

**MODELO DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD EN LA SECRETARÍA DE SALUD
PÚBLICA DE CALI**

**CLAUDIA XIMENA GÓMEZ ARBOLEDA
JULY ANDREA MINA MURILLO**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
SANTIAGO DE CALI**

2015

**MODELO DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD EN LA SECRETARÍA DE SALUD
PÚBLICA DE CALI**

CLAUDIA XIMENA GÓMEZ ARBOLEDA

JULLY ANDREA MINA MURILLO

**Trabajo de Grado presentando como requisito para optar el título de
Magíster en Administración**

DIRECTOR:

LEONEL LEAL

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN

SANTIAGO DE CALI

2015

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Viernes 6 de Marzo de 2015

DEDICATORIA

A mi hijo y mi esposo por su comprensión y amor.

A mi esposo por su amor y apoyo durante el emprendimiento de este dedicado viaje académico.

Y a nuestros padres por su ejemplo y orientación hacia los edificantes procesos educativos.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Diego Germán Calero Llañes, Harold Alberto Suárez Calle, Emilse Arévalo García, Bertha Lucía Ospina, María Eugenia Cuadros, Elizabeth Castillo Castillo, Patricia Villa Tombé, Guillermo Velasco, Jorge Holguín, Luz Stella Vallecilla, Lina María Calderón, Martha Faride Rueda, Gustavo Bergonzoli, Diego Victoria, Diego Daza, Alfonso Rojas, entre otros miembros de la organización; quienes hicieron parte del Comité Técnico y del Grupo de Expertos de la Universidad del Valle – CEDETES por brindarnos su experticia, recursos e instalaciones para realizar la investigación.. Y a Bernardo Abadía por su dedicación, amistad y orientación.

Tabla de Contenido

Resumen	14
Introducción	15
1. El Problema	17
1.1. Definición del Problema.	17
1.1.1. Tema	18
1.1.2. Formulación del problema	19
1.2. Objetivos	20
1.2.1. .Objetivo General	20
1.2.2.Objetivos específicos	21
1.3.Justificacións.....	21
1.4. Diseño Metodológico.....	25
1.4.1.Método	25
1.4.2. Población.	31
1.4.3. Muestra.	31
1.4.4. Etapas de diseño.....	31
1.4.4.1. Negociación y consenso..	31
1.4.4.2. Identificación y conformación de grupos de trabajo.....	32
1.4.4.3. Revisión documental, recolección de información y análisis..	32
1.4.4.4. Diseño y descripción del modelo.	33
2. Marco Referencial.....	34
2.1. Estado del Arte.	34
2.2 Marco Teórico y Conceptual.	36
2.2.1. Historia de la administración y la calidad.	36
2.2.1.1. Principales modelos de calidad.	38
2.2.1.1.1. Modelo de W. Edwards Deming.....	38
2.2.1.1.2. Modelo de Joseph Juran.....	39
2.2.1.1.3. Modelo de Philip Crosby.	39
2.2.1.1.4. Modelo de Armand Feigenbaum.	39
2.2.1.1.5. Otros aportes al concepto de calidad.	40

2.2.1.2. Aspectos comunes entre los autores en torno a la calidad.	39
2.2.2. La calidad desde la perspectiva del sector de la salud.	42
2.2.3. La administración bajo un modelo de calidad.	46
2.3 Marco Contextual.	50
2.3.1. Estructura administrativa de la Secretaría de Salud Pública de Cali.	53
3. Revisión Documental y Recolección de Información.	54
3.1. Marco Normativo y Legal de la SSPM.	54
3.2. Caracterización de Requerimientos de Partes Interesadas.	62
3.2.1. Identificación de Grupos de Interés.	64
3.2.2. Clasificación de grupos de interés.	64
3.2.3. Identificación de las expectativas y necesidades de los grupos de interés.	64
3.3. Análisis y Armonización de Estándares de Acreditación, Requisitos de Norma Técnica de Calidad NTCGP 1000:2009 y Modelo de Control Interno.	69
4. Modelo de Gestión Integral de Calidad de la Secretaría de Salud Pública de Cali.	
4.1. Componentes del direccionamiento estratégico.	81
4.1.1. Misión.	83
4.1.2. Visión.	83
4.1.3. Factores claves de éxito.	83
4.1.4. Principios y valores éticos.	84
4.1.4.1. Principios Éticos de la SSPM.	84
4.1.4.2. Compromisos éticos.....	85
4.1.4.3. Políticas y objetivos estratégicos.	87
4.1.5. Política y objetivos de calidad.	98
4.1.5.1. Política de calidad.	98
4.2. Mapa de Procesos.	100
4.2.1. Descripción del mapa de procesos.	102
4.2.1.1. Macroproceso de orden estratégico y/o de dirección.	102
4.2.1.1.1. Macroproceso de direccionamiento estratégico.....	102
4.2.1.1.1.1. Proceso planeación económica y social.	103
4.2.1.1.1.2. Proceso planeación institucional.	104
4.2.1.1.1.3. Proceso comunicación pública.	105

4.2.1.2. Macroprocesos misionales.	106
4.2.1.2.1. Macroproceso de desarrollo social.....	106
4.2.1.2.1.1. Proceso de Servicio de salud pública.....	106
4.2.1.2.1.1.1. Subproceso articulación y coordinación de la función rectora en salud.	125
4.2.1.2.1.1.2. Subproceso gestión sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud.	107
4.2.1.2.1.1.3. Subproceso gestión del aseguramiento en salud.....	108
4.2.1.2.1.1.4. Subproceso gestión de desarrollo y prestación de servicios de salud...109	
4.2.1.2.1.2. Proceso de servicios públicos domiciliarios.....	109
4.2.1.2.1.2.1. Subproceso de mejoramiento de la cobertura y calidad en la prestación de servicios de agua potable y saneamiento básico en la zona rural.	109
4.2.1.2.2. Macroproceso de participación social.	110
4.2.1.2.2.1. Proceso participación ciudadana y gestión comunitaria.	110
4.2.1.2.3. Macroproceso de convivencia y seguridad.	111
4.2.1.2.3.1. Proceso de manejo integral del riesgo y atención de desastres.	111
4.2.1.3. Macroprocesos de apoyo.....	112
4.2.1.3.1. Macroproceso jurídico administrativo.	112
4.2.1.3.1.1. Proceso de gestión jurídica.	112
4.2.1.3.1.2. Proceso adquisición de bienes, obras y servicios.....	113
4.2.1.3.1.3. Proceso administración de bienes inmuebles, muebles y automotores.....	115
4.2.1.3.2 Macroproceso de hacienda pública.	117
4.2.1.3.2.1 Proceso administración de tesorería.	117
4.2.1.3.2.2. Proceso contabilidad general.	118
4.2.1.3.2.3. Proceso gestión presupuestal.	119
4.2.1.3.3. Macroproceso de gestión tecnológica y de la información.	119
4.2.1.3.3.1. Proceso de atención al usuario.....	119
4.2.1.3.3.2. Proceso de gestión documental.....	120
4.2.1.3.3.3. Proceso de administración de tecnología de la información y comunicaciones (TIC).	121
4.2.1.3.4. Macroproceso de gestión del talento humano.....	122

4.2.1.3.4.1. Proceso de gestión y desarrollo de talento humano.....	122
4.2.1.3.4.2. Proceso de gestión de seguridad social integral.....	123
4.2.1.3.4.3. Proceso de liquidaciones laborales.	123
4.2.1.4. Macroprocesos de seguimiento y evaluación.	124
4.2.1.4.1. Macroprocesos de control.	
4.2.1.4.1.1. Proceso de mejoramiento continuo.....	124
4.3. Presentación Gráfica del Modelo de Gestión Integral de Calidad de la Secretaría de Salud Pública de Cali.	125
5. Conclusiones	127
6. Recomendaciones	130
7. Glosario.....	131
8. Referencias Bibliográficas	132
9. Cibergrafía	138
10. Anexos	141

Lista de tablas

Tabla 1. Marco lógico de metodología	26
Tabla 2. Aportes al concepto de calidad	40
Tabla 3. Definiciones de calidad.	43
Tabla 4. Matriz de revisión de competencias legales	54
Tabla 5. Funciones esenciales en salud.	55
Tabla 6. Normograma con principales competencias legales aplicables a una dirección territorial en salud, en el marco del SGSSS.	56
Tabla 7 Clasificación de grupos de interes por atributos	65
Tabla 8 Necesidades y expectativas de grupos de interés.	66
Tabla 9. Matriz de correlación entre estándares de acreditación – NTC GP 1000:2009 y MECI	70
Tabla 10. Identificación del rol de la secretaría de salud pública de Cali.	82
Tabla 11. Factores claves de éxito.	83
Tabla 12. Política Posicionamiento como autoridad sanitaria.	88
Tabla 13. Política: Participación y control social.	89
Tabla 14. Política: Niveles superiores de calidad.	90
Tabla 15. Política: Dirección y articulación de la función rectora en salud.	91
Tabla 16. Política: Gestión frente a los determinantes sociales y ambientales de la salud.	92
Tabla 17. Política: Gestión del aseguramiento en salud.	93
Tabla 18. Política: Gestión frente al desarrollo y prestación de servicios.	94
Tabla 19. Política: Gestión del riesgo y atención de emergencias y desastres en salud.	95
Tabla 20. Política: Fortalecimiento institucional.	96
Tabla 21. Proceso Planeación económica y social.	103
Tabla 22. Proceso planeación institucional.	104
Tabla 23. Proceso Comunicación Pública	105
Tabla 24. Subproceso articulación y coordinación de la función rectora en salud.	106
Tabla 25. Subproceso gestión sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud. ...	107
Tabla 26. Subproceso gestión del aseguramiento en salud.	108
Tabla 27 Subproceso gestión de desarrollo y prestación de servicios de salud.	109

Tabla 28. Subproceso de mejoramiento de la cobertura y calidad en la prestación de servicios de agua potable y saneamiento básico en la zona rural.	110
Tabla 29. Proceso de participación ciudadana y gestión comunitaria.	111
Tabla 30. Proceso de manejo integral del riesgo y atención de desastres.	112
Tabla 31. Proceso de gestión jurídica.	113
Tabla 32. Proceso Adquisición de bienes, obras y servicios.	114
Tabla 33. Proceso de administración de bienes inmuebles, muebles y automotores.	115
Tabla 34. Proceso Administración de Tesorería.	117
Tabla 35. Proceos contabilidad genral	118
Tabla 36. Proceso Gestión Presupuestal	119
Tabla 37. Proceso de Atención al Usuario.	120
Tabla 38. Proceso de gestión documental.	120
Tabla 39 Proceso de Administración de Tecnología de la Información y Comunicaciones (TIC)	121
Tabla 40. Proceso de gestión y desarrollo de Talento Humano.	122
Tabla 41. Proceso de gestión de seguridad social integral.	123
Tabla 42. Proceso de liquidaciones laborales.	124
Tabla 43 Proceso de mejoramiento continuo.	124
Tabla 44. Relación de estandates de acreditación con mapa de procesos.	126

Lista de gráficas

Gráfico 1. Modelo de sistema de calidad integrado.	50
Gráfico 2. Estructura administrativa de la secretaría de salud.	53
Gráfico 3. Políticas y objetivos estratégicos.	87
Gráfico 3. Mapa de macroprocesos secretaría de Salud Pública de Cali.....	101
Gráfico 5. Modelo de gestión integral de calidad.	127

Lista de Anexos

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM	158
Anexo 2. Componentes estratégicos actuales de la Alcaldía de Santiago de Cali..	161
Anexo 3. . Relación de competencias de la SSPM según Plan de Desarrollo.	166
Anexo 4. Contexto Estratégico y Mapa de Riesgos de la Alcaldía.	167
Anexo 5. Contexto estratégico y mapa de riesgos de la alcaldía.....	172
Anexo 6. Mapa de Procesos de la Alcaldía de Santiago de Cali.....	188
Anexo 7. Ejemplo de documentación de proyectos. i	189

Resumen

El presente trabajo articula los Estándares de Acreditación en salud para Direcciones Territoriales, los Requisitos de los Sistemas de Calidad NTC GP 1000:2009 y Control Interno - MECI, en un Modelo de Gestión Integral de Calidad que permite fortalecer la capacidad Rectora de la Secretaría de Salud Pública de Cali, como Dirección Territorial; pues está compuesto por elementos del Direccionamiento Estratégico, el Modelo de Operación por Procesos y la definición de componentes de cultura de calidad y ética organizacional.

..... Su desarrollo fue abordado bajo los principios metodológicos de la Investigación Acción –Participación (IAP), los cuales permitieron la cooperación del Comité Técnico de la Entidad y otros miembros de la organización; como también de un Grupo de Expertos en Salud Pública de la Universidad del Valle (Centro de Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública - CEDETES). Así como también se hizo uso del Método Descriptivo, desde el cual se logró especificar y/o detallar cada una de los componentes del modelo; luego de la identificación de las Competencias Legales de la Entidad, los requerimientos de los Grupos de Interés y los requisitos similares entre los sistemas correlacionados.

De igual manera, este modelo permite unificar esfuerzos hacia un solo objetivo, posibilitando la eficiencia en el manejo de los recursos tanto en la etapa de diseño, como en su implementación, desarrollo y mejora continua. A su vez es aplicable a otras entidades de orden municipal que presenten condiciones y competencias similares a las de la ciudad de Santiago de Cali, pues dicho Modelo está orientado a dar cumplimiento a los nuevos enfoques de la sa requerimientos legales para una autoridad sanitaria.

Introducción

Por muchos años la administración ha sido una necesidad natural, obvia y latente en todo tipo de organizaciones humanas. Desde siempre, cada tipo de organización ha requerido control de actividades y toma de decisiones acertadas, para alcanzar sus objetivos – cualquiera que sea – de manera eficiente. Es por ello que se han creado diversas estrategias y métodos que lo permitan.

Uno de los métodos creados, es la gestión por calidad, que hoy por hoy, es un concepto que se hace imprescindible para la transformación de los objetivos de las entidades públicas o privadas e impacta decisivamente en la mejora del desempeño de las mismas y en su capacidad para la generación de productos y/o servicios, que, en este caso, trascienden en las necesidades y expectativas de los ciudadanos.

El presente documento desarrolla y estructura un Modelo de Gestión de Calidad, Integrador de los Estándares de Acreditación, el Sistema de Gestión de Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno, que permite mejorar el rol Rector en salud de la Secretaría de Salud Pública de Cali, como Dirección Territorial en Salud; con el fin de ganar mayor posición como autoridad sanitaria, sobre el territorio de su jurisdicción.

En la primera parte se presentan los antecedentes relacionados con el concepto de calidad y su aplicación en el campo de la salud y el sector público, a su vez, se dimensionan los propósitos y razones que sustentan la necesidad de desarrollo del presente trabajo y se abordan aspectos generales del tema de investigación, delimitando su alcance a través de los objetivos y parámetros metodológicos.

En la primera etapa de desarrollo del modelo se realizó la identificación de competencias legales, generando una correlación de las mismas con las Funciones Esenciales en Salud, lo que permitió identificar a través de qué competencias se da alcance al desarrollo de dichas funciones y concluir de manera general las principales competencias que debe cumplir la Entidad como autoridad sanitaria. Posteriormente, se caracterizaron los requerimientos de las partes interesadas, con el fin de identificar sus necesidades y expectativas. De esta manera se generó la relación del marco estratégico de la Alcaldía de Santiago de Cali, con las competencias de la SSPM. Igualmente, se analizaron y armonizaron los Estándares de Acreditación, los requisitos que exige la Norma Técnica de Calidad NTCGP 1000:2009 y el Modelo de Control Interno,

facilitando la comprensión de los requisitos de cada sistema y su interrelación. Lo anterior permitió establecer el contexto de la organización para estructurar el Modelo de Gestión Integral de Calidad, bajo los elementos, necesidades y propósitos particulares de este tipo de Entidad.

El Modelo fue desarrollado partiendo de la propuesta de la Corporación de Calidad (1995); la cual plantea que un Modelo de Gestión Integral de Calidad debe comprender componentes de Dirección Estratégica, Procesos y Enfoque de Cultura Organizacional orientada a la calidad. Se inicia con el diseño y descripción de elementos fundamentales del Direccionamiento Estratégico, tales como: misión, visión, factores claves de éxito, políticas y objetivos estratégicos y dentro de éste se establecieron los parámetros de la cultura organizacional, como principios, valores, compromisos éticos, política y objetivos de calidad. Por último, se define el Mapa de Procesos, teniendo en cuenta los fundamentos del Sistema de Gestión de Calidad de la Alcaldía de Santiago de Cali y su aplicabilidad en la SSPM, puesto que esta última pertenece a la división administrativa de este Ente Municipal; y se realiza la descripción de cada uno de los procesos de orden estratégico, misional, de apoyo y de evaluación y seguimiento, con sus objetivos, procedimientos y productos que deberá generar.

El presente Modelo responde a los parámetros legales de orden nacional para Direcciones Territoriales en Salud de orden municipal, y a las expectativas de mejora continua y de calidad; brindando con ello un valioso aporte a la sociedad en general; a través de la entidad que regula uno de los Derechos Fundamentales de la población, como lo es la salud.

