Biomedicos	8	256
		Falta de insumos y dispositivos medicos	Deterioro de la salud, enfermedades, muerte	6	1. Falta de Dinero. 2. Negación por parte de Gerencia. 3. Mala estimación de equipos, herramientas y dispositivos medicos necesarios en protocolos	4	Ninguno	10	240
		2	<i>Revisión de las no conformidades en el estándar de Historias Clínicas y Registros</i>	Reutilización de material quirúrgico	Enfermedades de transmisión por sangre, riesgos biológicos	10	1. No utilización de formatos de uso y reuso 2. Desconocimiento de ficha técnica de elementos, equipos y dispositivos medicos usados. 3. Mala capacitación	8	Política de Uso y Reuso Formato de Uso y Reuso
Mala esterilización de material quirúrgico	Enfermedades de transmisión por sangre u otro tipo de transmisión.			10	1. No utilización de formatos de control. 2. Personal poco calificado	3	Formato de ingreso y egreso de material	2	60
Fallas en sistema y pérdida de datos	Pérdida de datos			7	1. Mantenimiento de Equipos tecnológicos. 2. Mala utilización de Equipos Tecnológicos 3. No uso de sistemas Antivirus en equipos	5	Controles de seguridad de ESALLD. Revisión de Seguridad Periodica Software de Antivirus	3	105
lecciones de Seguridad en Sistemas	No cumplimiento de la confidencialidad y privacidad del paciente			6	1. Mantenimiento de Equipos tecnológicos. 2. Mala utilización de Equipos Tecnológicos 3. No uso de sistemas Antivirus en equipos	2	Utilización de Licencias en Software. Revisión Esporadica	8	96
No tener registros de consultas	Pérdida de trazabilidad de procesos			8	1. Equipo mal capacitado. 2. Personal deficiente. 3. Falta de controles en registros	10	Ninguno	10	800

Nota: Realización propia, la tabla AMEF permitió a los investigadores conocer las causas que ha tenido las no conformidades, también permitió priorizar las acciones de solución de en el plan de mejoramiento. Debido a la extensión de la tabla la imagen anterior es una ilustración del anexo adjunto a este trabajo. Para ver a detalle la lista utilice el archivo Excel titulado "Anexo 2 AMEF Análisis de causas y efectos de las No conformidades", adjunto a este documento.

Anexo 3 Lista de Resultados de no conformidades encontradas en el diagnóstico de la norma.

Estándar de Dotación.

- No cuenta con un programa de capacitación en el uso de los dispositivos médicos, desarrollado por el fabricante o importador del mismo
- No tiene concordancia los elementos de protección personal con lo estipulado en los documentos.
- No se realiza mantenimiento a los sistemas centralizados de gases medicinales de acuerdo con lo estipulado por el fabricante.
- No se cuenta con un documento firmado por ingeniero biomédico con tarjeta profesional vigente que certifique que: la información requerida, la calidad de la imagen, calidad y confiabilidad de los equipos biomédicos sea la necesaria en concordancia a lo estipulado por el prestador de servicio.
- No se cuenta con un documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente que certifique: la fidelidad de calidad, video, sonido, seguridad de la información, software utilizado, confidencialidad y privacidad en las tecnologías usadas para la modalidad de telemedicina.
- No cuenta con un servicio de mantenimiento para la tecnología de la información y adicionalmente NO cumple con: que en caso de la video llamada (telemedicina) será grabada la los criterios de seguridad que permiten la adecuada confidencialidad y privacidad del paciente.

- No se especifica si las pantallas o monitores grado médico utilizados para el despliegue de imágenes cuentan con una distancia máxima de 0.19 milímetros entre píxeles (dot pitch), resolución mínima de 1024 x 768 píxeles, como mínimo una ratio de contraste de 500:1 y mínimo de luminancia (brillo) de 250 cd/m² que permita garantizar la interpretación adecuada de la información recibida.
- No cuenta con la disponibilidad de equipo de rayos X portátil y equipo de gases arteriales.
- Disponibilidad en el servicio de: Bomba de infusión, Equipo de gases arteriales, analizadores de gases anestésicos inspirados, Estimulador de nervio periférico, sistema de calentamiento de líquidos y sangre.
- No se cuentan con los suficientes laringoscopios

Estándar de Historias Clínicas

- No presenta documentación de revisión o formatos de lista de chequeo para el control de uso y reusó en esterilización, adicionalmente no se evidencia en los paquetes el control de esterilización.
- No cuenta con documento que evidencie el proceso de manejo de tratamiento de datos personales, encriptación de datos o manejo y uso de firma digital.
- No se tiene documento que evidencia la existencia de plan de contingencia en pérdidas de fallas del sistema, pérdida de datos según los riesgos evidenciados en un año.
- No se cuentan con los registros de consultas en modalidad de telemedicina.

- No se cuenta con los registros de los exámenes solicitados, muestras tomadas y realizadas, remitidas cuando, validación secundaria o verificación, reporte de resultados, registro de resultados remitidos, registro de calidad interna y externa.
- Se cuenta con un contrato o convenio escrito con laboratorios, pero no está bien estipulado.
- NO se cuenta con contratado o convenio escrito con el servicio de patología.
- No se evidencia la utilización de la segunda copia de recetarios donde se evidencia que fue dispensado el medicamento al paciente.
- No cuenta con registros de, dosis de radiación expresa en unidades según el equipo, número de imágenes realizadas, número de imágenes rechazadas, número de estudios repetidos y sus causas.
- No contar con registro de voluntad anticipada de todos los pacientes fallecidos.
- La historia clínica y los registros asistenciales presentan espacios en blanco.

Estándar de Infraestructura.

- Aunque las instalaciones si cumplen con rutas de evacuación sistemas contra incendios, planta de agua y planta de luz, y cuenta con asesor para el transporte de personal con movilidad, en caso de emergencia estos pacientes no tienen otra alternativa de evacuación más que las escaleras o el asesor , NO cuentan con rampas para la evacuación de pacientes en camillas o movilidad reducida.
- Los expendedores de Alimentos y lavandería No cuentan con licencia de funcionamiento o licencia sanitaria.
- No se cuenta con área de almacenamiento adecuada en base a la resolución 1478 de 2006 en el manejo de Fármacos conforme a la estipulado en fondo nacional de estupefacientes.

- No cuentan con ambiente para la recepción de medicamentos y dispositivos médicos, adicionalmente no tienen almacenamiento para productos rechazados, devueltos o retirados, productos destruidos y desnaturalizados por vencimiento o deterioro, cuarentena de medicamentos que garanticen las condiciones de humedad, iluminación, temperatura y cadena de frío.
- No cuentan con protocolo para examen físico, ni los servicios ofertados en consulta externa
- No cuentan con ambiente de dimensión variable para estudiantes en formación.
- En las habitaciones individuales de almacenamiento no cuenta con cuarto de almacenamiento, gaveta para guardar pertenencias, presión de aire y la instalación no cumple con las necesidades para prestar el servicio con todo el criterio.
- No cuenta Plan de gestión integral de residuos hospitalarios que tenga concordancia con las actividades realizadas en la institución
- No cuenta con un ambiente de lectura y análisis de resultados.
- No cuenta con Lavaplatos en el servicio de hospitalización.
- No establecen una buena señalización en la central de esterilización que especifique la separación de ambientes y áreas.
- No cuentan con área para recepción y entrega de pacientes, Área para transferencia de camillas., Vestidor para el talento humano que funciona como filtro, Ambiente de ropa sucia. Sala de cirugía y adicional la puerta de la sala de cirugía no permite la visualización entre el interior y el exterior o no cuenta con visor y su ancho permite el paso de camillas.

Estándar de Medicamentos, dispositivos médicos e insumos.

- No cuentan con un documento acorde a la ejecución de los programas de farmavigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia.
- No cuentan con kits completos para la atención de víctimas d violencia sexual, kits de atención completos para víctimas de ataques con agentes químicos.
- No cuentan con protocolo para consulta por telemedicina.
- No se realiza una correcta disposición de residuos cortopunzantes en cirugía y esterilización
- No cumplimiento de Resolución 4816 de 2008 Capítulo VII: No se hace trazabilidad de los dispositivos médicos implantables.
- No se cumple con procesos de selección, adquisición, almacenamiento, distribución y farmacovigilancia

Estándar de procesos prioritarios.

- No se realiza con frecuencia comités de seguridad del paciente.
- No se cuenta con protocolo de uso de guías de práctica clínica.
- No se cuenta con capacitación en el uso de guías de práctica clínica y el personal desconoce estos documentos
- No se cuenta con política que especifique la adopción de las guías de uso de prácticas clínicas
- No cuentan con protocolo para la adopción de guías de práctica clínica.
- No cuentan con protocolo para el manejo de dolor y cuidado paliativo.
- No cuenta con protocolo para la prevención de flebitis infecciosas químicas o físicas.

- No tiene concordancia el protocolo de manejo de gases con lo realizado en la clínica, requiere actualización.
- No cuenta con protocolo para sedación de pacientes; listas de chequeo de sedación y control de emergencias.
- No cuentan con un formato que especifique, evaluación de vía aérea, determinación de tiempo de ayuno, niveles de oxígeno, tensión arterial, frecuencia cardíaca y registros de variables hemodinámicas.
- No cuentan con protocolo para el manejo de eventos adversos relacionados con la hemo vigilancia, o guía de práctica clínica para el manejo de hemo componentes.
- No se evidencia existencia de comité de manejo de víctimas de violencia sexual.
- No se cuenta con una formación continua para la modalidad de telemedicina.
- No cuentan con documentación que especifique los dispositivos, y equipos médicos necesarios para la realización de consultas por telemedicina.
- Los documentos de laboratorio clínico no tienen actualización ni están acordes a los procesos que brinda la el prestador
- No cuentan con Químico Farmacéutico ni tienen la documentación necesaria que evidencie que tienen, para el cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 1478.
- No tiene documentación que soporte la inscripción del servicio farmacéutico, dispensación distribución en la UAE. (Fondo Nacional de Estupefacientes)
- No se ve señalización que prohíba el paso a personal No autorizado en el servicio farmacéutico.

- No existe documentación que soporte las necesidades de quipos biomédicos y los controles sobre estos.
- No cuentan con protocolo que estipule las principales causas para la hospitalización.
- No existe documento o protocolo para la anticoagulación.
- No cuenta con protocolo para solicitud de interconsultas.
- El documento de protocolo de fisioterapia no especifica los equipos biomédicos usados, material entre otros ni la forma correcta de su uso.
- No se cuenta con documento de servicio farmacéutico que evidencie, usuarios, destinatarios o beneficiarios, proveedores de materias primas, medicamentos y dispositivos médicos, procesos estratégicos y críticos, controles, planes de mejora continua.
- No se realiza evaluación de farmacia en términos de eficiencia, eficacia y efectividad.
- La institución no cuenta con información documentada de Control de calidad del equipo generador de radiación ionizante que incluya la toma de medidas correctivas cuando aplique.
- No cuentan con protocolo de donantes y componentes anatómicos que describa la detección de donantes y el mantenimiento de estos.
- No cumplen con las normas aplicables al documento de esterilización

Estándar de Talento Humano

- Personal no cuentan con certificado en manejo de dolor y cuidado paliativo.

- No se evidencia soportes que verifiquen que el profesional de salas de cirugía realice procedimientos correctos para la sedación grado 3 y 4.
- No se evidencia capacitación en el uso de tecnologías, equipos y herramientas para la modalidad de telemedicina.
- No cumple con este criterio: La calidad de la imagen la comprueba una persona natural o jurídica autorizada por la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, para, prestar servicios de protección radiológica y control de calidad de los equipos generadores de radiaciones ionizantes. Este procedimiento debe estar documentado como parte del control de calidad, el cual tiene una vigencia de 2 años.
- No se tiene disponibilidad de profesional de la salud medico ocupacional.
- No cumple que al realizar telexperticia entre profesionales de la salud cuenta con el profesional de la salud de acuerdo con el servicio a ofertar, Cuando realice telexperticia entre personal de salud no profesional y un profesional de la salud, el prestador remitir cuenta con técnico, tecnólogo o auxiliar que atiende presencialmente al usuario.
- No cuentan con personal de enfermería necesario cuando se requiera atención presencial al usuario.
- No se cuentan con soportes de formación o capacitación del personal en el cuidado de adultos.
- El documento presentado por el prestador no define la cantidad necesaria del talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados y prestados. de acuerdo con la capacidad instalada. la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación, tiempo de la atención y el riesgo en la atención, encontrándose que el documento presentado no está ajustado a las necesidades de los servicios

que al momento de la visita está ofertando el prestador. pues hay servicios habilitados que no se están prestando, al igual que servicios prestados y no habilitados.

- No se evidencian certificados de tratamiento y disposición final otorgados a las empresas contratadas
- No se tiene un documento que establezca la cantidad necesaria de talento humano requerido en cada uno de los servicios ofertados de acuerdo con un estudio de capacidad instalada.

Anexo 4 Ficha de hoja de vida de indicador

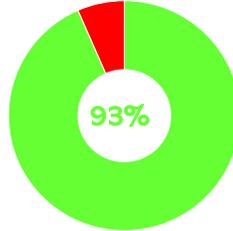
INFORMACIÓN GENERAL DEL INDICADOR																																																							
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	Clínica del Trabajador																																																						
PROCESO AL CUAL PERTENECE EL INDICADOR	Orientación al Usuario																																																						
SUBPROCESO AL CUAL PERTENECE EL INDICADOR	Sistemas de Atención y Información al Usuario																																																						
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de satisfacción de Usuarios																																																						
TIPO DE INDICADOR	Calidad de Satisfacción	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN				Mensual																																																	
META O UMBRAL DE DESEMPEÑO DEL INDICADOR	Mayor o igual a:	90%			FECHA DE INICIO DE MEDICIÓN		Enero de 2025																																																
OBJETIVO DEL INDICADOR	Medir el porcentaje de satisfacción que tienen los usuarios de la Clínica del Trabajador																																																						
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	Muestra el Porcentaje de Satisfacción que tiene el usuario al ser atendido en el la Clínica del Trabajador																																																						
FUENTE DE LA INFORMACIÓN PARA GENERAR EL INDICADOR (cuando es Valor unico o Absoluto)	NA																																																						
FUENTE DE LA INFORMACIÓN PARA GENERAR EL NUMERADOR	Informe de satisfacción global mensual de las encuestas aplicadas a los usuarios en los diferentes servicios de la clínica del trabajador mensualmente.																																																						
FUENTE DE LA INFORMACIÓN PARA GENERAR EL DENOMINADOR	Total de pacientes a quienes se les aplico la encuesta de satisfacción durante el mes																																																						
CARGO RESPONSABLE DE LA GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA CONSTRUIR EL INDICADOR	Lider Orientación al Usuario																																																						
CARGO RESPONSABLE DEL ANÁLISIS Y MEJORA DE LOS RESULTADOS DEL INDICADOR	Lider Orientación al Usuario																																																						
FORMULA DE CALCULO DEL INDICADOR																																																							
UNIDAD (EN CASO DE QUE EL INDICADOR SEA UN VALOR ABSOLUTO)	NA																																																						
NUMERADOR	Nº de usuarios que contestaron excelente y buenos a las preguntas de la encuesta																																																						
DENOMINADOR	Total de encuestas de satisfacción realizadas durante el mes según la muestra optima para la medición																																																						
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje																																																						
REPORTE DE RESULTADOS DEL INDICADOR PARA LA TOMA DE ACCIONES																																																							
CARGOS O PROCESOS A LOS CUALES SE DEBEN REPORTAR LOS RESULTADOS DEL INDICADOR	Gerencia y Junta Directiva																																																						
ENTE DE CONTROL AL CUAL SE LE DEBE REPORTAR EL RESULTADO DE ESTE INDICADOR	SDS Resolución 256																																																						
RESULTADOS GRÁFICOS DEL INDICADOR																																																							
Meta	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	Promedio Anual																																									
Mes	ene-23	feb-23	mar-23	abr-23	may-23	jun-23	jul-23	ago-23	sep-23	oct-23	nov-23	dic-23																																											
Resultado	90%	92%	86%	87%	90%	87%	87%	96%	100%					91%																																									
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS RESULTADOS DEL INDICADOR																																																							
<table border="1"> <caption>Data for the Satisfaction Indicator Graph</caption> <thead> <tr> <th>Mes</th> <th>Resultado (%)</th> <th>Meta (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ene-23</td><td>90%</td><td>90%</td></tr> <tr><td>feb-23</td><td>92%</td><td>90%</td></tr> <tr><td>mar-23</td><td>86%</td><td>90%</td></tr> <tr><td>abr-23</td><td>87%</td><td>90%</td></tr> <tr><td>may-23</td><td>90%</td><td>90%</td></tr> <tr><td>jun-23</td><td>87%</td><td>90%</td></tr> <tr><td>jul-23</td><td>87%</td><td>90%</td></tr> <tr><td>ago-23</td><td>96%</td><td>90%</td></tr> <tr><td>sep-23</td><td>100%</td><td>90%</td></tr> <tr><td>oct-23</td><td>90%</td><td>90%</td></tr> <tr><td>nov-23</td><td>90%</td><td>90%</td></tr> <tr><td>dic-23</td><td>90%</td><td>90%</td></tr> <tr><td>Promedio Anual</td><td>91%</td><td>90%</td></tr> </tbody> </table>														Mes	Resultado (%)	Meta (%)	ene-23	90%	90%	feb-23	92%	90%	mar-23	86%	90%	abr-23	87%	90%	may-23	90%	90%	jun-23	87%	90%	jul-23	87%	90%	ago-23	96%	90%	sep-23	100%	90%	oct-23	90%	90%	nov-23	90%	90%	dic-23	90%	90%	Promedio Anual	91%	90%
Mes	Resultado (%)	Meta (%)																																																					
ene-23	90%	90%																																																					
feb-23	92%	90%																																																					
mar-23	86%	90%																																																					
abr-23	87%	90%																																																					
may-23	90%	90%																																																					
jun-23	87%	90%																																																					
jul-23	87%	90%																																																					
ago-23	96%	90%																																																					
sep-23	100%	90%																																																					
oct-23	90%	90%																																																					
nov-23	90%	90%																																																					
dic-23	90%	90%																																																					
Promedio Anual	91%	90%																																																					