1. El Problema.

1.1. Definición del Problema.

Décadas atrás, y con el surgimiento de situaciones económicas y sociales que impactaron el bienestar de las sociedades, se hizo evidente para los países dar prioridad a la construcción de compromisos propios de la salud.

Entre los años 80 e inicios de los 90, se llevó a cabo la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud (SNS), por medio del desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), tal como se estipula en el Contrato de prestación de Servicios entre el Municipio de Santiago de Cali, la Secretaría de Salud y la Universidad ICESI en el 2011.

Por lo anterior y teniendo en cuenta que la salud es un patrimonio del grupo al que pertenece, con impacto directo en los indicadores económicos y en el desarrollo de la sociedad; así como también en las transformaciones económicas, demográficas y políticas, se ha dado origen a la definición de Políticas de Salud Pública que buscan garantizar de una manera integrada la salud de la población. Es así como el sector salud inicia un proceso de exploración y experimentación con base en sistemas y estrategias para ampliar su cobertura y controlar sus costos, proyectados hacia la comunidad y su crecimiento. (Ibid).

El sector Salud viene en constantes procesos de transformación, buscando con ello asegurar un mejor bienestar a la población, para lo cual, desarrolla en la década de los noventa una reforma, en la cual crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-, mediante la ley 100 de 1993, que contempla la calidad como un atributo fundamental de la Atención Integral en Salud.

Así mismo, en estudios contratados por el Ministerio de la Protección Social en el período de 1999 a 2001, con el fin de ajustar el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud –SOGCS-, se contempló un sistema con cinco componentes en interacción armónica, todos orientados hacia la calidad en términos de eficiencia, eficacia, igualdad, accesibilidad y transparencia.

Entre los componentes están: 1. Sistema Único de Habilitación dirigido a garantizar el cumplimiento de unos requisitos obligatorios que minimicen los principales riesgos de la prestación de servicios de salud, con el fin de proteger la vida y la salud de los usuarios; 2. Sistema Único de Acreditación; 3. Auditoría encaminada al mejoramiento de la calidad de los

procesos de atención en salud; 4. Sistema de Información a Usuarios, para facilitar en estos la toma de decisiones basadas en calidad, que activen incentivos en los aseguradores y prestadores para mejorar los servicios y, el último componente, 5. Incentivos (económicos, de prestigio, legales y éticos) que estimulen la competencia por calidad. (Kerguelén, 2008).

Por otra parte el Estado colombiano ha creado el Sistema Nacional de Calidad – SNC-, como un instrumento que contribuye a facilitar el comercio e incrementar la competitividad de las empresas y entidades colombianas, ofreciendo al consumidor garantías e información sobre los productos y servicios que adquiere, proteger la vida, la salud y el medio ambiente. Así como la promoción de mayor desarrollo de la ciencia y la tecnología.

Para ello ha fijado políticas y definido las partes del Sistema mediante el documento CONPES 3446 de 2006. En dicho documento reposa como parte integral del Sistema Nacional de Calidad, el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad en Salud.

Actualmente sólo 25 entidades han sido acreditadas; según reportes del Ministerio de Salud y de la Protección Social, nueve son públicas y dieciséis privadas; y dos de las privadas son de Santiago de Cali; cuando se revisa el listado de las entidades acreditadas se puede observar que todas ellas corresponden a IPS, por lo cual a la fecha no existe ninguna dirección territorial en salud acreditada ni departamental, distrital o municipal.

Por lo anterior, es una necesidad para la Secretaría de Salud Pública de Cali, como Dirección Territorial en Salud, iniciar la ruta a la Acreditación, pues si bien es cierto, es un proceso voluntario, se convierte en un elemento de alta relevancia para asegurar la calidad, eficiencia y eficacia en la aplicación de procedimientos de asistencia técnica, inspección, vigilancia y control a las EPS, IPS u otros actores que inciden en las condiciones de salud de la población; y de esta manera mejorar su capacidad de Rectoría. (Recuperado el 24 de Marzo de 2014. <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Acreditación-en-Salud.aspx>).

1.1.1. Tema.

Modelo de Gestión de Calidad en la Secretaría de Salud Pública de Cali integrador de los Estándares de Acreditación, el Sistema de Gestión de Calidad y Modelo de Control Interno.

1.1.2. Formulación del problema.

Santiago de Cali es el epicentro del sur occidente colombiano, con grandes expectativas de desarrollo económico y social, sigue siendo una ciudad donde convergen poblaciones de diferentes latitudes y longitudes del país. En las estadísticas poblacionales del DANE muestran, desde los años 2008 a 2014, un promedio de crecimiento poblacional de 25.000 habitantes por año, con una proyección igual hasta el 2020; lo que implica que la Secretaría de Salud Pública de Cali requiera desarrollar un modelo de gestión que le permita mantener un sistema de mejora continua que responda a las necesidades de la creciente población y expectativas de desarrollo.

La Secretaría de Salud Pública de Cali presenta un retraso de más de cinco años en el diseño e implementación del Sistema de Control Interno y Calidad, como lo demuestran los últimos informes de autoevaluación de la entidad y auditoría de control interno; como también tiene actualmente debilidades en su ejercicio de rectoría o autoridad sanitaria sobre el sistema de salud de su jurisdicción, al no tener delegadas, por orden nacional, responsabilidades de control.

Por lo cual requiere el diseño de un Modelo de Gestión Integral de Calidad, que le permita dar cumplimiento a los Estándares de Acreditación, los requisitos del Sistema de Calidad y Control Interno, para fortalecer su capacidad de Rectoría.

El Sistema de Acreditación, al igual que el de Calidad y Control Interno, orienta a la Entidad a fortalecer su gestión a través de un modelo sistémico; a su vez que le permite mejorar su rol como autoridad sanitaria; puesto que actualmente las responsabilidades legales sólo le permiten hacer inspección y vigilancia.

Así mismo cuando es requerido llegar a instancias de control, debe ser remitido a la Superintendencia de Salud o a la Secretaría de Salud Pública Departamental y si dichas entidades por su capacidad operativa no alcanzan a atender los casos remitidos, se pierde todo el ejercicio de inspección y vigilancia previamente realizado por la SSPM.

Es decir, que el desarrollo de un proceso de acreditación posibilita que la Superintendencia de Salud, entregue a la Dirección Local funciones de control, o en otros términos, sancionatorias. Permitiendo mejorar el rol como autoridad sanitaria y a su vez obtener mayores recursos económicos para la salud de Cali.

Adicionalmente, si la implementación de dichos sistemas es realizada de forma independiente, se podría generar un desgaste administrativo. Al igual que no se lograría los niveles de eficiencia y efectividad que requiere la organización, pues estos sistemas difieren en

algunos componentes, pero no son excluyentes entre sí, teniendo en cuenta que el Sistema de Acreditación corresponde a Niveles Superiores de Calidad.

De acuerdo con Cámara y Comercio, en la encuesta de Percepción Ciudadana de 2013, se observan, en el ámbito nacional, fuertes crisis e inconformidades por parte de los ciudadanos con las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS y con el Sistema en general. En comparación con los años comprendidos entre el 2008 – 2011, frente al período 2012 – 2013, se observa que el nivel de insatisfacción general percibido por la ciudadanía caleña con la salud, continúa por encima del 50% aumentado en un 1%.

Y con relación a la percepción de la Garantía al Derecho de la Salud, se observa que desde el 2009 al 2013 se mantiene un promedio entre el 50% y 60% de sensación negativa.. Si bien es cierto que una Dirección Territorial no puede cambiar el Sistema de Salud como tal, sí puede a través de la Acreditación ampliar su capacidad de asistencia técnica, inspección, vigilancia, control y cumplimiento de las funciones esenciales en salud como Ente Rector y con ello generar mayor incidencia en las condiciones de salud de la población; buscando garantizar accesibilidad, prestación de servicios con calidad, eficacia y eficiencia y/o generar mayores niveles de coordinación y articulación entre los diferentes actores del sistema de salud en el territorio, con acciones de liderazgo político.

Por ello el presente trabajo plantea la siguiente Pregunta de Investigación:

¿Cómo articular los Estándares de Acreditación en Salud, requisitos de Calidad y Control Interno en un modelo de Gestión de Calidad para una Dirección Territorial en Salud, que permita fortalecer la capacidad de Rectoría en Salud?

1.2. Objetivos.

1.2.1. Objetivo general.

Diseñar un Modelo de Gestión Integral de Calidad en la Secretaría de Salud Pública de Cali, que articule los Sistemas de Gestión de Calidad, Control Interno y los Estándares de Acreditación, con el fin de fortalecer la capacidad de Rectoría en Salud sobre el territorio de su jurisdicción.

1.2.2. Objetivos específicos.

- Identificar las Competencias Legales aplicables a una Dirección Territorial en salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Identificar y caracterizar los requerimientos de los Grupos de Interés de la Secretaría de Salud Pública de Cali.
- Identificar los elementos o requisitos similares de la NTCGP 1000:2009, el MECI (Modelo Estándar de Control Interno) y los Estándares de Acreditación establecidos en la Resolución 3960 de 2008.
- Definir el Direccionamiento Estratégico de la Secretaría de Salud Pública de Cali, de acuerdo con las Competencias Legales asignadas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y con el contexto estratégico de la organización.
- Definir los componentes del Modelo de Gestión Integral de Calidad, a partir de los Estándares de Acreditación y los requisitos de la NTCGP 1000:2009 y el modelo de Control Interno.

1.3. Justificación.

La globalización ha traído consigo un contexto social y económico altamente cambiante, impactando a las organizaciones con grandes desafíos; y aún más, a las que cumplen funciones del Estado; puesto que deben dar respuesta a las múltiples necesidades de la sociedad actual, que tal como la describe la doctora Baena Paz (2009), se caracteriza por ser compleja, multi-causal, dinámica, caótica, inserta e insegura.

Este tema es tratado la II Conferencia Internacional sobre Salud Ocupacional y Ambiental, Bahía, Brasil, en junio de 2002. Universidad de Carabobo Maracay, Venezuela:

En este artículo se asume la globalización como la imposición de un modelo de pensamiento, de una forma de concebir el mundo, la sociedad, la producción y distribución de bienes, y las relaciones entre las naciones, que se conoce como

neoliberalismo y constituye el paradigma económico de nuestro tiempo. Ese modelo se caracteriza por el dominio del mundo por un grupo de instituciones financieras y grandes corporaciones, que promueven privatizaciones en el área de la salud y la educación para integrar esos derechos sociales a los circuitos de acumulación del capital. Se señala a la Deuda Externa como uno de los problemas más importantes de los pueblos del mundo, y se critica el modelo de desarrollo que impide una adecuada redistribución de la riqueza social, concentra el capital, produce pobreza y desempleo, y afecta profundamente la vida, el ambiente y la salud de los trabajadores. Se concluye, señalando el imperativo ético y político de luchar por un nuevo modelo de organización de la producción y la sociedad. Se llama a construir planes de trabajo para proteger la salud de los trabajadores y trabajadoras, preservar el ambiente, construir instrumentos organizativos para la educación popular que haga crecer la conciencia y la capacidad de lucha de las grandes mayorías. (II Conferencia Internacional sobre Salud Ocupacional y Ambiental, Bahía, Brasil, 2002).

Por otra parte, la Oficina Internacional del Trabajo – OIT - (1996), menciona que la globalización conlleva nuevas oportunidades de desarrollo para los países y para las personas, y trae consigo un reajuste del equilibrio económico mundial.

Es por ello que nuestra sociedad vive en mundo altamente competitivo, sujeto a los nuevos desarrollos tecnológicos y entradas a un sistema dinámico de la información y del conocimiento, que conlleva a que las organizaciones del Estado se cuestionen sobre su rol en la sociedad y a su vez generen acciones tangibles hacia la modernidad.

Teniendo en cuenta lo anterior el Estado colombiano genera disposiciones para el desarrollo de Sistemas de Gestión de Calidad en el país, tales como: el CONPES 3446 que fija políticas económicas y sociales en materia de calidad tanto para la competitividad de empresas públicas como privadas; a su vez da directrices a las diferentes entidades estatales para la implementación de Sistemas de Calidad y Control Interno; a través de leyes como la Ley 87 de 1993, la Ley 872 de 2003; entre otros decretos reglamentarios, con los cuales busca que se desarrollen procesos de modernización permanente que respondan a las necesidades del entorno y permita recuperar la gobernabilidad de la Entidad sobre el territorio de su jurisdicción.

Décadas atrás se viene buscando la intersección de los conceptos de la administración al Sistema de Gestión en Salud, requiriéndose una transferencia de las técnicas administrativas a las estructuras de las organizaciones o actores de este sector, que garanticen la sostenibilidad del sistema y la mejora continua en la prestación de los servicios de salud.

Por su parte, la Alcaldía de Santiago de Cali, a través de la Secretaría de Salud Pública de Cali, debe generar una capacidad de dirección o gerencia, sobre el sistema de salud y su territorio. Para ello debe construir instrumentos que permitan generar capacidades institucionales, que fortalezcan la asistencia técnica, inspección, vigilancia, control y el desarrollo de las demás funciones esenciales en salud, impactando de esta forma en el mejoramiento continuo de las entidades encargadas de la prestación de servicios en salud.

El desarrollo de un modelo de gestión de calidad en la Secretaría de Salud Pública de Cali, facilitará en primera instancia que la organización cumpla con parámetros exigidos en la Ley, relacionados con el diseño de un Sistema de Gestión de Calidad, bajo un modelo de administración por procesos que debió ser implementado desde el año 2008.

Este modelo se podrá llevar a cabo desplegando una herramienta de gestión sistemática e integradora, que permita conducir el sistema de salud en su territorio con mayor eficiencia, eficacia y efectividad. Así mismo, iniciar la ruta hacia el desarrollo de Estándares de Acreditación según su rol en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, en la prestación de servicios en salud.

Diseñar un modelo de gestión de calidad que integre los Estándares de Acreditación, el Sistema de Gestión de Calidad y el Sistema de Control Interno, permite orientar la gestión de la entidad en una sola dirección y bajo una mirada global, evitando esfuerzos independientes o parcializados, y con ello sobre costos para la organización, relacionados con factores humanos, de tiempo; recursos físicos y de tecnología, información y comunicación (TIC).

Lo anterior, facilitará el cumplimiento de obligaciones legales, como la implementación de un sistema de calidad y control interno; y el fortalecimiento del ejercicio de la función rectora en salud; puesto que se orientarían los procesos que exige el sistema de gestión de calidad hacia el cumplimiento de las funciones y estándares objeto de acreditación, con mecanismos de control interno que faciliten su seguimiento y mejora continua.

El diseño de un modelo integrador de los sistemas en mención, orientará la gestión de la organización hacia un enfoque sistémico, que a través de su implementación podrá llevar a la Secretaría de Salud Pública de Cali a la acreditación como Dirección Territorial de Salud y con ello posibilitar la obtención de funciones de control sobre la prestación de servicios de salud a la población de Cali.

Dicha acreditación permite que se mejore la imagen y credibilidad de los usuarios en la entidad y que el Estado a través del Ministerio de Salud y de la Protección Social y la Superintendencia de Salud entregue incentivos de orden financiero y administrativo; según lo establece la Ley 1438 de 2011.

A su vez, el resultado del presente trabajo, el diseño de un modelo integral que articule los sistemas en mención, puede aportar elementos o llegar a generalizarse hacia otras Direcciones Locales en Salud de orden municipal con una categoría similar a la de la Alcaldía de Santiago de Cali; pero sobre todo que tengan, por deber Constitucional, desarrollar el mismo tipo de servicios y productos para la comunidad.

Actualmente, en el país no existe ninguna Dirección Territorial o Local en Salud acreditada, sólo existen veinticinco Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS- con este tipo de certificación y sus Estándares de Acreditación presentan un carácter diferenciador por el tipo de rol y obligaciones dentro del sistema de salud.

Así mismo no se encuentran investigaciones encaminadas a la construcción de un modelo integrador de sistemas de gestión de calidad, estándares de acreditación y control interno para direcciones territoriales o locales en salud que le faciliten mejorar su capacidad de rectoría en salud, aspecto que podrá evidenciarse con mayor desarrollo en el estado del presente documento. Igualmente el presente trabajo aportará a investigaciones futuras en este campo, ofreciendo elementos metodológicos para el desarrollo de modelos de calidad en salud, que integren sistemas de gestión de calidad, control interno y acreditación en salud.

1.4. Diseño Metodológico.

1.4.1. Método.

El presente proyecto hace uso de dos métodos de investigación. Inicialmente, parte de la aplicación de los principios metodológicos de la Investigación Acción Participación (IAP), establecidos por Villasante (2006), considerando que esta metodología aporta resultados fiables y útiles, como método de estudio de tipo cualitativo, puesto que la población o colectivos a investigar, pasaron de ser “objeto” de estudio a “sujeto” protagonista de la investigación, controlando e interactuando a lo largo del proceso investigado (diseño, fases, evolución, acciones, propuestas, entre otras); haciendo necesario una interacción y convivencia directa de los investigadores el grupo a estudiar, aspecto que se facilitó porque una de las investigadoras ocupaba el rol de coordinador de los Sistemas de Gestión y Control en la Entidad, lo cual le implicaba la responsabilidad de liderar el proyecto y la metodología de diseño e implementación del Modelo de Gestión Integral de Calidad en la SSPM; ello posibilitó la identificación de la información, construcción y descripción el modelo, directamente con los miembros de la organización.