Nota: Debido a la extensión de la ficha técnica del indicador, la imagen anterior es una ilustración del anexo adjunto a este trabajo. Para ver a detalle la lista utilice el archivo Excel titulado "Anexo 4 Ficha Técnica del Indicador", adjunto a este documento

Anexo 5. Matriz de Cuadro de Mando integral.

Cuadro de Mando Integral

Cumplimiento Global



■ Cumplimiento ■ No Cumplimiento

Objetivo Estratégico
Aumentar la Rentabilidad

%Cumplimiento del Objetivo Estratégico=	100%
Aumentar el número de contratos con EPS y ARL en la prestación de servicios Urgencias y aumento de número de pacientes	100%
Crear publicidad a través de redes sociales y nuevos medios de comunicación	100%
Ofrecer descuentos <10% por la realización de ciertos procedimientos a clientes fidelizados	100%

Objetivo Estratégico
Disminuir Costos y Gastos Administrativos y Operacionales

%Cumplimiento del Objetivo Estratégico=	100%
Cantidad de beneficios recibidos por entes gubernamentales	100%
Número de fallas presentes en propiedades, planta y equipos.	100%
	100%

Objetivo Estratégico
Realizar un control presupuestal

%Cumplimiento del Objetivo Estratégico=	100%
Garantizar el sostenimiento económico de la Clínica por medio de software de control presupuestal	100%
Crear sistemas de prevención de riesgos económicos	100%
	100%

PRESPECTIVA FINANCIERA

Objetivo Estratégico
Mejorar la Comunicación con el Cliente

%Cumplimiento del Objetivo Estratégico=	100%
Utilizar nuevos canales de comunicación digital, para el agendamiento de citas y la medición de satisfacción	100%

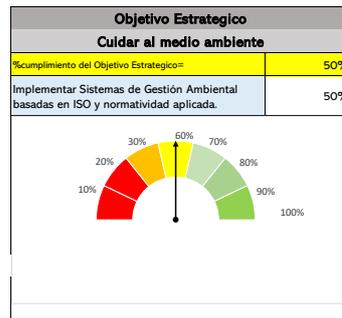
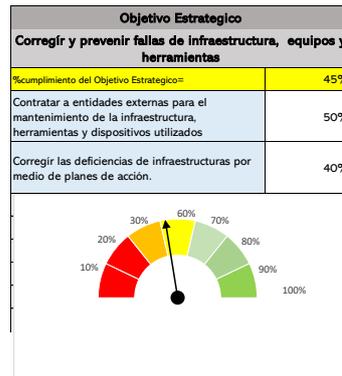
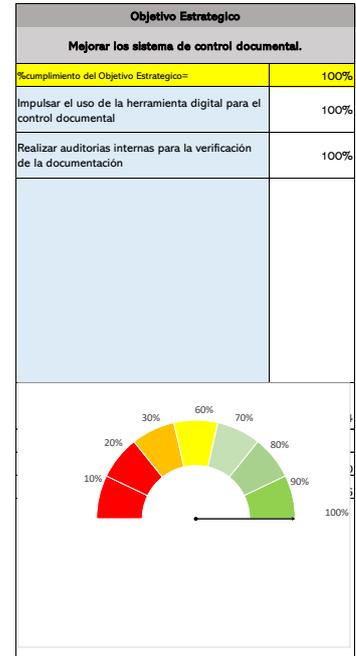
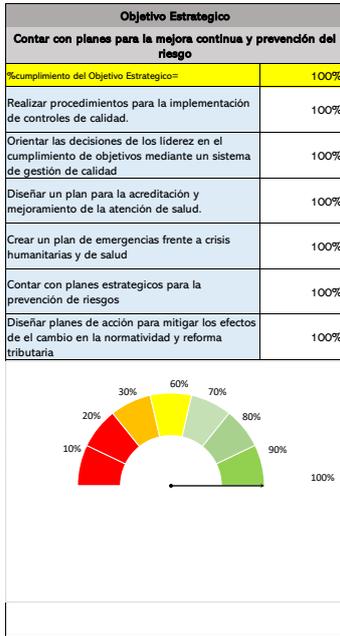
Objetivo Estratégico
Mejorar la Calidad de la Atención

%Cumplimiento del Objetivo Estratégico=	100%
Hacer cursos de capacitación sobre trato humanizado al paciente y la atención de Salud	100%
Mejorar los servicios de cuidado post operatorio mediante el seguimiento por canales de comunicación digitales	
Realizar campañas de consientización al personal medico sobre la prevención de diagnósticos equivocados	
Aumentar el tiempo de atención por paciente	
Evitar quejas y reclamos por mala atención a través de sanciones económicas al personal involucrado.	
Optimizar la cantidad de cirugías programadas para cumplir con tiempos de realización de cirugías	

Objetivo Estratégico
Fidelizar al cliente

%Cumplimiento del Objetivo Estratégico=	100%
Fidelizar a nuestros clientes por medio de la calidad de la atención	100%

PRESPECTIVA CLÍENTES



Objetivo Estratégico	
Aumentar la capacitación y el efecto de estas	
%Cumplimiento del Objetivo Estratégico-	100%
Implementar cronograma de capacitaciones para el personal.	100%

Objetivo Estratégico	
Capacitar al personal en los procesos Internos	
%Cumplimiento del Objetivo Estratégico-	100%
Capacitar en el uso de herramientas digitales, equipos y dispositivos medicos.	100%
Acondicionar al personal sobre los procesos realizados mediante el estudio de la documentación implementada y la normatividad	100%
Usar los cursos de capacitación existente para formar al personal nuevo.	100%
Crear un protocolo para la inducción y reintroducción de personal	100%

Objetivo Estratégico	
Mejorar las habilidades de liderazgo	
%Cumplimiento del Objetivo Estratégico-	100%
Formar cualidades y actitudes de liderazgo a empleados de la clínica	100%

PRESPECTIVA FORMACIÓN Y CRECIMIENTO

Nota: Debido a la extensión del Cuadro de Mando Integral la imagen anterior es una ilustración del anexo adjunto a este trabajo. Para ver a detalle la lista utilice el archivo Excel titulado "Anexo 5 Matriz Cuadro de Mando Integral Plan de Mejoramiento", adjunto a este documento.

Anexo 6 Plan de Mejoramiento de los Estándares de Habilitación.

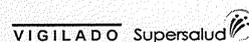
Plan de Mejoramiento de los Estándares de Habilitación																		
Plan de Mejoramiento para el cumplimiento de las condiciones de habilitación de servicios en la Clínica del Trabajador S.A.S, Bogotá, en base a la Resolución 3100 de 2019.																		
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO																		
SEDE TUNJA																		
Objetivo del plan:		Realizar un mejoramiento continuo en todas las áreas involucradas con el fin de subsanar incumplimientos normativos y buscar la una mejor calidad de servicio																
Nombre de la Institución	CLINICA DEL TRABAJADOR S.A.S			Elaboro:	Mateo Alejandro Cely y Erika Johana Molando			Fecha:	26/08/2022									
Área:	TODOS LOS PROCESOS DE INSTITUCIÓN			Revisó:	Ing. Sandra Hernandez y Ing Rafael Sora			Fecha:	10/09/2022									
Fecha de Diseño	26 DE AGOSTO DE 2022			Abrobo:	Ing. Rafael Sora			Fecha:	15/09/2022									
Ite m	Priorización Según AMEF	Objetivo (Pará que)	Fuente de Mejora	No conformidad detectada	Actividades para desarrollar ¿Qué?	Plan de desarrollo ¿Cómo?	¿Cómo se va a comunicar?	Responsable ¿Quién?	Fecha de Implementación ¿Cuándo?						Indicador de Proceso	Evidencia		
									Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio				
1	■	Evitar la contaminación por riesgos biológicos entre las áreas de cirugía y sus áreas vecinas	Cirugía	No tener desinfección integral postoperatoria, desinfección de quirófano, lavado para los miembros que tocan quirófano, desinfección de manos, desinfección de superficies de alto contacto, desinfección de instrumental estéril y lavado o encasillado con vapor y autoclave en el área de quirófano.	Organizar los procesos dentro del área de cirugía para contar con áreas de transferencia de quirófano, unificador de talento humano y la mejor visualización del interior al exterior.	1. Supervisar la realización de una nueva distribución de planta y equipamiento. 2. Hacer una proyección para realizar arreglos de infraestructura.	Reunión con los directivos para tomar nuevas alternativas ante esta conformidad.	Gerente, Líder de Cirugía.						×	×	% Cumplimiento (Número de acciones realizadas/Número de acciones planeadas)*100	Acta de reunión con los acuerdos y posibles mejoras que se le puedan hacer a la clínica.	
2	■	Llevar a cabo una registro de las consultas dadas	Consultas Internas	No tener registros de consultas	Realizar un registro de Consultas hechas, rechazadas, aplazadas y canceladas	1. Diseñar un formato de registro de consulta digital. 2. Implementar el registro de consulta a las áreas determinadas. 3. Realizar informe mensual sobre consultas hechas, aplazadas y canceladas	Plan de trabajo con los profesionales de esta área y con el encargado de elaborar el diseño de los formatos.	Médicos de consulta. Externo y encargado de elaboración de formatos.			×	×	×	×	×	% Registro de Consultas Externas/ Número de pacientes de registro/ Número de pacientes de registro	Informe de proyección de las nuevas formas a implementar.	
3	■	Tener legalmente registrado el arco en C	Radiología	No contar con licencia para el uso de arco en C	Contar con licencia para el uso de arco en C	1. Realizar las acciones necesarias y reunir documentación para contar con licencia de arco en C	Junta directiva para determinar las acciones que se van a tomar para adquirir licencia.	Líder de Radiología, Abogado, Gerente					×	×	×	Contar con la licencia de arco en C	Licencia de Arco en C	
4	■	Realizar un control de calidad sobre los dispositivos médicos implantados	Farmacéutico	No haber trazabilidad de los dispositivos médicos implantados	Contar con una trazabilidad para los dispositivos médicos implantados en pacientes	1. Realizar una lista de dispositivos médicos implantados que incluya con ficha técnica sus características, materiales, mantenimiento (si aplica), Cambio y revisión en unidades de tiempo. 2. Hacer un formato de lista de chequeo de dispositivos médicos implantados donde se evidencie la fecha de colocación, tipo de dispositivo, nombre del dispositivo, lugar de implantación. 3. Diseñar una lista de dispositivos médicos implantados donde se evidencie, nombre del paciente, C.C., médico, dispositivo médico implantado, fecha colocación, cronograma de revisión (Que muestre en esta se revisa en c.c.)	Mesa de trabajo para implementar y hacer control de la trazabilidad de los dispositivos médicos.	Líder de Farmacia, Médico cirujano, enfermeras jefeas.				×	×	×	×	Calidad de Dispositivos (Dispositivos médicos defectuosos/Total de dispositivos médicos)	Formatos de registros realizados Informes Mensuales de Trazabilidad de dispositivos implantados	
5	■	Ayudar a las personas víctimas de violencia sexual en una atención oportuna y rápida.	Habilidades, Habilidades	No contar con comité para atención de víctimas de violencia sexual	Tener un comité para la atención de víctimas de violencia sexual	1. Estipular los profesionales en la atención ideal para víctimas de violencia sexual (Que estos cuente con el curso certificado por entidades competentes de rol).	Comunicado por medios de la plataforma Forja Clínica del trabajador	Gerencia, Talento Humano, Líder de Hospitalización y Urgencias					×	×	×	Porcentaje de Atención/Atención a Víctimas de violencia sexual/Numero de Quejas para atención de violencia sexuales Totales*100	Actas de nuevo comité de atención a víctimas de violencia Sexual.	
6	■	Evitar la contaminación ambiental contratando con empresas que tengan certificadas de tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios.	Atención al Cliente	No haber certificado de tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios.	Hacer contratación con empresas que estén certificadas en el tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios.	1. Realizar un contrato con empresa que otorgan el certificado de tratamiento y disposición final de materiales peligrosos.	N/A	Gerencia Talento Humano			×	×	×	×	×	Numero de contratos firmados con empresas	Contrato con empresa de recolección de residuos y materiales peligrosos que estén certificados.	
7	■	Evitar la realización de material quirúrgico	Cirugía	Realización de material quirúrgico	Contar con una Política de Uso y Reuso	1. Realizar una lista de materiales, herramientas y dispositivos médicos usados en el área de cirugía. 2. Realizar un política institucional donde se prohiba la realización de material quirúrgico más allá de sus número de usos según su ficha técnica.	Notificando la nueva política institucional a todos los funcionarios de la clínica.	Gerencia, Líder de Cirugía y Líder de Farmacia, Líder de Esterilización y Ing Biomédico			×	×	×	×	×	Esterilización de Material (Número de Material realizado/Numero de Material esterilizado)*	Política de Uso y Reuso.	
8	■	Contar con personal adecuado para cada uno de los servicios prestados	Farmacéutico	No tener quínicos farmacéuticos	Tener quínicos farmacéuticos	1. Realizar un plan de reclutamiento de personal. 2. Determinar la realización del personal. 3. Estipular los criterios de planeación, evaluación y contratación del nuevo personal. 4. Contratar personal. 5. Capacitar al nuevo quínicos farmacéuticos	N/A	Gerencia Talento Humano			×	×	×	×	×	Perfil de Trabajo (perfiles buscados/perfiles contratados)	Contrato con quínicos farmacéuticos	
9	■	Llevar un registro de control de calidad para evitar posibles enfermedades causadas por radiación	Radiología	No contar con información documentada de Control de calidad de equipos generados por radiación (sobre parámetros de medidas correctivas cuando aplica)	Contar con protocolo de control de calidad en equipos de radiación ionizante	1. Realizar una lista de equipos radiológicos. 2. Realizar un protocolo de control donde se especifique el número de controles necesarios, y las acciones correctivas cuando estas concuerpan con los esperados	Capacitación por medio de la plataforma Forja Clínica del trabajador (Protección de Radioprotección)	Calidad/Líder de Apoyo diagnóstico			×	×	×	×	×	Calidad de Equipos (Numero de controlas aprobados/Numero de controlas estipulados)	Proyecto de protocolo de control de calidad de equipos ionizantes	

Nota: Debido a la extensión del Plan de Mejoramiento de los Estándares de Habilitación, la imagen anterior es una ilustración del anexo adjunto a este trabajo. Para ver a detalle la lista utilice el archivo Excel titulado "Anexo 6 Plan de Mejoramiento Objetivo 2", adjunto a este documento

Anexo 7 Estados Financieros Clínica del Trabajador



CLÍNICA DEL TRABAJADOR SAS
NIT. 900.576.170-0
ESTADO DE RESULTADOS INTEGRAL
A 31 DE DICIEMBRE 2020 Y 2021
(Cifras expresadas en pesos colombianos)