Teniendo en cuenta el estado de conocimiento del tema, según los antecedentes revelados por los aportes de la literatura revisada y el contexto de su aplicación, quienes se mueven en el campo de la Calidad en Salud, se toman los aportes del Método Descriptivo (Dankhe, 1986), con el ánimo de especificar las propiedades más relevantes del objeto de estudio, logrando el previo análisis y, como su nombre lo dice, la respectiva descripción del modelo en sí.

La información lograda en el desarrollo de los principios metodológicos de la IAP en la primera etapa del estudio, se convirtieron en un input para el desarrollo de la metodología descriptiva, en la segunda etapa del mismo. Para mayor detalle ver la siguiente tabla.

Tabla 1

Marcológico de metodología

Objetivo general	Diseñar un Modelo de Gestión Integral de Calidad en la Secretaría de Salud Pública de Cali, que articule los Sistemas de Gestión de Calidad, Control Interno y los Estándares de Acreditación, con el fin de fortalecer la capacidad de Rectoría en Salud sobre el territorio de su jurisdicción.			
* Objetivos específicos	Actividades	Método de investigación utilizado	Resultados	Interrelación entre objetivos
*Identificar las Competencias Legales aplicables a una Dirección Territorial en salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	* Revisión documental del Marco Legal Interno de la Administración Municipal de Santiago de Cali y normatividad legal vigente del Sistema de Seguridad Social en Salud. (Realizado por los autores). * Organización de la información, (Realizado por los autores). * Mesas de trabajo con Comité de la SSPM, para revisión y validación de la información recopilada. *Definición y descripción de competencias de la Dirección Territorial en Salud. Nota aclaratoria: El Grupo de Expertos acompañó el desarrollado de las dos últimas actividades; orientando frente a conceptos técnicos de salud, realizando feedback y aportando en los ejercicios de validación junto con el Comité Técnico y los autores.	La construcción de este objetivo en sus inicios requirió del uso de los principios de la IAP, con la información generada a través de revisiones al marco legal vigente y con ejercicios de revisión y validación participativa, se procedió a realizar la descripción de las competencias legales aplicables a una Dirección Territorial en salud haciendo su validación final en el comité técnico de la SSPM.	Matriz de relación de competencias legales (internas) con las Funciones Esenciales en Salud, Normograma y compilación 17 competencias legales macro de una Dirección Territorial en Salud.	El desarrollo de este objetivo específico permitió a los investigadores, al equipo de la SSPM y a los expertos técnicos, reconocer las competencias legales que la SSPM debe desarrollar en el marco de la normatividad vigente, convirtiéndose en el insumo principal para establecer los procesos que forman parte del Modelo de Gestión de Calidad en la Secretaría de Salud Pública de Cali. Los resultados obtenidos en este objetivo facilitaron la identificación de grupos de interés de la Secretaría de Salud Pública de Cali y la caracterización de sus requerimientos en términos de necesidades y expectativas.

Fuente. Las autoras.

Tabla 1

Marco lógico de metodología – Continuación.

Objetivo general	Diseñar un Modelo de Gestión Integral de Calidad en la Secretaría de Salud Pública de Cali, que articule los Sistemas de Gestión de Calidad, Control Interno y los Estándares de Acreditación, con el fin de fortalecer la capacidad de Rectoría en Salud sobre el territorio de su jurisdicción.			
* Objetivos específicos	Actividades	Método de investigación utilizado	Resultados	Interrelación entre objetivos
Identificar y caracterizar los requerimientos de los Grupos de Interés de la Secretaría de Salud Pública de Cali.	* Realización de Mesas de Trabajo junto con los autores y grupos de la repartición administrativa de la SSPM, con el fin de identificar y caracterizar los requerimientos de los Grupos de Interés a través de la metodología los pasos sugeridos por Mitchell et al (1997). * Validación de la información con el Comité Técnico y grupo de expertos. * Descripción y organización de resultados. Nota aclaratoria: El grupo de expertos hizo parte del desarrollado de las actividades orientando frente a conceptos técnicos de salud, realizando feedback y aportando en los ejercicios de validación junto con el Comité Técnico y los autores.	La construcción de este objetivo en sus inicios requirió del uso de los principios de la IAP, lo que permitió la identificación y caracterización de los requerimientos de los grupos de interés con diferentes equipos de trabajo de la SSPM y posteriormente hacer la revisión y validación con en el Comité Técnico de la SSPM y grupo de expertos. Dentro de los ejercicios realizados con principios de la IAP (mesas de trabajo), se utiliza el método descriptivo para especificar las necesidades y expectativas de cada grupo de interés.	Grupos de interés identificados y clasificados, de acuerdo con los atributos de cada uno con relación a la SSPM y descripción de necesidades y expectativas de cada grupo de interés.	Teniendo en cuenta los resultados del objetivo anterior se facilitó la identificación de los grupos de interés y definición de necesidades y expectativas conforme al tipo de relación que cada grupo presenta con la SSPM. Los resultados obtenidos permitieron la construcción y delimitación de componentes del direccionamiento estratégico.

Fuente. Las autoras.

Tabla 1

Marco lógico de metodología - Continuación

Objetivo general	Diseñar un Modelo de Gestión Integral de Calidad en la Secretaría de Salud Pública de Cali, que articule los Sistemas de Gestión de Calidad, Control Interno y los Estándares de Acreditación, con el fin de fortalecer la capacidad de Rectoría en Salud sobre el territorio de su jurisdicción.			
* Objetivos específicos	Actividades	Método de investigación utilizado	Resultados	Interrelación entre objetivos
Identificar los elementos o requisitos similares de la NTCGP 1000:2009, el MECI (Modelo Estándar de Control Interno) y los Estándares de Acreditación establecidos en la Resolución 3960 de 2008.	* Revisión comparativa de requisitos de la Norma Técnica de Calidad NTC GP 1000:2009, MECI, Estándares de Acreditación, generando matriz de correlación (Diseño los autores). * Validación de la información del Comité Técnico y grupo de expertos. * Descripción y organización de resultados. Nota aclaratoria: El grupo de expertos hizo parte del desarrollado de la última actividad orientando frente a conceptos técnicos de salud, realizando feedback y aportando los ejercicios de validación junto con el Comité Técnico y los autores.	La construcción de este objetivo inicialmente llevó a los autores a realizar una revisión y análisis de relación entre los elementos, requisitos y estándares de los tres sistemas a armonizar dentro del Modelo, dejando plasmado la articulación de estos sistemas en una Matriz de Correlación. Posteriormente se hace uso de los principios de la IAP, para realizar la revisión y validación de la matriz con el Comité Técnico y el grupo de expertos.	Matriz de correlación entre Estándares de Acreditación; NTC GP 1000:2009 y MECI.	Los resultados obtenidos en este objetivo permitieron identificar tipos de procesos (planeación, ejecución, seguimiento y evaluación) y componentes del modelo que respondieran de manera articulada a los requerimientos de los tres sistemas (Estándares de Acreditación; NTC GP 1000:2009 y MECI), asegurando la construcción de un Modelo de Gestión Integral de Calidad.

Fuente. Las autoras.

Tabla 1

Marco lógico de metodología - Continuación

Objetivo general	Diseñar un Modelo de Gestión Integral de Calidad en la Secretaría de Salud Pública de Cali, que articule los Sistemas de Gestión de Calidad, Control Interno y los Estándares de Acreditación, con el fin de fortalecer la capacidad de Rectoría en Salud sobre el territorio de su jurisdicción.			
* Objetivos específicos	Actividades	Método de investigación utilizado	Resultados	Interrelación entre objetivos
Definir el Direccionamiento Estratégico de la SSPM, de acuerdo con las Competencias Legales asignadas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y con el contexto estratégico de la organización.	*Identificación del marco estratégico de la Alcaldía de Santiago de Cali con las competencias de la SSPM. *Revisión y análisis de los resultados obtenidos en los objetivos anteriores (competencias legales, grupos de interés y caracterización de sus requerimientos, matriz de correlación entre sistemas). *Aplicación de Metodología 5W1H para definición de la Misión. *Definición y descripción de otros componentes del Direccionamiento Estratégico (visión, factores claves de éxito, principios y valores éticos, políticas y objetivos estratégicos) haciendo uso de los conceptos revisados en el marco teórico, especialmente los definidos por la Corporación de Calidad (1995).	La construcción de este objetivo en sus inicios requirió del uso de los principios de la IAP, para construir cada uno de los componentes del Direccionamiento Estratégico. Con los elementos aportados en los espacios de acción – participación, generados con el Comité Técnico de la SSPM, se procede a consolidar el Direccionamiento Estratégico y luego colocarlo en revisión y validación con los Expertos Técnicos y el Secretario de Salud.	Componentes del Direccionamiento o Estratégico consolidados que involucran componentes de cultura organizacional (Misión, visión, factores claves de éxito, principios y valores éticos, políticas y objetivos estratégicos).	Para la construcción de los componentes del Direccionamiento Estratégico se tuvieron en cuenta los resultados arrojados en los objetivos anteriores, logrando que este direccionamiento respondiera a requisitos exigidos por los Sistemas de Gestión (Norma Técnica de Calidad NTC GP 1000:2009, MECI, Estándares de Acreditación) y a su vez a los requerimientos legales y de los grupos de interés.

Fuente. Las autoras.

Tabla 1

Marco lógico de metodología - Continuación

Objetivo general	Diseñar un Modelo de Gestión Integral de Calidad en la Secretaría de Salud Pública de Cali, que articule los Sistemas de Gestión de Calidad, Control Interno y los Estándares de Acreditación, con el fin de fortalecer la capacidad de Rectoría en Salud sobre el territorio de su jurisdicción.			
* Objetivos específicos	Actividades	Método de investigación utilizado	Resultados	Interrelación entre objetivos
Definir los componentes del Modelo de Gestión Integral de Calidad, a partir de los Estándares de Acreditación y los requisitos de la NTCGP 1000:2009 y el Modelo Estándar de Control Interno.	Los autores conducen las siguientes actividades con el Comité Técnico, expertos técnico e integrantes de los equipos de trabajo: *Revisión del Modelo de Operación por Procesos de la Alcaldía de Santiago de Cali, realizando mesas de trabajo con las diferentes reparticiones administrativas de la SSPM relacionadas con procesos estratégicos, de apoyo, seguimiento y evaluación e identificando su participación y alcance en los Macroprocesos y Procesos que están definidos por la Alcaldía de Santiago de Cali. *Definición de propuesta de procesos misionales a través de mesas de trabajo, revisión y consolidación del mismo en Comité Técnico. *Revisión de propuesta de procesos misionales con expertos técnicos generando contrapropuesta. *Realización de taller con Comité Técnico y expertos técnicos, en donde se crean mesas de trabajo por subtemas (conformes a competencias legales y estándares de acreditación), para discutir las dos propuestas de procesos misionales. *Presentación de conclusiones y acuerdos generados en cada mesa de trabajo a todo el Comité Técnico. *Definición y descripción de procesos misionales (alcances, procedimientos y productos). *Definición y descripción de alcances, procedimientos y productos. *Graficación de Mapa de Macroprocesos *Consolidación gráfica de Modelo de Gestión Integral de Calidad de la Secretaría de Salud Pública de Cali. *Validación final del Modelo con Secretario de Salud.	La construcción de este objetivo combina los principios de la IAP con el método descriptivo, el cual permitió desplegar en detalle los componentes y características del Modelo.	Mapa de procesos y su descripción. Modelo de Gestión Integral de Calidad de la Secretaría de Salud Pública de Cali.	Para la construcción de los componentes del modelo se tuvieron en cuenta los resultados arrojados en los objetivos anteriores, logrando construir un Modelo de Gestión Integral de Calidad de la Secretaría de Salud Pública de Cali, conforme a las competencias legales asignadas, las necesidades y expectativas de los grupos de interés y los requerimientos de los tres sistemas (Norma Técnica de Calidad NTC GP 1000:2009, MECI, Estándares de Acreditación). Las discusiones abordadas en las mesas de trabajo y reuniones durante los ejercicios de identificación, diseño, revisión y validación con el Comité Técnico estuvieron orientadas a reflejar en los componentes del Modelo tanto las exigencias legales, las necesidades y expectativas de los grupos de interés; así como los requerimientos de los tres sistemas en mención. El proceso de validación conllevó al análisis por parte del grupo (Comité Técnico, Expertos Técnicos y los autores) con el Secretario de Salud para identificar que el Mapa de Procesos definido y los elementos del Estructuramiento Estratégico estuviesen orientados al cumplimiento de la Misión y Visión definida para la SSPM y por ende de las competencias legales, necesidades y expectativas de los grupos de interés

Fuente. Las autoras.

1.4.2. Población.

La población está representada por los servidores de la Secretaría de Salud Pública de Cali. Que en la actualidad están constituidos por 246 funcionarios de planta y 350 servidores bajo la modalidad de prestación de servicios.

1.4.3. Muestra.

El presente trabajo de investigación será desarrollado con la participación del Comité Técnico de la Secretaría de Salud Pública de Cali, organizado con servidores públicos de libre nombramiento y remoción (Secretario de Despacho y Asesor), funcionarios de carrera administrativa de nivel profesional y asesor que coordinan y/o laboran en cada una de las reparticiones administrativas de la entidad; dicho Comité se caracteriza por funcionarios que llevan más de veinte años de servicio para la Entidad y el sector salud.

Así mismo se contará con la experticia técnica del Centro de Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública - CEDETES - de la Universidad del Valle; a través de un grupo de expertos, que con su dominio del tema en el sistema de salud nacional e internacional, aportarán conocimientos propios de la salud para la construcción del modelo y brindarán una revisión técnico-conceptual frente a las propuestas de modelo, que se construyan con el Comité Técnico de la Secretaría de Salud Pública de Cali.

1.4.4. Etapas de diseño..

Se plantea para la recolección de información y producción del modelo las siguientes etapas:

1.4.4.1. Negociación y consenso. Durante esta etapa se identificó con el Comité Técnico de la SSPM la ausencia de un Modelo de Gestión Integral de Calidad y se realizó la presentación del anteproyecto ante el Comité Técnico para discusión y aprobación de los alcances del mismo. Se validaron los objetivos y plan de trabajo para la construcción del Modelo Integrado de Calidad, para la Secretaría de Salud Pública de Cali, que intersectara la Norma Técnica de Calidad NTCGP-1000, el Modelo Estándar de Control Interno y los Estándares de Acreditación.

1.4.4.2. *Identificación y conformación de grupos de trabajo.* Se identificaron los integrantes del Comité Técnico, verificando la participación de representantes de cada una de las áreas de trabajo de la SSPM. Así como al grupo expertos en salud, asegurando su participación en el desarrollo del proyecto.

1.4.4.3. *Revisión documental, recolección de información y análisis.* Esta etapa se llevó a cabo a través de grupos de discusión y mesas de trabajo con el Comité Técnico y algunos colaboradores de las reparticiones administrativas de la SSPM; con el fin de construir herramientas que permitieron identificar, verificar, validar y analizar, de forma participativa y bajo consenso, información que sirvió como entrada, para el diseño del Modelo.

- Se verificó y validó el marco normativo y legal que define las responsabilidades y la misión de la Secretaría de Salud Pública de Cali; para ello los investigadores realizan una consulta previa de la normatividad, construyen una matriz para su revisión. Ésta es presentada al Comité para su respectiva aprobación y/o mejora. Lo que arroja como resultado el Normograma y la definición de Competencias Centrales de la Entidad.
- Se identificaron las actividades, que actualmente, desarrollan las diferentes Partes Interesadas de la Entidad, sus necesidades y requerimientos. Y se verificó si existía en el momento, algún enfoque de procesos. Para ello se hizo uso de los pasos sugeridos por Mitchell et al (1997), citados en la Guía de Implementación del Modelo Estándar de Control Interno con enfoque sistémico.
- Se analizó el marco estratégico de la Alcaldía de Santiago de Cali y su relación con las competencias de la SSPM.
- Se construyó la Matriz de Relación entre Estándares de Acreditación, Norma Técnica de Calidad - NTC GP 1000:2009 y el Modelo de Control Interno.

1.4.4.4. Diseño y descripción del modelo. Al igual que en la etapa anterior, el diseño y descripción del modelo se desarrolló a través de Grupos de Discusión y Mesas de Trabajo con el Comité Técnico y algunos colaboradores de las reparticiones administrativas de la SSPM; con el fin de conjugar experiencias y conocimientos de los integrantes de la organización y generar consensos con relación a objetivos, propósitos de la organización y el modelo para su gestión integral y con calidad. A su vez se contó con la participación de expertos técnicos que jugaron el rol de analizadores del modelo aportando elementos relacionados con los nuevos enfoques de la salud y de esta forma ser incorporados en el mismo. Cada sesión grupal se inició y finalizó presentando los resultados obtenidos, permitiendo la evaluación y aprobación de los avances.