	Nota	2.021	2.020	Variación	
				Variación Absoluta	Variación Relativa
INGRESOS OPERACIONALES					
Ingresos de las instituciones prestadoras de servicios de salud	Nota 18	1.590.963.272	731.010.331	859.952.941	117,64%
Total Ingresos Operacionales		1.590.963.272	731.010.331	859.952.941	117,64%
COSTO POR PRESTACION DE SERVICIOS					
Costo por prestación de servicios de salud	Nota 19	1.232.509.771	617.378.789	615.130.982	99,64%
Total Costos por Prestación de Servicios		1.232.509.771	617.378.789	615.130.982	99,64%
UTILIDAD BRUTA		358.453.502	113.631.542	244.821.960	215,45%
GASTOS OPERACIONALES DE ADMINISTRACIÓN					
Gastos de personal	Nota 20	191.121.415	171.066.958	20.054.458	11,72%
Honorarios	Nota 20	23.072.800	23.814.160	-741.360	-3,11%
Impuestos	Nota 20	24.820.500	27.816.978	-2.996.478	-10,77%
Arrendamientos Operativos	Nota 20	19.349.865	25.377.399	-6.027.534	-23,75%
Contribuciones y afiliaciones	Nota 20	731.010	829.705	-98.695	-11,90%
Seguros	Nota 20	27.947.544	27.851.269	96.274	0,35%
Servicios	Nota 20	31.537.284	32.282.646	-745.362	-2,31%
Legales	Nota 20	8.504.924	21.341.023	-12.836.099	-60,15%
Reparación y mantenimiento	Nota 20	6.823.076	4.747.930	2.075.146	43,71%
Adecuación e instalación	Nota 20	0	668.711	-668.711	-100,00%
Depreciación de propiedad, planta y equipo	Nota 20	314.749.287	454.616.789	-139.867.502	-30,77%
Deterioro De Cuentas Por Cobrar	Nota 20	1.279.641	-	1.279.641	100,00%
Otros gastos	Nota 20	14.646.433	32.090.602	-17.444.168	-54,36%
Total Gastos Operacionales de Administración		664.583.779	822.504.169	-157.920.390	-19,20%
UTILIDAD/PERDIDA OPERACIONAL		- 306.130.278	- 708.872.627	402.742.350	-56,81%
INGRESOS NO OPERACIONALES					
Ingresos Financieros	Nota 21	201.683	1.986.598	-1.784.915	-89,85%
Otros ingresos	Nota 22	25.423.431	42.764.799	-17.341.368	-40,55%
Total Ingresos No Operacionales		25.625.113	44.751.397	-19.126.283	-42,74%
GASTOS NO OPERACIONALES					
Financieros	Nota 23	173.676.681	87.645.245	86.031.436	98,16%
Total Gastos No Operacionales		173.676.681	87.645.245	86.031.436	98,16%
UTILIDAD/PERDIDA ANTES DE IMPUESTOS		-454.181.845	- 751.766.476	297.584.631	-39,58%
Impuesto de renta y complementarios		0	11.120.000	-11.120.000	-100,00%
Gasto por impuesto diferido	Nota 24	99.987.663	151.853.176	-51.865.513	-34,16%
RESULTADO DEL PERIODO		- 554.169.508	- 914.739.652	360.570.144	-39,42%

Referencias

- ¿Qué es el desarrollo en Espiral? | Deloitte España. (s. f.). Deloitte Spain. Recuperado 28 de marzo de 2022, de <https://www2.deloitte.com/es/es/pages/technology/articles/que-es-el-desarrollo-en-espiral.html>
- ¿Qué es el Marco Jurídico? - Enfoque Estratégico. (2019, julio 24). <https://enfoque-estrategico.com/que-es-el-marco-juridico/>
- ¿Qué es el Marco Jurídico? (s. f.). Recuperado 15 de octubre de 2021, de <https://www.enfoque-estrategico.com/8-que-es-el-marco-juridico>
- ¿Qué es el Marco Jurídico? (s. f.). Recuperado 15 de octubre de 2021, de <https://www.enfoque-estrategico.com/8-que-es-el-marco-juridico>
- ¿Qué es un Marco Referencial? (2020, abril 1). CR Asesores Proyectos. <https://crasesoresproyectos.com/que-es-un-marco-referencial/>
- ¿Qué pasa con la salud en Colombia? - ELMUNDO.COM. (2020, junio 3). <https://www.elmundo.com/noticia/-Que-pasa-con-la-salud-en-Colombia-/380113>
- 15_elaboracion_plan_de_mejoras.pdf. (s. f.). Recuperado 14 de marzo de 2022, de http://www.uantof.cl/public/docs/universidad/direccion_docente/15_elaboracion_plan_de_mejoras.pdf
- Abece-resolucion-256-de-2016.pdf. (s. f.). Recuperado 15 de octubre de 2021, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/abeced-resolucion-256-de-2016.pdf>
- Abece-resolucion-256-de-2016.pdf. (s. f.). Recuperado 15 de octubre de 2021, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/abeced-resolucion-256-de-2016.pdf>
- Abece-sistema-obligatorio-garantia-calidad.pdf. (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/abeced-sistema-obligatorio-garantia-calidad.pdf>
- AEC. (2021, octubre 1). Calidad Total [AEC]. Conocimiento. <https://www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/calidad-total>
- Algunos desafíos del sistema de salud en Colombia. (2021, febrero 27). Consejo Privado de Competitividad. https://compite.com.co/blog_cpc/algunos-desafios-del-sistema-de-salud-en-colombia/
- Ana karen Garcia (5 de enero 2019), Retos para el mejorar el sistema de salud pública en México. Periodico El Economista, <https://www.eleconomista.com.mx/estados/Los-retos-para-mejorar-el-sistema-de-salud-publica-en-Mexico-20190105-0001.html>
- Ana, Cely. (2021, octubre 8). ¿Porque el cambio de la resolución 2003 de 2014 a la resolución 3100 de 2019? [Whatsaap].
- Antecedentes en Colombia. (s. f.). Acreditación en Salud. Recuperado 1 de octubre de 2021, de <https://acreditacionensalud.org.co/antecedentes-en-colombia/>
- Antecedentes en Colombia. (s. f.). Acreditación en Salud. Recuperado 24 de octubre de 2022, de <https://acreditacionensalud.org.co/antecedentes-en-colombia/>
- Asesores, ¿Que es un Marco Referencial?, (31 de Marzo 2020), Rastreador: <https://crasesoresproyectos.com/que-es-un-marco-referencial/>

- Ayala, D. R. (s. f.). PLAN DE MEJORA PARA EL PROGRAMA INSTITUCIONAL DE TECNOVIGILANCIA EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO. 83.
- Balanced-Scorecard.pdf. (s. f.). Recuperado 6 de mayo de 2022, de <https://www.gestiopolis.com/wp-content/uploads/2010/04/Balanced-Scorecard.pdf>
- Baraybar, F. A. (2011). El Cuadro de Mando Integral «Balanced Scorecard». ESIC Editorial.
- BIOESTADISTICO (Director). (2012, marzo 16). 19. Técnicas de recolección de datos | Metodología de la investigación científica. <https://www.youtube.com/watch?v=6uRAkQdGmDU>
- Bogotá, colombia, mapa vectorial de alta resolución con límites de ciudad y rutas editables. El mapa de la ciudad se dibujó con áreas blancas y líneas para calles principales, caminos secundarios y cursos de agua sobre un fondo negro. (s. f.). 123RF. Recuperado 17 de agosto de 2022, de https://es.123rf.com/photo_179387619_bogotá-colombia-mapa-vectorial-de-alta-resolución-con-límites-de-ciudad-y-rutas-editables-el-mapa-de.html
- Bogotá, colombia, mapa vectorial de alta resolución con límites de ciudad y rutas editables. El mapa de la ciudad se dibujó con áreas blancas y líneas para calles principales, caminos secundarios y cursos de agua sobre un fondo negro. (s. f.). 123RF. Recuperado 17 de agosto de 2022, de https://es.123rf.com/photo_179387619_bogotá-colombia-mapa-vectorial-de-alta-resolución-con-límites-de-ciudad-y-rutas-editables-el-mapa-de.html
- Bogotá. (2021). En Wikipedia, la enciclopedia libre. <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Bogot%C3%A1&oldid=139124210>
- Brasil, México y Colombia, entre los países donde más se hacen cirugías plásticas; la vaginoplastia, el procedimiento más común. (2018, noviembre 5). CNN. <https://cnnespanol.cnn.com/2018/11/05/brasil-mexico-y-colombia-entre-los-paises-donde-mas-se-hacen-cirugias-plasticas-la-vaginoplastia-el-procedimiento-mas-comun/>
- Cámara de Comercio, B. (2016, septiembre). Decreto 1072 de 2015 regula el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. <http://www.ccb.org.co/Clusters/Cluster-de-Prendas-de-Vestir/Noticias/2016/Septiembre-2016/Decreto-1072-de-2015-regula-el-sistema-de-gestion-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo>
- Cámara de Comercio, B. (2016, septiembre). El Decreto 1072 de 2015 regula el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. <http://www.ccb.org.co/Clusters/Cluster-de-Prendas-de-Vestir/Noticias/2016/Septiembre-2016/Decreto-1072-de-2015-regula-el-sistema-de-gestion-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo>
- Carranza, M. A. C. (2017). Diseño de una metodología para la evaluación de sistemas de gestión documental desarrollados bajo la plataforma Microsoft Sharepoint. MICROSOFT SHAREPOINT, 194.
- Carranza, M. A. C. (2017a). Diseño de una metodología para la evaluación de sistemas de gestión documental desarrollados bajo la plataforma Microsoft Sharepoint. MICROSOFT SHAREPOINT, 194.

- Carranza, M. A. C. (2017b). Diseño de una metodología para la evaluación de sistemas de gestión documental desarrollados bajo la plataforma Microsoft Sharepoint. MICROSOFT SHAREPOINT, 194.
- Cartilla_didactica.pdf. (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de https://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/cartilla_didactica.pdf
- Clínica del Trabajador S.A.S. (2021). Tablero de Indicadores R 256 de 2016 Trimestre 4 de 2021 (Tablero de Indicadores N.o 4). <http://www.forjarteclinicadeltrabajador.com>
- Clinicas de Cirugia Plastica en Bogotá, Colombia, con sus ventajas. (s. f.). -| Portal de medicina. Recuperado 15 de octubre de 2021, de <https://www.susmedicos.com/clinicas-cirugia-plastica-bogota/>
- Clínica del Trabajador S.A.S. (2020). Clínica del trabajador [Www.]. Forjarte Clínica del Trabajador. <https://www.forjarteclinicadeltrabajador.com/nosotros>
- CNA - Sistema de Mejoramiento Continuo. (s. f.). Recuperado 17 de agosto de 2022, de <https://www.mineduacion.gov.co/CNA/1741/article-186379.html>
- Cómo hacer el Marco Teórico Conceptual de tu Tesis. (2020, mayo 26). Tesis y Masters. <https://tesisymasters.com.ar/tesis-marco-teorico/>
- Conozca la Acreditación de Prestadores Institucionales de salud—Conozca la Acreditación de Prestadores Institucionales de salud. (s. f.). Orientación en Salud. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado 24 de octubre de 2022, de <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-7861.html>
- Constitución política de Colombia. (2010). [ConstitucionColombia.com](https://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-49). <https://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-49>
- Coronado-Zarco, R., Cruz-Medina, E., Hernández, S. I. M., Hernández, A. A., & Bringas, T. I. N. (s. f.). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. 8.
- Correa, L. F., Guerrero, C. E. D., Bernal, G. B., & Vargas, M. F. C. (2016). ALEJANDRO GAVIRIA URIBE. 114.
- Cuál es el problema del sistema de salud colombiano. (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de <https://www.semana.com/pais/articulo/cual-es-el-problema-del-sistema-de-salud-colombiano/263731/>
- da Silva, D. (1970, 1 enero). ¿Qué son los indicadores de gestión y cómo impactan en la atención al cliente? Zendesk MX
- Decreto 0780 de 2016.pdf. (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf
- Decreto 0780 de 2016.pdf. (s. f.). Recuperado 9 de octubre de 2021, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf
- DECRETO 1011 DE 2006.pdf. (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
- Decreto Único del Sector Salud – Decreto 780 de 2016—CONSULTORSALUD. (2016, mayo 12). <https://consultorsalud.com/decreto-unico-del-sector-salud-decreto-780-de-2016/>

- Decreto Único del Sector Salud – Decreto 780 de 2016—CONSULTORSALUD. (s. f.). Recuperado 10 de octubre de 2021, de <https://consultorsalud.com/decreto-unico-del-sector-salud-decreto-780-de-2016/>
- Decreto Único del Sector Salud, n.o 780, 672 (2016). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf
- Decreto-2193-de-2004.pdf. (s. f.). Recuperado 10 de octubre de 2021, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2193-de-2004.pdf>
- Decreto-2193-de-2004.pdf. (s. f.). Recuperado 10 de octubre de 2021, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2193-de-2004.pdf>
- Decreto-2193-de-2004.pdf. (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2193-de-2004.pdf>
- EEE. (s/f). Webinar: Competencias clave en un Sistema de Gestión Antisoborno. Escuela Europea de Excelencia. Recuperado el 8 de octubre de 2021, de <https://www.escuelaeuropeaexcelencia.com/Eventos/webinar-competencias-clave-en-un-sistema-de-gestion-antisoborno/>
- Encuesta de Satisfacción. (2021). [Google Forms]. Google Docs. https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdnGIytBlk_k2X--t-V_jxLoLZXbPopGF350Zwk3Zxhz3ex-A/viewform?usp=forms_home&ths=true&usp=embed_facebook
- Enriquez Trochez, S. M., Maya Vergara, D., & Patiño Cantillo, A. J. (2021). Propuesta para la habilitación del servicio de telemedicina en la IPS HORISOES en el primer semestre del 2021 [Bachelor Thesis, Especialización en Auditoría y Garantía de Calidad en Salud con énfasis en Epidemiología Presencial]. <https://repository.universidadean.edu.co/handle/10882/10812>
- García Arango, L. F., Barrera Acosta, B. M., Cuartas Patiño, N., Osorno Arias, L., García, E. L., Martínez, D. S., & Carmona Suárez, J. D. (2017). Trabajo de verificación de estándares de habilitación en salud en la empresa social del estado hospital la ceja de la ceja Antioquia. Andrews, S. Fastqc, (2010). A quality control toolforhighthroughputsequence data. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/11271>
- Gómez, F. R., Osorio, L. A. M., Ramirez, K. L. R., & Cruz, A. M. M. (2021). Lineamientos para la verificación de la habilitación de los servicios de salud. 109.
- González, A. L. (2021). EL BALANCED SCORECARD EN LA GESTIÓN DE SALUD. SALUD Y BIENESTAR COLECTIVO, 5(1), Art. 1.
- González, D. C. A., & Muñoz, L. A. J. (2020). Plan de Mejora para dar cumplimiento a la nueva norma de habilitación en el servicio de odontología para la institución prestadora de servicios de salud Herly dura Ortodoncia y Odontología Especializada de la ciudad de popayán en el año 2020. 2020, 117.
- González, D. C. A., & Muñoz, L. A. J. (s. f.). PLAN DE MEJORA PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA NUEVA NORMA DE HABILITACIÓN EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA PARA LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE

SERVICIOS DE SALUD HERLY DURAN ORTODONCIA Y ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA DE LA CIUDAD DE POPAYÁN EN EL AÑO 2020. 117.

- González—MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTION INTEGRAL .pdf. (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Resolucion-1164-de-2002.pdf>
- Gutiérrez García, A., Aguilar Diaz, C. A., Restrepo Álvarez, C. J., Marín Hoyos, D. M., Echavarría Betancur, E. J., Madrid Cavadía, E. L., Cueto Martínez, K. V., Bolívar Giraldo, K. J., & Jaramillo Montoya, S. (2020). Informe de verificación de las condiciones de habilitación en el Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, Guadalupe – Antioquia, de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019. Congreso de la República de Colombia. (23 de diciembre de 1993). Ley 100 de 1993. Diario Oficial No. 41.148. Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/20448>
- https://consultorsalud.com/?s=Habilitación&bp_search=1&view=content
- <https://consultorsalud.com/habilitacion-transitoria-de-vacunacion-covid19/>
- <https://www.mincit.gov.co/getattachment/bf8d83ae-5eef-4d98-8d01-b692f744cd89/Decreto-1595-del-05-de-agosto-de-2015-quot;Por-la.aspx>.
- <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-entrega-mencion-a-la-excelencia-a-37-IPS-del-pais.aspx>
- Investigadores, T. D. (2011, junio 3). Tesis de Investigacion: Marco Metodológico. Definición. Tesis de Investigacion. <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2011/06/marco-metodologico-definicion.html>
- Javier Camacho. (21:15:18 UTC). Resolucion 1164 de 2002. <https://es.slideshare.net/JavierCamacho3/resolucion-1164-de-2002>
- Javier Camacho. (21:15:18 UTC). Resolución 1164 de 2002. <https://es.slideshare.net/JavierCamacho3/resolucion-1164-de-2002>
- Jessica Hanae Zalfra-Tanaka, Liz Vermendi, Nathaly Villa, (2015), problems in quality of healthcare: opportunities for improvement, Sociendad cientifica san fernando, facultad de medicina mayor de san marcos. lima, Perú http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000200017
- Jimeno Bernal, J., & González González, R. (2012). Check list / Listas de chequeo: ¿Qué es un checklist y cómo usarlo? <http://148.202.167.116:8080/xmlui/handle/123456789/1109>
- JOSUE ARTURO HURTADO CASAS (Director). (2020, diciembre 7). AMEF Análisis de Modo y Efecto de Fallas + ejemplo cálculo del NPR explicación fácil de entender. <https://www.youtube.com/watch?v=O5P3qpIVF3o>
- Kafruni Júbiz, N., Castro Del Toro, M., Kafruni Júbiz, N., & Castro Del Toro, M. (2018). Sistema integrado de gestión para las IPS de alta complejidad de la ciudad de Barranquilla basado en los estándares de acreditación en salud, el modelo European foundation for quality management y el Balanced Scorecard. *Prospectiva*, 16(1), 91-99. <https://doi.org/10.15665/rp.v16i1.1468>
- Ley 715 de 2001—EVA - Función Pública. (s. f.). Recuperado 10 de octubre de 2021, de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4452>