- Se definieron los componentes del Direccionamiento Estratégico, teniendo en cuenta la información identificada, verificada, validada y analizada en la etapa anterior.
- Se definieron propuestas de modelo de procesos de acuerdo al levantamiento de información de la etapa anterior.
- Se realizó revisión de las propuestas de modelos de procesos y marco estratégico, escuchando los puntos de vista del grupo de expertos externos; con quienes se realizó revisión técnica, definición del modelo y descripción de cada uno de sus componentes.
- Se realizó revisión técnica con el Secretario de Salud y aprobación del modelo definido.
- Se generó análisis y conclusiones.
- Se procedió a la construcción del documento final.

2. Marco Referencial.

2.1. Estado del Arte.

De acuerdo a los análisis realizados por García (2007), en su tesis doctoral “Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales”, los programas de acreditación de instituciones sanitarias, tuvieron internacionalmente su origen en la necesidad constatada por los propios profesionales sanitarios de establecer mecanismos efectivos de garantía ante la sociedad acerca de niveles mínimos de calidad en la atención sanitaria prestada, a través del desarrollo de actividades que permitiesen verificar el cumplimiento de una serie de requisitos previamente establecidos.

Así mismo, García afirma que surgieron, primero en EEUU y Canadá, diferentes programas de acreditación para instituciones sanitarias de prestación de servicios, posteriormente en Australia y mucho después en Europa. Estos fueron impulsados por organizaciones profesionales y científicas que a lo largo de las últimas décadas han llevado a cabo actuaciones tanto en hospitales como en centros ambulatorios, psiquiátricos, entre otros de la misma línea.

El Estado colombiano inició la aplicación de conceptos y procesos de calidad y acreditación en la salud, con el Decreto 2309 de octubre 15 de 2002; por medio del cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCAS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Así mismo, establece que el SOGCAS cuenta con los siguientes componentes: un Sistema Único de Habilitación, de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, de Acreditación y un Sistema de Información para la Calidad. Sin embargo, para lograr el desarrollo integral de estos componentes hace falta mucho en nuestro país, pues actualmente sólo veinticinco Entidades Prestadoras de Servicios de Salud – EPS- se encuentran acreditadas, de acuerdo con los reportes del Ministerio de Salud y de la Protección Social.

Hoy día el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, tiene como características principales hacer que los servicios de atención en salud sean de fácil acceso, con oportunidad, seguros, pertinentes y sostenibles en el tiempo. Por lo tanto son varias las entidades sociales, académicas y estatales que se están dando a la tarea de establecer sistemas

que den mejoramiento de calidad, dando respuesta a las necesidades actuales y competitivas de los mercados de servicios de salud.

Por otra parte en el año 2003 con la Ley 872, el Congreso colombiano decretó la creación del Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y otras entidades prestadoras de servicios, en las cuales se incluyen entidades territoriales de salud, como la que se remite en cuestión. Lo anterior, como una herramienta de gestión sistémica y transparente que permitiese dirigir y evaluar el desempeño institucional, de la calidad y la satisfacción social, cuando se presten servicios. Enmarcados en planes estratégicos y de desarrollo de las mismas entidades, adoptando un enfoque basado en procesos que surten al interior de la misma y en la expectativa de quienes sean sus usuarios. Y seis años más tarde se deriva de lo establecido en la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009.

Allí, se empiezan a identificar necesidades y a crear Políticas Públicas, que el Estado organiza, y así darle paso al desarrollo de una gestión por calidad, garantizando un mejor servicio. De acuerdo con lo mencionado por la Universidad del Bosque, igualmente, en el ámbito académico, algunas universidades nacionales entre las más sobresalientes en Colombia, se abren espacios para formar profesionales con perfiles ocupacionales que atiendan investigaciones sobre los procesos de atención, gestión en salud y por ende la satisfacción de los usuarios; con la pretensión de liderar enfoques, implementaciones y mediciones de los resultados de los sistemas de mejoramiento de calidad, en el marco de aseguramiento, prestación de servicios y salud pública. (Recuperado el 26 de Junio de 2014. www.uelbosque.edu.co <http://www.uelbosque.edu.co/programasacademicos/especializacionesinterdisciplinarias/gerencia-calidadsalud>).

No obstante, iniciativas individuales y académicas también han abordado el tema a lo largo y ancho del País, a través de la creación de modelos de Sistemas de Gestión de Calidad en salud, pero todos enfocados a las EPS. Se identificó un estudio “Modelo de un sistema de gestión de calidad en salud integrador de las normas”, enfocado al desarrollo de un modelo integrador de la NTCGP 1000, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud e IWA 1, adelantado en Bogotá en el 2012, para una especialización de gerencia de procesos de calidad e innovación, Éste, aborda un ejercicio en el cual se identifican los aspectos más importantes y comunes de dichas normas y desarrollan desde ellos un modelo de gestión de calidad aplicable para Entidades Prestadoras de Servicios de Salud, pero no para Direcciones Territoriales de Salud.

En la revisión de los estudios desarrollados a la fecha, no se encuentra alguno que enfatice en el desarrollo de un modelo de Gestión de Calidad para entidades territoriales de salud o autoridades sanitarias; como tampoco que integren en un modelo los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad, Control Interno y Sistema de Acreditación. Dicho así, se puede estar generando una oportunidad, en el sector salud, para orientar investigaciones que integren el componente de Acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, con las Normas de Calidad; generando modelos de administración, complementarios e integradores entre los sistemas establecidos por la ley y el Estado.

2.2. Marco Teórico y Conceptual.

2.2.1. Historia de la administración y la calidad.

Para hablar de Calidad, se hace necesario retomar principios de diferentes teorías de la Administración o Management, que han servido de base para construir lo que hoy se ha venido llamando calidad total, modelo de calidad, administración por calidad, aseguramiento de calidad y/o gestión por procesos, entre otros.

Desde la época de la Revolución Industrial, se han venido gestando múltiples cambios sobre la perspectiva de la Administración y/o Management, reflejados en los diferentes postulados de los autores. Por ejemplo, en el texto “La Administración entre Tradición y Renovación”, Aktouf (2006), cita a Adam Smith; quien, de acuerdo al autor, inventa la ciencia económica e imagina la noción de mano invisible y con ella presenta ideas que respaldan el concepto de división del trabajo, advirtiendo sobre tres beneficios: la aceleración del trabajo y ganancia de tiempo, el incremento de habilidades, el mejoramiento y la capacidad de innovar.

Así mismo, Aktouf (1998/2001), cita a Charles Babbage, como un autor que con sus teorías, enfatiza en la baja de costos, buscando comprar la exacta cantidad e impactar en la calidad del trabajo; y a Frederick Taylor, lo expone como el autor que desarrolla el sistema de producción, denominado “Scientist Management”, con dicho autor se empieza hablar de “Organización Científica del Trabajo”.

Aktouf (2006), señala que Henry Fayol representa uno de los pilares del pensamiento administrativo moderno, pues desarrolla la idea de sistematización del trabajo desde la previsión hasta el control, que con el surge la administración general industrial y una sexta operación en el

marco de las empresas, las operaciones administrativas tales como: previsión, organización, mando, coordinación y control. Este autor, sostiene que desde principios del siglo XIX y las tres décadas que le precedieron se fundó un estado de espíritu, unas convicciones que dominaron la concepción de la globalización y que rodean la conducta de los negocios económicos y administrativos.

En estas diferentes premisas teóricas presentadas por Aktouf, se observan componentes similares con las Normas Técnicas de Calidad, estándares de acreditación y el modelo de Control Interno. Con Taylor se puede asimilar a sus principios, el ejercicio actual que plantea las normas de calidad de identificar y documentar las formas de producir eficiente, eficaz y efectivamente los productos y servicios que se ofrecen a los clientes, la necesidad de determinar e identificar las competencias de aquellos que van a generar los productos o servicios en una organización, de proporcionar formación o tomar otras acciones para lograr la competencia necesaria cuando se requiera, entre otros requisitos; como también la relevancia que se dan en las Normas de Calidad a la responsabilidad, autoridad y comunicación de la gerencia o dirección para que el sistema funcione.

Así mismo se puede decir que desde la sexta operación administrativa que plantea Fayol de previsión, organización, mando, coordinación y control; han seguido surgiendo en el contexto administrativo otras teorías o modelos que a la fecha nos han llevado al ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar), que nace tanto de los modelos presentados por autores más recientes como por ejemplo Deming y otros ponentes de la administración de calidad.

En las décadas siguientes a la revolución industrial surgen diferentes escuelas del pensamiento como: Escuela Psicológica y Social de Mayo, Maslow, Mc Gregor y Herzberg; y la Escuela de sistemas de Bertalanffy, Simon, Blake y Drucker.

Con los procesos y consecuencias de la expansión de la economía mundial inicia una preocupación por aumentar la capacidad de competitividad en el mercado, que permita sostener la rentabilidad y la producción. Así nace el concepto de Calidad Total, a partir de autores como Feigenbaum, Edwards Deming, Crosby, Ishikawa y Juran. Dicho concepto surge como una filosofía naciente en Japón, centrada en la necesidad de satisfacer a los clientes y a las partes interesadas, a partir de la diferenciación de los productos y/o formas de producción, con un principio de aplicación de la eficacia sobre eficiencia; para producir efectividad de una manera estratégica en las organizaciones.

2.2.1.1. *Principales modelos de calidad.* Sosa (2006), en su texto cita diferentes modelos sobre el tema de calidad, los cuales se presentan a continuación. .

2.2.1.1.1. *Modelo de W. Edwards Deming.* Deming, es reconocido como el Padre de la Calidad. Su modelo se centra en administrar con base en fundamentos de la estadística, en especial en el análisis de la capacidad de los procesos. Se enfocó en la alta dirección y planteó para ello 14 pasos que debían ser desarrollados en conjunto, los cuales abarcan desde el desarrollo de acciones constantes de mejoramiento del producto y el servicio, formas de autorregulación eliminando la necesidad de inspección en masa, eliminar barreras entre las áreas de trabajo, como también aquellas que impiden el desarrollo de factores de motivación, entre otros.

Deming sugirió el desarrollo de un plan compuesto por dos grandes áreas para llevar a cabo la implementación de su modelo: una área cultural que debe enfocarse en crear un ambiente de trabajo cada vez más positivo; a través de la aplicación de diez prácticas gerenciales en el triángulo de influencia de cada gerente; y una área técnica que busque optimizar la efectividad con que se utilizan los recursos de la empresa, mejorando sistemáticamente todos los procesos; aplicando cuatro etapas de mejoramiento continuo de los procesos mediante la acción constante del gerente o un equipo de mejoramiento de procesos. Las cuales son: definir el proceso, identificar las características de la calidad del proceso, mantener el proceso bajo observación y control y mejorar sistemáticamente el proceso.

Con el cumplimiento de las diez prácticas gerenciales y las cuatro etapas del mejoramiento continuo Deming pretendía atacar aspectos que podrían ser negativos para el sistema de calidad y que él denominó, enfermedades mortales:

De acuerdo con lo que se observa en los postulados de Deming, sobre procesos de calidad en las organizaciones, éste da relevancia al rol de la dirección o gerencia, tanto que sus últimos aportes comprenden cuatro elementos, para la transformación del estilo gerencial, los cuales denominó Sistema de Conocimiento Profundo: reconocimiento y apreciación del sistema (enfoque sistémico), conocimiento de la variancia, teoría del Conocimiento, sicología.

Para Deming la calidad consiste en adecuar la organización para el cumplimiento de las metas, con menos variaciones, a partir de la aplicación del control estadístico del proceso (CEP). Resolviendo problemas, buscando la diferencia entre causas comunes y especiales, con

mejoramiento constante al sistema de producción y/o servicio, bajo el ciclo PHVA. (Aldana, 2010. p.34).

2.2.1.1.2. Modelo de Joseph Juran. Desde este modelo se define la calidad como “Adecuación al Uso”. Centrada en temas estratégicos, de planeación y liderazgo. Plantea una trilogía, para la gestión de la calidad, basada en tres procesos: Planeación de la Calidad, Control de la Calidad y Mejora de la Calidad. (Sosa, 2006. Pp. 149-160).

2.2.1.1.3. Modelo de Philip Crosby. Crosby, plantea el concepto de cero defectos, enfocándose en elevar las expectativas de la administración, motivar y concientizar a los trabajadores, en la idea acerca de la calidad.

Desde Crosby, calidad significa cumplir con los requisitos, más no excelencia. Plantea el concepto de la prevención, como componente fundamental para la calidad, más no la corrección; su concepto de cero defectos, es el estándar de desempeño, originando la idea que no existen niveles de calidad aceptable, y a su vez determinando que el costo de la calidad es la medida correcta de la calidad, no las auditorías ni los índices estadísticos. Así las cosas, establece 14 pasos del proceso de mejoramiento de la calidad, que van desde el compromiso de la dirección, la formación de un equipo de mejoramiento de la calidad, la medición y el costo de la calidad, la creación de conciencia de la calidad en los empleados, el desarrollo de acciones correctivas y eliminación de causas de error, generando estos pasos en forma cíclica.

2.2.1.1.4. Modelo de Armand Feigenbaum. Creador del concepto Control Total de la Calidad, fundamentado en ideas de satisfacción del consumidor, al nivel más económico. En sí estos conceptos del autor, no se alejan de ideas ya planteadas por otros autores, relacionadas con el cumplimiento de requisitos. Desde la primera vez y con cero defectos. Para este autor la Administración debe enfocarse en asegurar la productividad total de la Compañía y no sólo de aquellas áreas que desarrollan directamente el producto y/o servicio.

Para Feigenbaum el control total de la calidad implica el desarrollo de un sistema que articule efectivamente los esfuerzos de diferentes grupos de trabajo de la organización, superando las condiciones de calidad de un producto y/o servicio. Desde su punto de vista, la calidad debe ser

orientada como una estrategia primaria del negocio, que permita un crecimiento del mismo, proporcionándole ventaja competitiva.

Plantea cuatro tareas de control de calidad: Control tanto en el diseño, como en los materiales adquiridos, en el proceso y estudios especiales al proceso de producción.

2.2.1.1.5. Otros aportes al concepto de calidad. Han surgido nuevos autores que han seguido generando aportes a los modelos de calidad existente, basándose en las experiencias desarrolladas en diferentes países y empresas, algunos de ellos son:

Tabla 2

Aportes al concepto de calidad

Autor	Aporte
David E. Garvin	Plantea que la calidad es una simple y no analizable propiedad, que se aprende a reconocer sólo con la experiencia, lo cual se requiere que las organizaciones generen procesos de aprendizaje continuo.
Genichi Taguchi	Plantea la idea de un diseño robusto, a través del cual se buscan exceder las expectativas de la calidad para la satisfacción del cliente, enfatizando en los atributos que interesan al consumidor y minimizando costos en aquellos que no le interesen; de esta forma asegurar un producto o servicio más económico.
Shigero Misuno	La calidad es reducir defectos dentro de las actividades de producción, contemplando el concepto más importante; el cual es reconocer que los mismos se originan en el proceso y que sólo las inspecciones pueden descubrir esos defectos. Amplía el concepto de calidad al trabajo, al servicio, a la información, al proceso, a la dirección, por ende a toda la empresa.
Shingeo Shingo	La calidad está centrada en el proceso de manufactura que se debe diseñar con estándares ideales, para poder obtener la productividad y la calidad a través de la operación básica del negocio. Se apoya en las teorías X y Y de Mc Gregor y demanda respeto para la humanidad y respeto de los trabajadores. Es el padre del concepto de administración por calidad. Que se apoya en el Sistema de Control de Calidad total.
Masaki Imai	Se conoce como el padre de la filosofía Kaizen para el mejoramiento continuo. Se centra en la eliminación de los desperdicios y en los despilfarros de los sistemas productivos. Así como tiene en cuenta los componentes de control de calidad total, sistema de producción justo a tiempo (Just in Time), mantenimiento productivo total, despliegue de política, sistema de sugerencias y actividades de grupos pequeños.

Fuente: Aldana, 2010.

2.2.1.2. *Aspectos comunes entre los autores en torno a la calidad.* Teniendo en cuenta los postulados y aportes generados por los autores más conocidos en el ámbito de la calidad, se encontraron los siguientes puntos de intersección:

- Establecer un Sistema de Gestión de Calidad en una organización involucra un alto nivel de compromiso por parte de la alta dirección.
- Crear cultura organizacional enfocada a la calidad, que oriente al desarrollo del liderazgo facultativo, fortalecimiento de competencias de los trabajadores, trabajo en equipo y ambiente laboral sano y seguro.
- La participación de las diferentes partes de la organización como el evento clave en el desarrollo de la calidad.
- Definir metas de acuerdo a los recursos.
- La satisfacción del usuario como fin.
- Identificar los procesos y sus características.
- Control y mejora continua al sistema de calidad diseñado.
- Identificar los puntos de interrelación y eliminar barreras entre los diferentes grupos de la organización.
- Identificar factores claves y críticos de éxito.
- Enfoque basado en procesos.