- Ley 715 de 2001—EVA - Función Pública. (s. f.). Recuperado 10 de octubre de 2021, de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4452>
- Leyton-Pavez, C. E., Huerta-Riveros, P. C., & Paúl-Espinoza, I. R. (2015). Cuadro de mando en salud. *Salud Pública de México*, 57(3), 234. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i3.7562>
- Malagón-Londoño, G. M., & Paton Laverde. (2006). *Garantía de Calidad en Salud (2a. Edición)*. Ed. Médica Panamericana. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zNIzAARgYZEC&oi=fnd&pg=PR15&dq=Garantía+en+Salud&ots=WnvOKWdLoI&sig=6ndzbNtk00ItKgZzrpSwBBRYwS0#v=onepage&q=Garantía%20en%20Salud&f=false>
- Malagón-Londoño, G. M., & Paton Laverde. (2006). *Garantía de Calidad en Salud (2a. Edición)*. Ed. Médica Panamericana. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zNIzAARgYZEC&oi=fnd&pg=PR15&dq=Garantía+en+Salud&ots=WnvOKWdLoI&sig=6ndzbNtk00ItKgZzrpSwBBRYwS0#v=onepage&q=Garantía%20en%20Salud&f=false>
- Malagón-Londoño, G., Morera, R. G., & Laverde, G. P. (2006). *Garantía de calidad en salud*. Ed. Médica Panamericana.
- *Manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf*. (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>
- Manuel. (s/f). ¿Qué Es Sistema De Gestión De Calidad Y Para Que Sirve? | Aula 10. Recuperado el 8 de octubre de 2021, de <https://aula10formacion.com/blog/sistema-gestion-calidad-sirve/>
- Marco Metodologico. (s. f.).
- Marqués, D. F. L. (2017, mayo 29). Diferencias entre la higiene y el saneamiento en salud pública. *Clinic Cloud*. <https://clinic-cloud.com/blog/diferencias-entre-la-higiene-y-el-saneamiento-en-salud-publica/>
- Masters, T. y. (2020, mayo 26). Tesis y Másters Argentina 🎓. Tesis y Masters Argentina. <https://tesisymasters.com.ar/tesis-marco-teorico/>
- Metodología de la Investigación paso a paso (Director). (2019, mayo 24). [📺 Métodos, técnicas e instrumentos de investigación \(fácil de entender\) 📺](https://www.youtube.com/watch?v=CjoL-6XDmsU). <https://www.youtube.com/watch?v=CjoL-6XDmsU>
- Michell Andrea Vivas (2021), *Manual de criterios para la autorización permanencia y habilitación de EPS-Res 497 de 2021*, Consultor salud
- Ministerio de Comercio, Industria y turismo, (2015), Decreto Número 1595 de 201 “por el cual se dictan normas relativas a la subsistema nacional de la calidad”. Gobierno de Colombia
- Ministerio de la Protección Social. (2011). *Guía Práctica del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS*. Gobierno de Colombia. http://boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/cartilla_didactica.pdf
- Ministerio de la Protección Social, (2006), Decreto numero 1011 de 2006: Por el cual se establece el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. República de Colombia.

- Ministerio de Salud y protección Social, (2016) Mención a la Excelencia a 37 IPS del país, minsalud.gov.co
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Normograma del Ministerio de Defensa Nacional de la República de Colombia. 3.
- Ministerio de Salud, ABC Sobre el sistema obligatorio de garantía de la Calidad ,(2019) ¿Qué es el sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud? , Gobierno de Colombia <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/abece-sistema-obligatorio-garantia-calidad.pdf>
- Ministerio de Salud. (s. f.). Sistema Único de Habilitación. Recuperado 1 de octubre de 2021, de <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx>
- Minsalud actualizará requisitos de infraestructura de IPS. (2021, junio 30). <https://consultorsalud.com/minsalud-actualizara-infraestructura-ips/>
- Minsalud actualizará requisitos de infraestructura de IPS. (s. f.). Recuperado 10 de octubre de 2021, de <https://consultorsalud.com/minsalud-actualizara-infraestructura-ips/>
- Minsalud, (2021), Sistema de registro especial de prestadores de salud-Registro actual,<https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/work.aspx?tOut=true>
- Moncada, G., Córdova, C., Vera-Vega, R., Osses-Mendez, Y., Casanova, R., Moncada, G., Córdova, C., Vera-Vega, R., Osses-Mendez, Y., & Casanova, R. (2021). Experiencia en la implementación de sistemas de gestión de calidad para la atención odontológica en un centro docente asistencial universitario. *International journal of interdisciplinary dentistry*, 14(1), 11-16. <https://doi.org/10.4067/S2452-55882021000100011>
- Observatorio de calidad de la atención en salud OCAS, (2021), Índice Ocas, <http://simudatsalud-risaralda.co/observatorio-calidad-atencion-calidad>
- Organización Mundial de la Salud (1 de abril de 2021), Cobertura Sanitaria Mundial, [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- Organización Mundial de la Salud, (11 de agosto de 2020), Servicios Sanitarios de Calidad, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- Organización Mundial de la Salud, (17 de febrero de 2017), 10 formas de mejorar la calidad de la atención en los centros de salud, <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/10-ways-to-improve-the-quality-of-care-in-health-facilities>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2015), *Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Volume 1: Standards and criteria.*
- Organización para la Excelencia de la Salud, (2020), entidades acreditadas en Colombia, <https://oes.org.co/entidades-acreditadas-en-colombia/>
- Páginas—Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>

- Páginas—Sistema Único de Habilitación. (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx>
- Paola Velasquez (2021), Establecen procedimientos de habilitación transitoria de vacunación Covid-19. Consultorsalud
- Pasos para hacer el Marco Teórico Conceptual de tu Tesis . (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de <https://tesisymasters.com.ar/tesis-marco-teorico/>
- P-EM-05 Elaboracion y Seguimiento a Planes de Mejoramiento.pdf. (s. f.). Recuperado 28 de marzo de 2022, de <https://www.sabaneta.gov.co/files/pdf/P-EM-05%20Elaboracion%20y%20Seguimiento%20a%20Planes%20de%20Mejoramiento.pdf>
- Preguntas Frecuentes—Sistema Único de Habilitación. (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/Lists/FAQ/DispForm.aspx?ID=1033&ContentTypeId=0x01003F0A1BD895162D4599DC199234219AC7>
- Prosperidad Social - DPS. (2020). prosperidad social.
- PhD. Arnoldo J. Loaiza G. (s. f.). EL BALANCED SCORECARD EN LA GESTIÓN DE SALUD. Enero-Abril, 5, 13.
- Resolución 0256 de 2016.pdf. (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016.pdf
- RESOLUCIÓN 1995 DE 1999.pdf. (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf
- Resolución 3100 de 2019 nueva Habilitación de Servicios de Salud y REPS. (s. f.). Recuperado 10 de octubre de 2021, de <https://consultorsalud.com/resolucion-3100-de-2019-nueva-habilitacion-de-servicios-de-salud-y-reps/>
- Resolución 3100 de 2019, n.o 003100, Ministerio de Salud, 230 (2019). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%203100%20de%202019.pdf
- Resolución 4816 de 2008.pdf. (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Tecnovigilancia/Resoluci%C3%B3n%204816%20de%202008.pdf>
- Resolución No. 3100 de 2019.pdf. (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf
- Resolución No. 3100 de 2019.pdf. (s. f.-a). Recuperado 24 de octubre de 2022, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf
- Resolución No. 3100 de 2019.pdf. (s. f.-b). Recuperado 24 de octubre de 2022, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf
- Resolución Número 1995 de 1999: Manejo de la Historia Clínica. (2020, julio 26). Tribunal de Ética Odontológica de Nariño. <https://www.teonarino.org/resolucion-numero-1995-de-1999/>

- Resolucion_1403_de_2007.pdf. (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de http://autorregulacion.saludcapital.gov.co/leyes/Resolucion_1403_de_2007.pdf
- Resolucion-3100-de-2019-versión-copias-y-pegar.pdf. (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de <https://scare.org/wp-content/uploads/resolucion-3100-de-2019-versi%C3%B3n-copias-y-pegar.pdf>
- Rodríguez-León, A., & Lugo-Zapata, D. (2006). Garantía de la calidad en salud. 12(3), 5.
- Roldán, P. N. (2020, 27 julio). Garantía. Economipedia.
- Roncancio, G. (s. f.). ¿Qué es el Balanced Scorecard o Cuadro de Mando Integral? Un resumen. Recuperado 17 de marzo de 2022, de <https://gestion.pensemos.com/que-es-el-balanced-scorecard-o-cuadro-de-mando-integral-un-resumen>
- Salazar Oycata, D. M., Tobón Coronado, C. A., Marín Torres, A. F., Escobar Marín, G. P., Ospina Restrepo, Y. A., Rave Madrid, J. A., Buelvas Santos, L. C., Diez Arias, C. V., & Chaverra Isaza, M. B. (2017). Informe final de práctica de verificación de estándares de habilitación en la E.S.E Hospital San Rafael del municipio de Girardota departamento Antioquia. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0009_1979.html. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/11272>
- Secretaria de Salud, (2021) Documentos para realizar Inscripción y/o habilitación de Instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/inscripcionyohabilitaciondeIPS.aspx>
- Secretaria Distrital de Planeación, E. de A. y alcantarillado de B., & UAECD. (2012). Distribución por UPZ de la localidad de Usaquén (UAECD) [Map]. <https://www.catastrobogota.gov.co/sites/default/files/archivos/usaquén.pdf>.
- Secretaria Distrital de Salud. (2017). IPS habilitadas y certificadas para la prestación de servicios (p. 3). Secretaria Distrital de Salud. <https://bogota.gov.co/sites/default/files/tys/2017/11/IPS-habilitadas-y-certificadas-para-la-prestación-de-servicios-de-Cirugía-Estética.pdf>
- Secretraria Distrital de Planeación, E. de A. y alcantarillado de B., & UAECD. (2012). Distribución por UPZ de la localidad de Usaquén (UAECD) [Map]. <https://www.catastrobogota.gov.co/sites/default/files/archivos/usaquén.pdf>
- Seis pasos para evaluar un sistema de gestión documental. Adopción de la tecnología de imagen. || ComputerWorld. (s. f.). Recuperado 28 de marzo de 2022, de <https://www.computerworld.es/archive/seis-pasos-para-evaluar-un-sistema-de-gestion-documental-adopcion-de-la-tecnologia-de-imagen>
- Semana. (2018, noviembre 1). ¿Qué pasa con la calidad del sistema de salud en Colombia? Semana.com Últimas Noticias de Colombia y el Mundo. <https://www.semana.com/pais/articulo/cual-es-el-problema-del-sistema-de-salud-colombiano/263731/>
- Servicios sanitarios de calidad. (s/f). Recuperado el 8 de octubre de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-service>
- ShieldSquare Captcha. (2016). GOV.CO.
- Silva, A. M. J., & Mosquera, M. C. M. (s. f.). SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN – ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD. 52.

- Sispro.gov.co, (26 de agosto de 2021), Menú de observatorio nacional de calidad de salud- indicadores para el seguimiento, <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud2/indicadores/Paginas/Indicadores.aspx>
- Sistema integrado de gestión para las IPS de alta complejidad de la ciudad de Barranquilla basado en los estándares de acreditación en salud, el modelo European foundation for quality management y el Balanced Scorecard. (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-82612018000100091
- Sistema Integral de Información SISPRO. (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/SistemaIntegraldeInformaci%C3%B3nSISPRO.aspx>
- Snapshot. (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de <https://consultorsalud.com/minsalud-actualizara-infraestructura-ips/>
- Steel. (2020). ¿Que es la ley 100 de 1993? [Www.steel.net.co]. ¿De qué se encarga la Ley 100 de 1993? <https://www.steel.net.co/ley-100-de-1993/#:~:text=La%20Ley%20100%20de%201993%20se%20encarga%20de%20reclutar%20y,mejorar%20su%20calidad%20de%20vida.>
- Steel. (2020). ¿Que es la ley 100 de 1993? [Www.steel.net.co]. ¿De qué se encarga la Ley 100 de 1993? <https://www.steel.net.co/ley-100-de-1993/#:~:text=La%20Ley%20100%20de%201993%20se%20encarga%20de%20reclutar%20y,mejorar%20su%20calidad%20de%20vida.>
- Sundholm, M. (2015). OMS: Organización Mundial de la Salud – Oficina del Secretario General para la Juventud. OMS.
- Schneider F, Maurer C, Friedberg RC. International Organization for Standardization (ISO) 15189. *Ann Lab Med.* 2017 Sep;37(5):365-370. doi: 10.3343/alm.2017.37.5.365. PMID: 28643484; PMCID: PMC5500734.
- Tesis y Másters. (2020, mayo 26). Paso a paso para la elaboración del marco teórico conceptual de tu tesis [Tesis y Másters Argentina]. Marco Teórico Conceptual de tu Tesis. <https://tesisymasters.com.ar/tesis-marco-teorico/>
- Trías, M., González, P., Fajardo, S., & Flores, L. (2009). Las 5 W + H y el ciclo de mejora en la gestión de procesos. 8.
- Trujillo, E. (2020, 31 agosto). Derogación. Economipedia.
- Trujillo, E. (2021, 9 marzo). Normativa. Economipedia.
- Uaem, R. (2018). Conceptos básicos, dimensiones y modelos de la calidad hospitalaria. *Revista Medicina e Investigación UAEM.*
- Universidad Antonio Nariño—Generalidades. (s. f.). Recuperado 24 de octubre de 2022, de <https://www.uan.edu.co/facultad-de-ingenieria-industrial>
- Universidad, A. del E. de M. (2018). GUIÓN EXPLICATIVO “APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO II” Definición de Marco Contextual. 1-13.
- Valdes, A. (s. f.). OPS/OMS | Programas de Garantía de Calidad. Pan American Health Organization / World Health Organization. Recuperado 1 de octubre de 2021,

de

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3364:2010-programas-garantia-calidad&Itemid=42232&lang=es

- Valdes, A., & <https://www.facebook.com/pahowho>. (s. f.). OPS/OMS | Programas de Garantía de Calidad. Pan American Health Organization / World Health Organization. Recuperado 24 de octubre de 2022, de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3364:2010-programas-garantia-calidad&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Valdes, A., & <https://www.facebook.com/pahowho>. (s. f.). OPS/OMS | Programas de Garantía de Calidad. Pan American Health Organization / World Health Organization. Recuperado 24 de octubre de 2022, de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3364:2010-programas-garantia-calidad&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Vallejo, C., & Alberto, M. (2017). Verificación de las condiciones de habilitación de una institución prestadora de servicios de salud. *Bogotá, S. d. (s.f.). Sistema Único de Habilitación. Recuperado el 1 de Agosto de 2017, de <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Autoevaluaci%C3%B3nyNormatividaddeLosServiciosdeSalud.aspx>. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/10865>*
- Vidal-Pineda, L. M., & Reyes-Zapata, H. (1993). Diseño de un sistema de monitoria para el desarrollo de programas de garantía de calidad. *Salud Pública de México*, 35(3), 326-331.
- Viloría Altamar, A. P. (2021). Implementación del sistema único de habilitación de acuerdo a la Resolución 3100 de 2019 en el Centro de Salud San Miguel. <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/26059>
- ViloríaAndrea_2021_SistemaDeHabilitacion.pdf. (s. f.-a). Recuperado 24 de octubre de 2022, de https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/26059/1/ViloríaAndrea_2021_SistemaDeHabilitacion.pdf
- ViloríaAndrea_2021_SistemaDeHabilitacion.pdf. (s. f.-b). Recuperado 14 de marzo de 2022, de http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/26059/1/ViloríaAndrea_2021_SistemaDeHabilitacion.pdf
- WHO_EIP_OSD_2003.1.pdf. (s. f.). Recuperado 19 de octubre de 2021, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68410/WHO_EIP_OSD_2003.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2003). Quality and Accreditation in care services (Designed by minimum graphics). Designed by minimum graphics. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68410/WHO_EIP_OSD_2003.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ¿Qué es la Ley 100 de 1993? Pensión, Salud y Accidentes Laborales. (s. f.). SGSST | Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. Recuperado 24 de octubre de 2022, de <https://steel.net.co/ley-100-de-1993/>