En términos generales, se puede identificar que el punto focal de aplicación del concepto de calidad que se mantiene entre los diferentes autores y que de hecho se establece en la Norma

Técnica de Calidad ISO 9000 y NTC GP 1000- 2009, radica en el cumplimiento de requisitos del producto y/o servicio, conforme a las necesidades o expectativas de los clientes y/o usuarios.

2.2.2. La calidad desde la perspectiva del sector de la salud. El sector salud retoma los modelos industriales de gestión de la calidad, tales como “Calidad Total - CTM, mejoramiento continuo de la calidad – CQI”, entre otros; muchos de los preceptos o conceptos de estos son aplicables a cualquier sector, sin embargo la producción de servicios de salud es ejecutada por un grupo de actores sumamente heterogéneos, entre entidades y personas de diferentes disciplinas profesionales; con diferentes niveles de direccionamiento, desde lo internacional, nacional, departamental y municipal, lo que implica en algunas situaciones la generación de diversos intereses, que no siempre logran una compatibilidad entre sí para generar la calidad del servicio.

A su vez se denotan variedad de procesos, algunos similares a cualquier otro sector, como los de orden administrativo, pero algunos otros son muy específicos. Es por ello que desde la mirada del autor Roberto Passos en el sector salud se piensa en calidad como resultado, mas no necesariamente como un producto, por lo cual menciona que:

La calidad del acto en salud no debe ser vista como una sustancia o una “cosa en sí”, sino como una referencia resultante de las formas en que se produce el proceso de producción de los servicios... La calidad como resultado puede ser juzgada bajo determinadas metas de carácter cuantitativo a ser alcanzadas. (Passos, 1997. Pp. 17-18)

En el sector salud el concepto de calidad, por lo general, ha estado más orientado hacia la importancia de los resultados, como por ejemplo la disminución o mantenimiento de unos indicadores cuantitativos de morbilidad; lo que implica desde del análisis del autor la creación de una nueva forma de división del trabajo y una nueva manera de trabajar en equipo (Ibíd. Pp.18 - 19).

El concepto de calidad en salud también fue definido como: el grado en que se cumplen las normas en relación con el mejor conocimiento sanitario existente, en cada momento, de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptados. (Myers, 1969. p. 32).

Es por ello que el mejor conocimiento en nuestro país es plasmado en normas, protocolos de atención, guías e instructivos adoptados por vías legales, que posteriormente pasan a ser difundidas entre todas las partes que conforman el sistema.

Kerguelén (2008), cita a Donabedian, en el texto *Calidad en Salud en Colombia*, menciona que existen "varias definiciones de calidad, o muchas variaciones de la misma definición, y que cada definición o sus variaciones es legítima dentro de su contexto" (p.77); y que por ello lo más práctico es definir calidad desde una serie de criterios que se mezclan dependiendo del entorno, en el cual se requiera ubicar y de los resultados que se desean alcanzar; entre los que Donabedian menciona están:

Tabla 3

Definiciones de calidad.

Criterios	Conceptos
Efectividad	"Es la mejora de salud alcanzada, o que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica cotidiana". Frente a este concepto Kerguenlen(2008) Wilding (1994), el cual menciona que la provisión de los servicios debe ser, en lo posible, cero errores y libre de fallas, que produzca un resultado, cuando no visible, medible, y que repercuta directamente en el estado de salud del consumidor, siempre en aras de mejorar este estado. Otros autores citados por Kerguenlen (2008), tales como Maxwell (1984) y Aukett (1994) también incluyen el término el criterio de efectividad, el cual interpretan como el efecto del servicio provisto en el mejoramiento del estado de salud del individuo.
Eficacia	"Es la capacidad de la ciencia y el arte de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y el bienestar". "Esta definición implica la atención en un ambiente óptimo y controlado, en donde las variables que influyen sobre el resultado puedan ser controladas por el prestador.
Eficiencia	Es el costo invertido para lograr un determinado estado o mejora en salud; en otros términos, servicios provistos no sólo de la manera menos costosa para el sistema, sino que se debe además evitar el desperdicio de estos servicios en personas que no lo necesitan
Optimización	Es la representación progresiva de la decisión sobre hasta qué punto es necesario invertir para lograr un grado óptimo de salud, más allá del cual resulta ineficiente o inseguro seguir aplicando tecnologías en el proceso de atención.
Aceptabilidad	Cierto grado de juicio arbitrario, pero que acepta como la adaptabilidad de la atención a los deseos, a las expectativas y a los valores de los pacientes y sus familias. Esta aceptabilidad según el autor, puede verse de manera más integral si se observan elementos de accesibilidad (obtener asistencia cuando se requiera), de la relación médico - paciente (que se les trate con consideración, respeto, se les suministren explicaciones sobre su estado de salud), del confort de la atención, de las preferencias del paciente sobre la efectividad de la atención y de las preferencias del paciente sobre el costo de la atención.
Legitimidad	Implica ver la sociedad como un todo, y no se acuda a una serie de elementos que no impliquen un bien común para la sociedad.
Equidad	Implica la justa distribución de los servicios.

Fuente: Kerguelén, 2008.

Existen otros criterios para la calidad en salud, retomados por Kerguenlen, tales como: pertinencia, competencia profesional, accesibilidad, satisfacción al cliente, continuidad, seguridad, calidad técnico científicas y coordinación.

Por otra parte, algunos de los preceptos de los autores Roberto Passos, Myers, Donabedian, entre otros, se pueden observar en nuestro país con la creación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud, el cual se define en el Decreto 1011 de 2006 como “el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener, y mejorar la calidad de los servicios de salud del país”; el cual reúne un sistema de normas, con los que busca elevar estándares de eficiencia, eficacia, accesibilidad y calidad en el sector salud del país y con ello mejorar las condiciones de salud de la población.

De acuerdo con estudios realizados por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, a través del programa de Apoyo a la Reforma en Salud y presentado por Kerguenlen (2008), el concepto de calidad debía incluirse en el sector salud desde el marco legal, pues se debía responder a unos objetivos encomendados desde el nivel nacional, que no sólo obedecen a aspectos financieros y de sustentabilidad de los actores que participan, sino también a un componente de responsabilidad social que está acuñado en una visión de la salud, no como un acto de beneficencia del Estado hacia el ciudadano, sino como un derecho inalienable.

La creación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud obedece según los análisis del Programa de Apoyo a la Reforma en Salud a tres ideas principales: la responsabilidad social, el buen uso de los recursos y el papel de los mercados en los servicios sociales; direccionando a los sistemas de salud, hacia la necesidad de diseñar, medir, validar y demostrar el grado de compromiso y desempeño de todos los que hacen parte del sistema hacia el usuario frente a dichos aspectos.

De acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993 y normas que la regulan, la calidad en el sector salud es vista como un atributo igualitario de equidad, que implica la gradualidad en las metas de prestación de servicios en salud, la definición de unos estándares uniformes, dados a través de guías de atención clínicas, administrativas y financieras, que deben ser desarrolladas bajo procesos de atención uniforme e indicadores explícitos de medición del sistema.

A su vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud en Colombia, plantea que garantizar calidad en salud implica el cumplimiento de unas fases de atención integral en

salud, desarrollada bajo un enfoque sistémico y humanizado, tales como: educación, información, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación en cantidad, oportunidad y eficiencia.

El sistema de la calidad en salud en Colombia busca desde sus principios y fundamentos centrales garantizar la accesibilidad y efectividad en la prestación de servicios, con equidad e igualdad; pero a su vez también ha incorporado conceptos de acreditación con los cuales se busca desarrollar y alcanzar niveles superiores de calidad.

Es importante señalar, que en Colombia se entiende por acreditación, un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad. En el artículo 41 del decreto 1011 de 2006, se define como un conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) y las direcciones departamentales, distritales y municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

El Sistema de Calidad en Salud se complementa con otras normas de calidad orientadas a la mejora continua de la administración de los recursos del Estado, tales como la Norma Técnica de Calidad NTCGP 1000:2009, la cual es adoptada mediante la Ley 872 de 2003 y el Decreto reglamentario 4110 de 2004 , creando a partir de las mismas el Sistema de Gestión de la calidad de las entidades del Estado, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de éstas. (p. 1).

Desde la adopción de estas normas el sistema de gestión de la calidad estará en cada entidad del Estado orientado en un enfoque basado en procesos y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios con relación a las funciones asignadas a cada entidad de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente.

Por otra parte, el Estado Colombiano a través de la Constitución Política de 1991 incorporó el concepto del Control Interno como un instrumento orientado a garantizar el logro de los objetivos de cada entidad del Estado, y el cumplimiento de los principios que rigen la función

pública, que posteriormente es reglamentado en la ley 87 de 1993, en la cual se define el Control Interno como:

El sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos. (p. 1)

Desde esta citada ley el ejercicio del control interno debe consultar los principios de igualdad, moralidad, eficiencia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad y valoración de costos ambientales. En consecuencia, deberá concebirse y organizarse de tal manera que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de las funciones de todos los cargos existentes en la entidad, y en particular de las asignadas a aquellos que tengan responsabilidad del mando. (Ley 87/1993, Art 1, p. 1).

Se denota aspectos comunes entre el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud, el Sistema de Calidad adoptado para las empresas del Estado colombiano y sistema de Control Interno, tales como su orientación a la eficiencia, celeridad, accesibilidad, igualdad y transparencia en el manejo de los recursos, entre otros; como también su tendencia hacia un enfoque sistémico e integrador. Es por ello que desde el presente trabajo se abordará el desarrollo de un modelo que integre los requisitos y fundamentos de los tres sistemas: Calidad, Control Interno y estándares de acreditación como un enfoque de calidad superior en el sistema de salud colombiano.

2.2.3. La administración bajo un modelo de calidad.

La administración por calidad, bajo por una perspectiva de un sistema integrado, implica el desarrollo de tres componentes, eficazmente integrados. El primero es la Cultura de la Calidad, que desde autores como Humberto Cantú y José Luis Trulock, definida como un conjunto de valores, hábitos, ideas, actitudes y sentimientos que comparten y poseen las personas; que se

complementan con el uso de prácticas, métodos y herramientas de calidad definidas por la organización. Que en su conjunto permiten afrontar y alcanzar retos de calidad.

Para desarrollar una cultura de la calidad, se hace necesario el contexto estratégico de la organización, incorporando este concepto en las políticas y objetivos estratégicos. Bajo esquemas participativos entre los diferentes grupos que la conforman. Luego, esta cultura de la calidad se proyecta a la organización a través de políticas, principios, objetivos de la calidad, manual y plan estratégico. El tipo de estructura organizacional permite acelerar y dar mayor eficiencia a los objetivos y metas.

El segundo componente de Dirección Estratégica involucra el desarrollo de cinco componentes: 1) La selección de la MISIÓN, VISIÓN y las principales metas corporativas; 2) El Análisis del Ambiente Competitivo externo de la organización para identificar oportunidades y amenazas; 3) El Análisis del Ambiente Operativo Interno de la organización para identificar las fortalezas y debilidades; 4) La selección de Estrategias fundamentadas en las fortalezas de la organización y que corrijan sus debilidades, a fin de tomar ventaja de oportunidades externas y contrarrestar las amenazas externas; 5) La implementación de la estrategia. (Aldana, 2010. Pp. 73-74).

Según la Corporación Calidad Bogota (2008), desde otras perspectivas la definición de Dirección Estratégica, conlleva la construcción de la misión, visión, factores clave de éxito, principios y valores, políticas generales de la organización y objetivos estratégicos, que siempre serán clave del éxito para la orientación eficiente de una organización, ante los inclementes cambios que pueden desencadenarse a consecuencia de las condiciones del mercado y las vulnerables circunstancias que se presentan al interior y alrededor del negocio.

De acuerdo con los propios lineamientos del Estado colombiano, relacionados con la implementación del Modelo Estándar de Control Interno (Bogotá, 2007), para definir la misión, visión y demás componentes del direccionamiento estratégico es importante determinar los agentes que intervienen en el que hacer de la organización (roles individuales o grupales que tienen algún interés en la entidad), tales como: Los suministradores (o proveedores), que proporcionan los insumos requeridos para producir la transformación; los clientes (o usuarios o beneficiarios), que reciben los bienes o servicios o tienen acceso a ellos; y los actores, que llevan a cabo los procesos (misionales y de apoyo) que producen esta transformación.

Otros agentes relevantes para la operación de la entidad, mencionados en la guía de implementación del MECI, son los que se denominan organizadores e intervinientes: los organizadores son responsables por la gerencia de la entidad y tienen, además, la capacidad para modificar su transformación; los intervinientes no forman parte de la entidad, pero pueden afectar su operación como resultado (intencional o no) de sus acciones, algunos de ellos son la competencia, cuando esta existe y los reguladores de una entidad.

Según Mitchell et al (1997), citado en la Guía para la Implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) con Enfoque Sistémico (Bogotá., 2007), establece que para identificar y determinar los requerimientos de los grupos de interés se puede seguir el método presentado a continuación:

- **Elaborar la lista inicial de grupos de interés haciéndose las siguientes preguntas:** ¿Quiénes proveen los insumos necesarios para elaborar los bienes u ofrecer los servicios de la entidad?, ¿Quiénes reciben los bienes o servicios que ofrece la entidad?, ¿Quiénes son los beneficiarios potenciales?, ¿Cuáles grupos son vulnerables a las actividades que realiza la entidad?, ¿Quiénes regulan la labor de la entidad?, ¿Quiénes son partidarios de las actividades que realiza la entidad?, ¿Quiénes se oponen a las actividades de la entidad?, ¿Quiénes compiten con bienes o servicios sustitutos (si es el caso) por el mismo grupo de beneficiarios de la entidad?
- **Clasificar los grupos de interés:** cada uno de los grupos identificados en el paso anterior se clasifica de acuerdo con tres atributos: de poder, legitimidad y urgencia.
- **Seleccionar los grupos de interés prioritarios:** estos serán los que están en las categorías que tienen dos o tres atributos, es decir, los que se clasificaron en las siguientes cuatro dimensiones: dominante, de riesgo, dependiente y definitivo.
- **Identificar las expectativas y necesidades de los grupos de interés:** para cada uno de los grupos de interés seleccionados en la fase anterior es necesario identificar cuáles aspectos los relacionan estrechamente con el quehacer de la entidad, es decir precisar las necesidades y las expectativas que caracterizan esta relación. Las necesidades se

refieren a los productos y servicios que el grupo espera que lleve a cabo la entidad y las expectativas tienen que ver con los beneficios que espera el grupo de interés como resultado de las actividades que realiza la entidad.

El tercer componente necesario para generar un Sistema Integrado de Administración por Calidad, es el desarrollo de un enfoque por procesos, el cual lleva a concebir la organización como un sistema interrelacionado de procesos, que de manera sinérgica permiten responder a las exigencias de los entornos internos y externos; posibilita entender que son las personas en interacción con unos recursos y unas tecnologías, las que mediante actividades organizadas producen los bienes o servicios. Este enfoque implica cambios en los sistemas de administración vertical, para pensar en modelos de organización horizontal orientados al cliente, los cuales requieren la conformación de equipos multidisciplinarios e inter-funcionales, cuyo interés particular sea el desarrollo de los elementos estratégicos de la organización.

Según Aldana (2010), el enfoque por procesos se fundamenta en la teoría de la Cadena de Valor, donde el cliente es quien califica si el producto y/o servicio recibido le genera valor o no, en la medida que se ajusta a sus necesidades reales. Por ello, para implementar un Modelo de la Gestión Integral de Calidad, se requiere clarificar quiénes son los clientes y cuáles sus necesidades, para estar en la capacidad de adecuar su estructura, así como su estrategia y poder cumplir los requisitos de los mismos.

Para finalizar podemos concretar que un modelo de calidad integrado exitoso debe estar adecuadamente engranado bajo los tres componentes, anteriormente mencionados: Una Cultura de Calidad que permita hacer parte del diario vivir a la organización y en cada rincón de la misma; debe ser difundida y orientada bajo una Dirección Estratégica que permita la fluidez entre las partes, con mayor eficacia para la organización, en términos de confianza, rapidez y seguridad para el cumplimiento de todos los objetivos finales, con menos errores, que impacte en la reducción de costos, aumente la calidad de sus productos y/o servicios, por ende en la productividad del enfoque por procesos definido; los cuales deben atenderse según la planeación de la empresa.

Todos estos procesos en la organización, se deben interrelacionar para buscar el logro de los objetivos, por ende si una organización se administra por partes, contribuirá al fracaso seguro del cumplimiento de su objeto de ser. Ishikawa, citado por Sosa (2006), afirma que

Cuando en un sistema de administración tradicional cada quien hace lo que debe hacer, los problemas se dan en las interfaces de los puestos y departamentos; es por ello que la importancia de la transformación de un sistema tradicional a un sistema por procesos, dentro del contexto de la administración por calidad.



Gráfico 4.

Modelo de sistema de calidad integrado. Fuente. Guía para la implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) con enfoque sistémico, 2007.

2.3 Marco Contextual.

El presente trabajo se realizó en la Secretaría Salud Pública de Cali, que corresponde a una de las secretarías del sector social de la Administración Central Municipal de Santiago de Cali.

La Administración Central Municipal de Santiago de Cali, es una entidad pública que hace parte de la división político administrativa del Estado colombiano. Se ubica en la rama del Poder Ejecutivo como entidad de orden territorial con categoría especial (A los municipios se les da una categoría según el número de habitantes e ingresos corrientes de libre destinación anual. La ley en Colombia establece las siguientes categorías: Especial, Primera, Segunda, Tercera, Cuarta, Quinta y Sexta).

Según el Art. 1 de la Ley 136/94 como ente territorial, cuenta con autonomía política, fiscal y administrativa de acuerdo a los límites que señala la Constitución y la Ley. Su finalidad es el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población del municipio de Santiago de Cali.

La Constitución Política de Colombia, como marco político y legal supremo de la Nación determina para el municipio, en este caso de Santiago de Cali, que debe adoptar esfuerzos organizados que impacten en la ciudad. Es así como la Secretaría de Salud Pública de Cali, al igual que muchas otras instituciones, resulta de profundos procesos de adaptación de los diferentes estamentos políticos, sociales y económicos.

A continuación se registran los principales antecedentes que enmarcan la evolución y estructura de la Secretaría de Salud Pública de Cali, al adoptar e implementar políticas públicas que contextualizan su razón de ser:

Es claro que una Política Pública, es una secuencia de decisiones y acciones puestas en marcha, con la intención de solucionar un problema en un contexto específico. Así mismo, hace parte de un proceso de construcción social, con la participación de varios actores: individuos, instituciones, partidos políticos, grupos comunitarios y el Estado, siendo éste un actor fundamental. Es así, como la Secretaría de Salud Pública de Cali logra transformaciones estructurales y trascendentales en el tiempo.

En el año 1925, con la Ley 25, se creó en Colombia, la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública, con los niveles de orden nacional, departamental y municipal del subsector oficial. En 1937 se inicia proceso de descentralización dentro del sector salud a nivel nacional,

mediante la Ley 120, que autorizó a los Concejos Municipales a crear las Direcciones Municipales de Salud. En Cali se creó mediante el acuerdo No. 44 de 1938 el Departamento de Higiene y Asistencia Pública Municipal de Cali, al que pertenecieron el Asilo, la Clínica de Maternidad, la Inspección de Obras Públicas y Aseo, y la Unidad Sanitaria.

Como parte del proceso de desarrollo administrativo desencadenado en 1953, por el dinamismo de la Universidad del Valle, en el proceso de integración de los servicios preventivos y curativos de la ciudad de Cali, se transformó en la Secretaría de Higiene Municipal.

Un paso importante hacia la descentralización en 1962, fue la creación de la Corporación Autónoma de Desarrollo de la Comunidad y los Centros Médicos Materno Infantil de Cali, que luego daría lugar a la Corporación de Programas Especiales de Salud (CORPES). Por primera vez la Secretaría de Higiene Municipal y los Centros de Salud administran los recursos por la venta de servicios de salud recaudados en las instituciones de salud. En 1967 se crea el Distrito de Salud de Cali, con los cinco (5) municipios vecinos; en 1972, el servicio de salud del Valle, firmó un contrato con el Municipio de Cali, para integrar los servicios de salud de toda el área.

En 1975 se conformó la Unidad Regional de Salud (URS) de Cali, mediante la resolución No. 5550, como componente fundamental del Sistema Nacional de Salud, creado en ese mismo año en Colombia, con la adscripción de los Municipios de Jamundí, la Cumbre, Vijes, Dagua y Yumbo. Desde entonces, tiene como sede el edificio que ocupa actualmente la Secretaría de Salud Pública de Cali. Mediante el Decreto No. 1469 de 1979, se crearon seis (6) Áreas Integradas de Salud (AIS). Estas áreas definieron los niveles de atención dentro de las instituciones dependientes de la SSPM y la URS y se organizaron en 1986 en grupos de habitantes con cierto grado de homogeneidad socioeconómica, Núcleos de Atención Primaria (NAP) y en los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

Esta reforma permitió mejorar el servicio a la comunidad caleña, pues cada una de las áreas tenía un sistema de salud por niveles de atención constituido por un hospital básico como sede, del cual dependían los centros y puestos de salud, a este conjunto se le denominó: “el primer nivel de atención”. Además, se empezó a prestar servicios de medicina especializada de diferentes niveles y en algunos centros de salud se estableció un servicio de Atención Médica Permanente (AMP), que prestaba servicios de medicina general las 24 horas en el área urbana y donde la población que no tenía capacidad de pago, recibía subsidio para la salud.

2.3.1. Estructura administrativa de la Secretaría de Salud Pública de Cali.

Actualmente la Secretaría de Salud Pública de Cali está estructurada así:

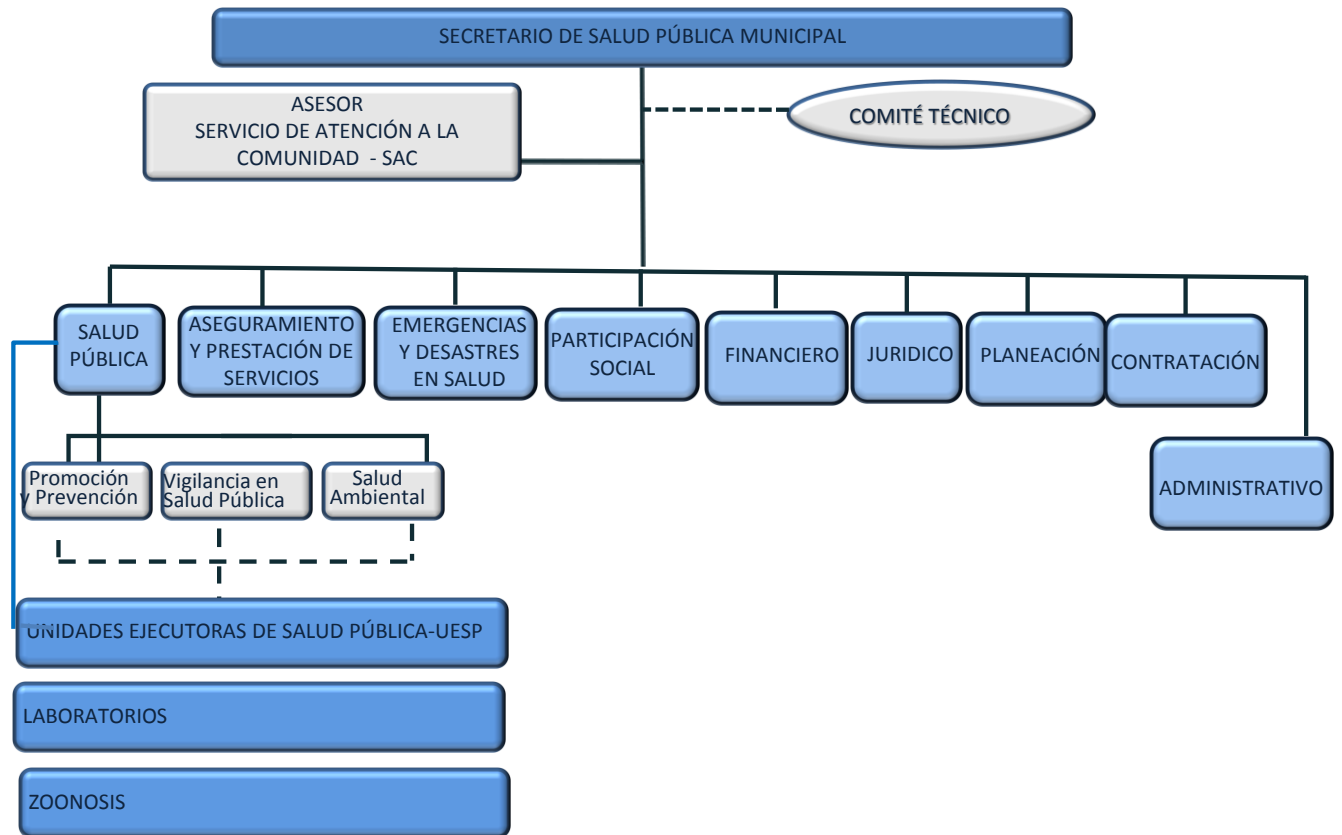


Gráfico 5.

Estructura administrativa de la secretaría de salud. Fuente. Secretaría de Salud pública Municipal de Santiago de Cali, 2009.

3. Revisión Documental y Recolección de Información.

3.1. Marco Normativo y Legal de la SSPM.

En primera instancia se revisan las competencias definidas para la Secretaría de Salud Pública de Cali en el marco normativo interno de la entidad, identificando el Decreto que define la estructura organizacional de la Administración Municipal de Santiago de Cali (Decreto Extraordinario Municipal 0203 de 2001), en el mismo se establecen las responsabilidades de cada una de las divisiones administrativas que le conforman, entre ellas las de la SSPM. Con dicha información se construye con la siguiente matriz para verificar su vigencia en comparación con el marco normativo nacional vigente, compuesta por los siguientes campos:

Tabla 4

Matriz de revisión de competencias legales.

Matriz de Revisión de Competencias Legales			
Competencias Según Decreto Municipal 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
	SI	NO	

Fuente. Las autoras.

Dicha matriz fue presentada al Comité Técnico de la SSPM, con el fin de validarlo como instrumento de verificación y a su vez determinar otros componentes de relevancia en la identificación de las competencias legales de una Dirección Territorial en Salud. El resultado obtenido conllevó al mejoramiento de la matriz (ver Anexo 1), incorporando en ésta, unas competencias adicionales como son las Funciones Esenciales en Salud (FESP), impulsadas conceptualmente durante el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud en enero de 1997, con el objetivo de cumplir con la autoridad sanitaria en cada país; a través de estudios, consensos y validación de expertos se definieron 11 FESP, convirtiéndose en una directriz del Ministerio de Salud y de la Protección Social, a través del Plan Decenal de Salud Pública:

Tabla 5.

Funciones esenciales en salud.

Número	Funciones Esenciales en Salud (Fesp)
FESP 1	Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de la salud de la población.
FESP 2	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños para la salud pública.
FESP 3	Promoción de la salud.
FESP 4	Participación de los ciudadanos en salud.
FESP 5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.
FESP 6	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.
FESP 7	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
FESP 8	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
FESP 9	Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
FESP 10	Investigación esencial para el desarrollo y la aplicación de soluciones innovadoras en salud pública.
FESP 11	Reducción del impacto de las emergencias y los desastres en la salud.

Fuente. Secretaría de Salud Pública de Cali.

Después de la revisión de las competencias internas y su relación con las funciones esenciales (Ver Anexo 1), se realizó la identificación de las normas y/o leyes vigentes (Se opta por la metodología de Normograma basado en el expertise de una de las integrantes del presente documento); que determinan el Sistema General de Seguridad Social en Salud a nivel nacional y se seleccionaron aquellas que definen las competencias generales que aplican a una Dirección Territorial en Salud; las cuales quedan plasmadas en el siguiente Normograma:

Tabla 6.

Normograma con principales competencias legales aplicables a una dirección territorial en salud, en el marco del SGSSS.

PROCESO: SERVICIO DE SALUD PÚBLICA				
IERARQUÍA DE LA NORMA	NUMERO O FECHA	TÍTULO	ARTÍCULO	APLICACIÓN ESPECÍFICA
Norma de Normas	1991	Constitución Política de Colombia.	Art. 49	Establece que: la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado....A quien corresponde organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental.
				Coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud en el correspondiente territorio local.
				Programar para su respectivo municipio, la distribución de los recursos recaudados para el sector salud.
				Contribuir a la formulación y adopción de los planes, programas y proyectos del sector salud en su jurisdicción, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales, o de la entidad territorial seccional, correspondiente, según el caso.
				Estimular la participación comunitaria, en los términos señalados por la ley.
				Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción local, las políticas y normas trazadas por el Ministerio de Salud, de acuerdo con la adecuación hecha por la respectiva Dirección Seccional del Sistema de Salud.
				Administrar el Fondo Local de Salud que trata el artículo 13 de esta Ley, en coordinación con la Secretaría de Hacienda y la Tesorería Local, o las dependencias que hagan sus veces.
				Aplicar los sistemas de referencia y contra-referencia de pacientes, definidos por el Ministerio de Salud y la Dirección Nacional y seccional de salud.
Ley	10 de 1990	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.	Art. 12	Organizar mecanismos para desconcentrar el sistema local de salud, teniendo como unidad de referencia el corregimiento o la comuna.
				Diagnosticar el estado de salud-enfermedad, establecer los factores determinantes y elaborar el plan local de salud, efectuando su seguimiento y evaluación con la participación comunitaria que establece la presente Ley.
				Estimular la atención preventiva, familiar, extra-hospitalaria y el control del medio ambiente.
				Controlar, en coordinación con las entidades del sector o de otros sectores que incidan en la salud, los factores de riesgo referentes al estado de salud-enfermedad de la población.
				Cumplir y hacer cumplir las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9a. de 1979 o Código Sanitario Nacional y su reglamentación.
				Desarrollar labores de inspección, vigilancia y control de las instituciones que prestan servicios de salud, e informar a las autoridades competentes sobre la inobservancia de las normas de obligatorio cumplimiento.
				Fijar y cobrar tasas o derechos por la expedición de permisos, licencias, registros y certificaciones.

Fuente. Las autoras.

Tabla 6.

Normograma con principales competencias legales aplicables a una dirección territorial en salud, en el marco del SGSS – Continuación.

PROCESO: SERVICIO DE SALUD PÚBLICA				
JERARQUÍA DE LA NORMA	NÚMERO /FECHA	TÍTULO	ARTÍCULO	APLICACIÓN ESPECÍFICA
Ley	100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.	Arts. 152, 153, 54, 157, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 174	Define las obligaciones del Estado, la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de prestaciones de carácter económico, de salud y complementario a las cuales se le realizan seguimiento desde el Subproceso, esto con el fin de que se garantice los derechos inalienables de las personas y de la comunidad para obtener la calidad de vida, mediante la protección de contingencias que la afecten.
				Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental.
				Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.
				Impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.
				Adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.
				Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud y seguridad social en salud para su inclusión en los planes y programas departamentales y nacionales.
		Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución		Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.
Ley	715 de 2001	Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.	Art. 44	Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.
				Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.
				Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes.
				Establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial.
				Ejercer actividades de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afectan la salud humana presentes en el ambiente, en coordinación con las autoridades ambientales.
				Vigilar las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población.
				Vigilar en su jurisdicción, la calidad del agua para consumo humano; la recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos; manejo y disposición final de radiaciones ionizantes, excretas, residuos líquidos y aguas servidas; así como la calidad del aire. Para tal efecto, coordinará con las autoridades competentes las acciones de control a que haya lugar.
				Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis.
				Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9ª de 1979 y su reglamentación o las que la modifiquen, adicionen o sustituyan.
				Coordinar y controlar la organización y operación de servicios de salud bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud a nivel Municipal.

Fuente. Las autoras.

Tabla 6.
Normograma con principales competencias legales aplicables a una dirección territorial en salud, en el marco del SGSS – Continuation.

PROCESO: SERVICIO DE SALUD PÚBLICA				
JERARQUÍA DE LA NORMA	NÚMERO /FECHA	TÍTULO	ARTÍCULO	APLICACIÓN ESPECÍFICA
Ley	1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	Art. 20	Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda.
				Diseñar indicadores para medir logros en salud, determinar la metodología para su aplicación, así como la distribución de recursos de conformidad con estos, cuando la ley así lo autorice.
			Art. 5	Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes de salud pública de conformidad con las disposiciones de orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar los planes de intervenciones colectivas.
		Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS- y se dictan otras disposiciones.		Coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud a nivel municipal.
Ley	1438 de 2011		Art. 29	Los entes territoriales administrarán el Régimen Subsidado mediante el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su jurisdicción, garantizando el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios.
			Art. 62	Las entidades territoriales, municipales, distritos, departamentos y la Nación, según corresponda, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo.
			Art. 64	La articulación de la red estará a cargo de las entidades territoriales en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, a través de los Consejos Territoriales de la Seguridad Social en Salud.

Fuente. Las autoras.

Tabla 6.

Normograma con principales competencias legales aplicables a una dirección territorial en salud, en el marco del SGSS – Continuación.

PROCESO: SERVICIO DE SALUD PÚBLICA				
IERARQUÍA DE LA NORMA	NÚMERO /FECHA	TÍTULO	ARTÍCULO	APLICACIÓN ESPECÍFICA
Ley	1551 de 2012	Por el cual se dictan normas para modernizar la organización y funcionamiento de los municipios	Art. 3	Establece la responsabilidad de: • Promover la participación comunitaria, la cultura de los derechos humanos y mejoramiento social y cultural de los habitantes. • Promover alianzas y sinergias público-privadas que contribuyan al desarrollo económico, social y ambiental del municipio. • Procurar la solución de las necesidades básicas insatisfechas de los habitantes del municipio, en lo que sea de su competencia, con especial énfasis en los niños, las niñas, los adolescentes, las mujeres cabeza de familia, las personas la tercera edad, las personas en condición de discapacidad y los demás sujetos de especial protección constitucional • En asociación con los Departamentos y la Nación, contribuir al goce efectivo de los derechos de la población víctima del desplazamiento forzado... • Velar por el adecuado manejo de los recursos naturales y del ambiente, de conformidad con la Constitución y la ley.
Resolución Nacional	3960 de 2008	Manual de Estándares de Acreditación para las Direcciones Territoriales de Salud	No aplica	Establece que el hacer de las direcciones territoriales está orientado a: diseñar, aplicar y evaluar el Sistema de Seguridad Social en Salud mediante la adopción y adaptación de las políticas nacionales, en el área geográfica de su influencia y lo hace con el fin de mantener y mejorar las condiciones de salud de la población y mejorar los resultados de las acciones del Sistema, en su jurisdicción. Lo hace a través de grandes actividades y funciones tales como: - Asistencia técnica a las instituciones - Inspección, vigilancia y control - Coordinación de actores - Gestión del recurso humano en salud - Participación de la comunidad
Resolución Nacional	1841 de 2013	Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	Art. 2 y 4	Las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias y necesidades, condiciones y características de su territorio, deberán adaptar y adoptar los contenidos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en cada cuatrienio a través del Plan Territorial de Salud y coordinar su implementación en su área de influencia y deberá realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en su jurisdicción, de acuerdo con la metodología, condiciones y periodicidad definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Fuente. Las autoras.

De la anterior revisión se obtiene la compilación de las siguientes diecisiete (17) competencias para una Dirección Territorial en Salud, lo que permite dar cumplimiento al primer objetivo específico y reconocer los fundamentos legales desde los cuales se debe construir el Modelo de Gestión Integral de Calidad para la Secretaría de Salud Pública de Cali.

1. Ejercer la rectoría en salud en su jurisdicción local, hacia el logro de la equidad en salud; a través del cumplimiento de las políticas y normas trazadas por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, y demás entes competentes.
2. Conducir y coordinar de forma sectorial, intersectorial, transectorial y con una amplia participación comunitaria; la formulación, adopción e implementación de políticas, planes, estrategias, programas y proyectos del sector salud en la jurisdicción, conforme al análisis de situación de salud; en armonía con las políticas, planes y programas nacionales, departamentales, municipales y conforme a los acuerdos internacionales, así como su monitoreo y evaluación, para el mejoramiento de los determinantes sociales y ambientales de salud de la población.
3. Proponer políticas, planes, programas y proyectos que deben incluirse en las políticas, planes y programas municipales, departamentales, regionales del sector y otros sectores.
4. Gestionar la producción y gestión del conocimiento en salud, que permita el desarrollo de inteligencia sanitaria, con amplia participación ciudadana, mediante la identificación, obtención, organización, procesamiento, interpretación, difusión y monitoreo de la apropiación de las evidencias en salud, a través de coordinación y articulación sectorial, intersectorial y transectorial.
5. Adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud; así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.
6. Cumplir y hacer cumplir, en el área de salud ambiental, las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9a. de 1979 o Código Sanitario Nacional y su reglamentación o las

que la modifiquen, adicionen o sustituyan; así como el documento CONPES 3550 de 2008.

7. Desarrollar y fortalecer el sistema de vigilancia en salud pública municipal, que incluya la notificación y la aplicación de medidas que sean de su competencia en la prestación de servicios y en la evaluación de resultados.
8. Desarrollar, coordinar y aplicar estrategias de promoción de la salud, con énfasis en el autocuidado personal, familiar y comunitario; mediante acciones de información, educación y comunicación.
9. Coordinar y controlar la organización y operación de servicios de salud bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud a nivel Municipal y Redes Integradas de Salud.
10. Desarrollar labores de inspección y vigilancia de las instituciones que prestan servicios de salud, con énfasis en acceso, calidad y eficiencia, e informar a las autoridades competentes sobre la inobservancia de las normas de obligatorio cumplimiento.
11. Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.
12. Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes (Ley 715 de 2001).
13. Promover y fomentar las relaciones técnico-científicas con las instituciones de educación superior e institutos tecnológicos que permitan desarrollar investigación aplicada y las capacidades institucionales de la Secretaría; bajo un ejercicio de beneficio mutuo.
14. Coordinar, diseñar y promover la integración funcional de las instituciones de salud para el funcionamiento de las redes de servicios de salud en el Municipio de Santiago

de Cali; en especial a las acciones que hacen referencia a: la identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres; articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres; fortalecimiento institucional para la respuesta territorial ante las situaciones de emergencias y desastres; fortalecimiento de la red de urgencias; sin que esto implique asumir costos de entes distintos a los municipales.

15. Establecer un sistema de evaluación y control sobre las políticas, planes, estrategias, programas y proyectos del sector salud, impartidas e implementadas de manera que sea capaz de retroalimentarlas y realizar los ajustes e intervenciones necesarias para que se logren los propósitos.
16. Orientar y brindar asistencia técnica sobre las directrices y operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para mejorar la capacidad de las demás instituciones y actores del sistema de salud territorial.
17. Establecer las directrices y mecanismos para el control del funcionamiento, la coordinación y la gestión costo efectiva de la tecnología de las redes de servicios, para direccionar la oferta en función de la demanda de los servicios de salud, incluyendo los de salud ambiental, en el territorio.

3.2. *Caracterización de Requerimientos de Partes Interesadas.*

Para dar cumplimiento al segundo objetivo específico relacionado con la identificación y caracterización de los requerimientos de los grupos de interés, se realizaron mesas de trabajo con los diferentes grupos misionales que hacen parte de la repartición administrativa de la SSPM, haciendo uso de esta manera de principios de la IAP. La metodología aplicada corresponde a los pasos sugeridos por Mitchell et al (1997), citados en la Guía de Implementación del Modelo Estándar de Control Interno con enfoque sistémico. Se omitieron algunas preguntas sugeridas por el autor teniendo en cuenta que no son aplicables para este tipo de entidad (pública), que para este caso es una entidad que no tiene competencia y que sus bienes y servicios están enmarcados en las responsabilidades legales que el Estado le asigna. Una vez recopilada la información, los autores realizaron la organización y descripción de ésta, así:

3.2.1. Identificación de Grupos de Interés.

¿Quiénes proveen los insumos necesarios para elaborar los bienes u ofrecer los servicios de la Entidad?

- Ministerio de Salud y de la Protección Social.
- Instituto Nacional de Salud.
- Alcaldía de Santiago de Cali (Departamento Administrativo de Planeación Municipal, Dirección de Hacienda Municipal, Dirección de Desarrollo Administrativo).

¿Quiénes reciben los bienes o servicios que ofrece la Entidad?

- Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPB).
- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).
- Hospitales de nivel 1 y 2.
- Servicios de Ambulancias.
- Establecimientos públicos generadores de servicios que impactan en la salud de la población (tiendas, droguerías, carnicerías, empresas industriales / de manufactura, centros de estética, hoteles, residencias, funerarias, cementerios, entre otros).
- Unidades residenciales.
- Juntas de Acción Comunal – JAC -, veedurías ciudadanas y otras asociaciones entre comunidad.
- Fundaciones, ONG.
- Centros de protección al adulto mayor
- Cárceles y Centros de Reclusión de menores de edad
- Comunidad en general.

¿Quiénes regulan la labor de la Entidad?

- Alcaldía de Santiago de Cali (Dirección de Control Interno)
- Contraloría Municipal
- Concejo Municipal
- Personería Municipal
- Procuraduría

- Secretaría de Salud Pública Departamental.
- Ministerio de Salud y de la Protección Social
- Instituto Nacional de Salud y Superintendencia de Salud.

¿Quiénes son partidarios de las actividades que realiza la Entidad?

- Alcalde y Secretario de Salud .
- Concejo Municipal.
- Personería Municipal.
- Secretaría de Salud Pública Departamental.
- Ministerio de Salud y de la Protección Social
- Instituto Nacional de Salud.
- Superintendencia de Salud.
- Comunidad organizada y comunidad en general.

¿Quiénes se oponen u obstaculizan el desarrollo de las actividades de la Entidad?

- Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPB).
- La Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).
- Hospitales de nivel 1 y 2. Servicios de Ambulancias.
- Establecimientos públicos generadores de servicios que impactan en la salud de la población (tiendas, droguerías, carnicerías, empresas industriales / de manufactura, centros de estética, hoteles, residencias, funerarias, cementerios, entre otros).

3.2.2. Clasificación de grupos de interés.

En este paso se partió a identificar con los coordinadores los atributos de los grupos de interés, de acuerdo con las variables expuestas por Mitchell et al, (1997), las cuales son:

- **Poder.** Se entiende aquí como los Grupos de Interés que tienen la capacidad para influir en el logro de los objetivos de la entidad.
- **Legitimidad.** Se refiere a los Grupos de Interés que comparten un conjunto de expectativas socialmente aceptadas como normas, valores, creencias y modelos mentales compartidos, legitimando los propósitos y objetivos de la organización.

- **Demanda.** Se refiere a los grupos de Interés con el cual las demandas de un Grupo de Interés requiere de atención inmediata.

Los grupos de interés fueron analizados bajo estas tres variables en la Tabla 7:

Tabla 7

Clasificación de grupos de interes por atributos

Grupo de Interés	Atributos De Los Grupos De Interés		
	Poder	Legitimidad	Demanda
Ministerio de Salud y de la Protección Social	X	X	
Instituto Nacional de Salud	X	X	
Alcaldía de Santiago de Cali (Departamento Administrativo de Planeación Municipal, Dirección de Hacienda Municipal, Dirección de Desarrollo Administrativo)	X	X	
Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPB)		X	X
La Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)		X	X
Hospitales de nivel 1 y 2		X	X
Servicios de Ambulancias		X	X
Establecimientos públicos generadores de servicios que impactan en la salud de la población (tiendas, droguerías, carnicerías, empresas industriales / de manufactura), centros de estética, hoteles, residencias, funerarias, cementerios, entre otros)			X
Unidades residenciales		X	X
Juntas de Acción Comunal, Veedurías Ciudadanas y otras asociaciones entre comunidad.	X	X	X
Fundaciones, ONG.		X	X
Centros de Protección al Adulto Mayor		X	X
Cárceles y Centros de Reclusión de Menores.		X	X
Poblaciones vulnerables (indígenas, LGTBI, población afrodescendiente, desplazados, discapacitados)	X	X	X
Comunidad en general	X	X	X
Alcaldía de Santiago de Cali (Dirección de Control Interno)	X	X	
Contraloría Municipal	X	X	
Concejo Municipal	X	X	
Personería Municipal	X	X	
Procuraduría	X	X	
Secretaría de Salud Pública Departamental.	X	X	
Superintendencia de Salud	X	X	
Alcalde y Secretario de Salud	X	X	

Fuente. Guía para la implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) con Enfoque Sistémico, 2007.

De acuerdo a la anterior clasificación se establece que todos los Grupos de Interés clasificados, son de carácter prioritario, para la SSPM, puesto que cumplen con dos o más atributos planteados.

3.2.3. Identificación de las expectativas y necesidades de los grupos de interés.

Tabla 8

Necesidades y expectativas de grupos de interés.

Grupos de Interés	Necesidades ¿Qué servicios o productos se espera que preste la Entidad?	Expectativas ¿Qué beneficios esperan como resultado de las actividades que realiza la Entidad?
Ministerio de Salud y de la Protección Social	No aplica	Cumplimiento de directrices, lineamientos y responsabilidades y/o competencias designadas como autoridad sanitaria en el territorio.
Instituto Nacional de Salud	No aplica	Cumplimiento de directrices, lineamientos y responsabilidades y/o competencias designadas como autoridad sanitaria con relación a procesos de vigilancia en salud.
Alcaldía de Santiago de Cali (Departamento Administrativo de Planeación Municipal, Dirección de Hacienda Municipal, Dirección de Desarrollo Administrativo)	No aplica	Cumplimiento de objetivos, políticas y planes estratégicos de la organización (Plan de Desarrollo, Políticas de Calidad)
Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPB)	Asistencias técnicas, auditorías y/o inspecciones frente al cumplimiento del Sistema Obligatorio de la Garantía en la Prestación de Servicios en Salud.	Contribución permanente frente al mejoramiento continuo de la EAPB, en los diferentes componentes que exige el Sistema Obligatorio de la Garantía en la Prestación de Servicios en Salud. Evitar riesgos de tipo financiero
Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)/ Hospitales de nivel 1 y 2	Asistencias técnicas, auditorías y/o inspecciones frente al cumplimiento de protocolos, guías de atención en salud y componentes del Sistema Obligatorio de la Garantía en la Prestación de Servicios en Salud. A su vez con relación al cumplimiento del Sistema de Vigilancia en Salud (SIVIGILA). Políticas y directrices en salud	Contribución permanente frente al mejoramiento continuo de la IPS, en la Prestación de Servicios de Salud. Evitar riesgos de tipo financiero
Servicios de Ambulancias	Inspección, vigilancia y control, frente al cumplimiento de normas sanitarias, de habilitación y de prestación de servicios. Políticas y directrices en salud	Contribución permanente frente al mejoramiento continuo en la prestación de servicios de salud y en el cumplimiento de los requisitos de habilitación. Evitar riesgos de tipo financiero

Fuente. Las Autoras.

Tabla 8

Necesidades y expectativas de grupos de interés – Continuación.

Grupos de Interés	Necesidades ¿Qué servicios o productos se espera que preste la Entidad?	Expectativas ¿Qué beneficios esperan como resultado de las actividades que realiza la Entidad?
Establecimientos públicos generadores de servicios que impactan en la salud de la población (tiendas, droguerías, carnicerías, empresas fabricadoras de colchones, centros de estética, hoteles, residencias, funerarias, cementerios, entre otros)/ Unidades residenciales	Inspección, vigilancia y control, frente al cumplimiento de normas sanitarias. Políticas y directrices en salud	Contribución permanente frente al mejoramiento continuo en la producción o generación de servicios a la comunidad y el cumplimiento de requisitos sanitarios. Evitar riesgos de tipo financiero
Juntas de acción Comunal, veedurías ciudadanas y otras asociaciones entre comunidad.	Capacitación y acompañamiento en procesos de participación ciudadana y control social en salud. Participación en procesos de planeación del ente rector y Rendición de cuentas.	Desarrollo de competencias en procesos de salud y mecanismos de participación ciudadana en salud. Participación activa en procesos de salud tanto del ente rector, como de las EAPB e IPS.
Centros de Protección al Adulto Mayor/Cárceles	Asistencias técnicas en procesos de atención al adulto mayor. Inspección, vigilancia y control de riesgos sanitarios del ambiente.	Contribución permanente frente al mejoramiento continuo en la calidad de la prestación de servicios y cumplimiento de requisitos sanitarios. Evitar riesgos de tipo financiero.
Fundaciones, ONG.	Capacitaciones y acompañamientos en procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tanto para funcionarios, como para usuarios o beneficiarios de las fundaciones y ONG.	Desarrollo de competencias sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Participación activa en procesos de transformación social bajo trabajo de tipo transectorial.
Poblaciones vulnerables (indígenas, LGTBI, población afrodescendiente, población desplazada, discapacitados)	Aseguramiento en salud (servicios básicos de salud). Participación ciudadana en los diferentes procesos de salud (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, planeación de objetivos y metas en salud, Capacitación y acompañamiento en procesos de participación ciudadana y control social en salud).	Servicios con enfoque diferencial. Desarrollo de competencias en procesos de salud y mecanismos de participación ciudadana en salud. Participación activa en procesos de salud tanto del ente rector, como de las EAPB e IPS.

Fuente. Las autoras.

Tabla 8

Necesidades y expectativas de grupos de interés – Continuación.

Grupos de Interés	Necesidades ¿Qué servicios o productos se espera que preste la Entidad?	Expectativas ¿Qué beneficios esperan como resultado de las actividades que realiza la Entidad?
Comunidad en general	Aseguramiento en salud (servicios básicos de salud). Atención y gestión de quejas y reclamos frente a la accesibilidad y oportunidad en la prestación de servicios por parte de las EAPB E IPS. Participación ciudadana en los diferentes procesos de salud (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, planeación de objetivos y metas en salud, Capacitación y acompañamiento en procesos de participación ciudadana y control social en salud). Vigilancia epidemiológica	Mejoramiento en la prestación de servicios de salud. Prevención de epidemias
Entes de Control (Alcaldía de Santiago de Cali (Dirección de Control Interno), Contraloría Municipal, Concejo Municipal, Personería Municipal, Secretaría de Salud Pública Departamental, Superintendencia de Salud)	No aplica	Cumplimiento de objetivos y metas municipales e institucionales y del sector conforme con los principios de gestión pública (austeridad en el gasto, eficiencia, eficacia, transparencia, enfoque al cliente entre otros.)
Alcalde y Secretario de Salud	No aplica	Adecuada planificación y liderazgo de procesos. Cumplimiento de objetivos y metas municipales e institucionales y del sector conforme con los principios de gestión pública (eficiencia, eficacia, transparencia, enfoque al cliente entre otros.)

Fuente. Las autoras.

3.3. *Análisis y Armonización de Estándares de Acreditación, Requisitos de Norma Técnica de Calidad NTCGP 1000:2009 y Modelo de Control Interno.*

A través de esta fase se da cumplimiento al tercer objetivo específico, llevando a cabo un análisis de correlación de los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad, los elementos del Modelo Estándar de Control Interno (actualizado 2014) y los Estándares de Acreditación para Direcciones Territoriales establecidos en la Resolución 3960 de 2008, con el fin de identificar factores convergentes entre los tres sistemas; dando como resultado la Matriz que se presenta a continuación.

Por parte de los autores, se realiza un análisis inicial, que posteriormente se lleva a discusión, revisión y validación con el Comité Técnico, contando con la participación del Grupo de Expertos Técnicos. Del ejercicio de co-relación entre sistemas se definen, con el equipo, los siguientes aspectos:

- Del análisis de los Estándares de Acreditación se define que deben ser tomados como puntos de partida para la definición de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, que deberá tener el enfoque por procesos de la Entidad.
- Los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad, se convierten en un punto de partida y guía para definir el plan o ruta de diseño e implementación del Sistema de Gestión de Calidad. Por su parte los elementos del MECI permiten establecer la ruta para estructurar mecanismos de seguimiento y control, frente al cumplimiento de los Estándares de Acreditación, que deberán verse reflejados en los procesos que se identificarán para la Entidad.

Tabla 9

Matriz de correlación entre estándares de acreditación – NTC GP 1000:2009 y MECI

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN		NORMA NTCGP 1000:2009		MECI		
FUNCIÓN	ACTIVIDAD	TÍTULO	NUMERAL	MÓDULO DE CONTROL O ASPECTO TRANSVERSAL	COMPONENTE	ELEMENTO (S)
Función Política	Direcciona-miento del Sistema de Salud.	Responsabilidad de la Dirección.	5.	Responsabilidad de la Dirección.		
		Compromiso de la Dirección.	5.1.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	* Estructura Organizacional. * Políticas de Operación.
		Política de Calidad	5.3.	Información y Comunicación		
				Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	* Planes, Programas y Proyectos. * Modelo de Operación por Procesos. * Políticas de Operación.
				Control de Planeación y Gestión	Talento Humano	Acuerdo, Compromisos o Protocolos Éticos
		Información y Comunicación				
		Objetivo de la Calidad.	5.4.1.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	Planes, Programas y Proyectos.
		Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad.	5.4.2.			
		Responsabilidad y Autoridad.	5.5.1.			
		Revisión por la Dirección.	5.6.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	* Planes, Programas y Proyectos. * Modelo de Operación por Procesos. * Políticas de Operación.
		Talento Humano.	6.2.	Control de Planeación y Gestión	Talento Humano	Desarrollo del Talento Humano
		Competencia, Toma de Conciencia y Formación.	6.2.2.			
		Ambiente de Trabajo.	6.4.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico. Talento Humano	Planes, Programas y Proyectos.
Planificación de la Realización del Producto y/o Prestación del Servicio.	7.1.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico			
Procesos Relacionados con el Cliente	7.2.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	Modelo de Operación por Procesos (Misionales).		

Fuente. Las autoras.

Tabla 9

Matriz de correlación entre estándares de acreditación – NTC GP 1000:2009 y MECI- Continuación.

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN		NORMA NTCGP 1000:2009		MECI		
FUNCIÓN	ACTIVIDAD	TÍTULO	NUMERAL	MÓDULO DE CONTROL O ASPECTO TRANSVERSAL	COMPONENTE	ELEMENTO (S)
Control al Sistema.	Gerencia del Sistema de Salud.	Compromiso de la Dirección.	5.1.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	* Estructura Organizacional. * Políticas de Operación.
		Comunicación Interna.	5.5.3.		Información y Comunicación	
		Revisión por la Dirección.	5.6.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	* Planes, Programas y Proyectos. * Modelo de Operación por Procesos. * Políticas de Operación.
		Generalidades.	5.6.1.		Planes de Mejoramiento	
		Información de Entrada para la Revisión.	5.6.2.	Control de Evaluación y Seguimiento	* Auditoría Interna. * Planes de Mejoramiento.	
		Resultados de la Revisión.	5.6.3.		Planes de Mejoramiento	
		Competencia, Toma de Conciencia y Formación.	6.2.2.	Control de Planeación y Gestión	Talento Humano	Desarrollo del Talento Humano
		Producción y Préstamo del Servicio.	7.5.	Control de Planeación y Gestión	* Direccionamiento Estratégico. * Administración de Riesgos de los Procesos.	
		Medición y análisis y mejora.	8.	Control de Evaluación y Seguimiento	* Planes de Mejora. * Indicadores de Gestión.	
		Generalidades.	8.1.			
		Seguimiento y Medición.	8.2.			
		Auditoría Interna.	8.2.2.	Control de Evaluación y Seguimiento	Auditoría Interna.	

Fuente. Las autoras.

Tabla 9

Matriz de correlación entre estándares de acreditación – NTC GP 1000:2009 y MECI- Continuación.

FUNCIÓN	STÁNDARES DE ACREDITACIÓN	NORMA NTCGP 1000:2009		MECI		
		TÍTULO	NU-ME-RAI	MÓDULO DE CONTROL O ASPECTO TRANSVERSAL	COMPONENTE	ELEMENTO (S)
Fortalecimiento del sistema.		Realización del Producto y/o Prestación del Servicio	7.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	
		Planificación de la Realización del Producto y/o Prestación del Servicio.	7.1.			
		Procesos Relacionados con el Cliente	7.2.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	Modelo de Operación por Procesos (Misionales).
		Determinación de los Requisitos Relacionados con el Producto y/o Servicio.	7.2.1.	Información y Comunicación		
		Revisión de los Requisitos Relacionados con el Producto y/o Servicio.	7.2.2.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	Políticas de Operación.
		Comunicación con el Cliente.	7.2.3.	Información y Comunicación		
		Diseño y Desarrollo.	7.3.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico.	* Planes, Programas y Proyectos. * Modelo de Operación por Procesos. * Políticas de Operación.
		Planificación del Diseño y Desarrollo.	7.3.1.			
		Elementos de Entrada para el Diseño y Desarrollo.	7.3.2.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	* Modelo de Operación por Procesos. * Políticas de Operación.
		Resultados del Diseño y Desarrollo	7.3.3.	Autoevaluación de Control y Gestión.		
		Revisión del Diseño y Desarrollo	7.3.4.	* Autoevaluación de Control y Gestión. * Indicadores de Gestión.		
		Verificación del Diseño y Desarrollo	7.3.5.	Información y Comunicación		
		Validación del Diseño y Desarrollo	7.3.6.	* Autoevaluación de Control y Gestión. * Indicadores de Gestión.		
		Control de los Cambios del Diseño y Desarrollo	7.3.7.	Información y Comunicación		

Fuente. Las autoras.

Tabla 9

Matriz de correlación entre estándares de acreditación – NTC GP 1000:2009 y MECI- Continuación.

FUNCIÓN	STÁNDARES DE ACREDITACIÓN	NORMA NTCGP 1000:2009		MECI		
		TÍTULO	NU-ME-RAI	MÓDULO DE CONTROL O ASPECTO TRANSVERSAL	COMPONENTE	ELEMENTO (S)
Control a la oferta de Servicios y de la Tecnología.	Rendición de Cuentas.	Comunicación con el Cliente.	7.2.3.	Información y Comunicación		
		Realización del Producto y/o Prestación del Servicio	7.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	
		Planificación de la Realización del Producto y/o Prestación del Servicio.	7.1.			
		Procesos Relacionados con el Cliente	7.2.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	Modelo de Operación por Procesos (Misionales).
		Determinación de los Requisitos Relacionados con el Producto y/o Servicio.	7.2.1.	Información y Comunicación		
		Revisión de los Requisitos Relacionados con el Producto y/o Servicio.	7.2.2.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	Políticas de Operación.
		Comunicación con el Cliente.	7.2.3.	Información y Comunicación		
		Diseño y Desarrollo.	7.3.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico.	* Planes, Programas y Proyectos. * Modelo de Operación por Procesos. * Políticas de Operación.
		Planificación del Diseño y Desarrollo.	7.3.1.			
		Elementos de Entrada para el Diseño y Desarrollo.	7.3.2.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	* Modelo de Operación por Procesos. * Políticas de Operación.
		Resultados del Diseño y Desarrollo	7.3.3.	Autoevaluación de Control y Gestión.		
		Revisión del Diseño y Desarrollo	7.3.4.	* Autoevaluación de Control y Gestión. * Indicadores de Gestión.		
		Verificación del Diseño y Desarrollo	7.3.5.	Información y Comunicación		
		Validación del Diseño y Desarrollo	7.3.6.	* Autoevaluación de Control y Gestión. * Indicadores de Gestión.		
		Control de los Cambios del Diseño y Desarrollo	7.3.7.	Información y Comunicación		

Fuente. Las autoras.

Tabla 9

Matriz de correlación entre estándares de acreditación – NTC GP 1000:2009 y MECI- Continuación.

STÁNDARES DE ACREDITACIÓN		NORMA NTCGP 1000:2009		MECI		
FUNCIÓN	ACTIVIDAD	TÍTULO	NU-ME-RAI	MÓDULO DE CONTROL O ASPECTO TRANSVERSAL	COMPONENTE	ELEMENTO (S)
Función de Inteligencia.		Planificación de la Realización del Producto y/o Prestación del Servicio.	7.1.	Gestión de Planeación y Control	Direccionamiento Estratégico.	
		Determinación de los Requisitos Relacionados con el Producto y/o Servicio.	7.2.1.	Información y Comunicación		
		Revisión de los Requisitos Relacionados con el Producto y/o Servicio.	7.2.2.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	Políticas de Operación.
		Comunicación con el Cliente.	7.2.3.	Información y Comunicación		
		Diseño y Desarrollo.	7.3.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico.	* Planes, Programas y Proyectos. * Modelo de Operación por Procesos. * Políticas de Operación.
		Planificación del Diseño y Desarrollo.	7.3.1.			
		Elementos de Entrada para el Diseño y Desarrollo.	7.3.2.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	* Modelo de Operación por Procesos. * Políticas de Operación.

Fuente. Las autoras.

Tabla 9

Matriz de correlación entre estándares de acreditación – NTC

STÁNDARES DE ACREDITACIÓN		NORMA NTCGP 1000:2009		MECI		
FUNCIÓN	ACTIVIDAD	TÍTULO	NUMERAL	MÓDULO DE CONTROL O ASPECTO TRANSVERSAL	COMPONENTE	ELEMENTO (S)
Acciones de Atención en Salud a las Personas, la Población y el Medio Ambiente	Gestión del Acceso de la Población a los Servicios de Salud.	Planificación de la Realización del Producto y/o Prestación del Servicio.	7.1.	Gestión de Planeación y Control	Direccionamiento Estratégico.	
		Procesos Relacionados con el Cliente	7.2.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	Modelo de Operación por Procesos (Misionales).
		Determinación de los Requisitos Relacionados con el Producto y/o Servicio.	7.2.1.	Información y Comunicación		
		Revisión de los Requisitos Relacionados con el Producto y/o Servicio.	7.2.2.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	Políticas de Operación.
		Adquisición de Bienes y Servicios	7.4.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	* Planes, Programas y Proyectos. * Modelo de Operación por Procesos.
		Proceso de Adquisición de Bienes y Servicios	7.4.1.			
		Información de la Adquisición de Bienes y Servicios	7.4.2.			* Modelo de Operación por Procesos. * Políticas de Operación.
		Verificación de los Bienes y Servicios Contratados.	7.4.3.			Indicadores de Gestión.
		Producción y Préstamo del Servicio.	7.5.	Control de Planeación y Gestión	*Direccionamiento Estratégico. * Administración de Riesgos de los Procesos.	
				Control de Evaluación y Seguimiento	* Autoevaluación Institucional * Auditoría Interna.	

Fuente. Las autoras.

Tabla 9

Matriz de correlación entre estándares de acreditación – NTC GP 1000:2009 y MECI- Continuación.

STÁNDARES DE ACREDITACIÓN		NORMA NTCGP 1000:2009		MECI		
FUNCIÓN	ACTIVIDAD	TÍTULO	NUMER-AL	MÓDULO DE CONTROL O ASPECTO TRANSVERSAL	COMPONENTE	ELEMENTO (\$)
		Control de la Producción y de la Prestación del Servicio.	7.5.1.	Control de la Planeación y Gestión.	* Direcciónamiento Estratégico. * Auditoría Interna.	
		Validación de los Procesos de Producción y de la Prestación del Servicio.	7.5.2.			* Indicadores de Gestión. * Talento Humano.
		Satisfacción del Cliente	8.2.1.	Control de Evaluación y Seguimiento	Autoevaluación Institucional.	
		Seguimiento y Medición de los Procesos.	8.2.3.	Control de Planeación y Gestión.	Direcciónamiento Estratégico	Indicadores de Gestión.
		Seguimientos y Medición del Producto y/o Servicio.	8.2.4.	Control de Evaluación y Seguimiento	Autoevaluación Institucional.	
		Control del Producto y/o Servicio No Conforme.	8.3.	Control de Evaluación y Seguimiento	Autoevaluación Institucional.	
		Análisis de Datos	8.4.	Controles.		
		Mejora	8.5.			
		Mejora Continua.	8.5.1.	Control de Evaluación.	Planes de Mejoramiento.	
		Acción Correctiva.	8.5.2.			
		Acción Preventiva.	8.5.3.			

Fuente. Las autoras.

Tabla 9

Matriz de correlación entre estándares de acreditación – NTC GP 1000:2009 y MECI- Continuación.

STÁNDARES DE ACREDITACIÓN		NORMA NTCGP 1000:2009		MECI		
FUNCIÓN	ACTIVIDAD	TÍTULO	NUMERAL	MÓDULO DE CONTROL O ASPECTO TRANSVERSAL	COMPONENTE	ELEMENTO (S)
	Salud Pública.	Enfoque al Cliente.	5.2.,	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	* Planes, Programas y Proyectos. * Modelo de Operación por Procesos. * Políticas de Operación.
		Planificación de la Realización del Producto y/o Prestación del Servicio.	7.1.	Gestión de Planeación y Control	Direccionamiento Estratégico.	
		Procesos Relacionados con el Cliente	7.2.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	Modelo de Operación por Procesos (Misionales).
		Determinación de los Requisitos Relacionados con el Producto y/o Servicio.	7.2.1.		Información y Comunicación	
		Revisión de los Requisitos Relacionados con el Producto y/o Servicio.	7.2.2.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	Políticas de Operación.
		Comunicación con el Cliente.	7.2.3.		Información y Comunicación	
		Planificación del Diseño y Desarrollo.	7.3.1.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	* Planes, Programas y Proyectos. * Modelo de Operación por Procesos. * Políticas de Operación.
		Elementos de Entrada para el Diseño y Desarrollo.	7.3.2.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	* Modelo de Operación por Procesos. * Políticas de Operación.
		Resultados del Diseño y Desarrollo	7.3.3.		Autoevaluación de Control y Gestión.	
		Revisión del Diseño y Desarrollo	7.3.4.		* Autoevaluación de Control y Gestión. * Indicadores de Gestión.	
		Verificación del Diseño y Desarrollo	7.3.5.		Información y Comunicación	

Fuente. Las autoras.

Tabla 9

Matriz de correlación entre estándares de acreditación – NTC GP 1000:2009 y MECI- Continuación.

STÁNDARES DE ACREDITACIÓN		NORMA NTCGP 1000:2009		MECI		
FUNCIÓN	ACTIVIDAD	TÍTULO	NUMER-AL	MÓDULO DE CONTROL O ASPECTO TRANSVERSAL	COMPONENTE	ELEMENTO (S)
		Validación del Diseño y Desarrollo	7.3.6.	Control de Planeación y Gestión	* Autoevaluación de Control y Gestión. * Indicadores de Gestión.	
		Control de los Cambios del Diseño y Desarrollo	7.3.7.		Información y Comunicación	
		Producción y Préstamo del Servicio.	7.5.		* Direcciónamiento Estratégico. * Administración de Riesgos de los Procesos.	
				* Autoevaluación Institucional. * Auditoría Interna.		
		Control de la Producción y de la Prestación del Servicio.	7.5.1.	Control de la Planeación y Gestión.	* Direcciónamiento Estratégico. * Auditoría Interna.	* Indicadores de Gestión. * Talento Humano.
		Validación de los Procesos de Producción y de la Prestación del Servicio.	7.5.2.			
		Satisfacción del Cliente	8.2.1.	Control de Evaluación y Seguimiento	Autoevaluación Institucional.	Indicadores de Gestión.
		Seguimiento y Medición de los Procesos.	8.2.3.	Control de Planeación y Gestión.	Direccionamiento Estratégico	
				Control de Evaluación y Seguimiento	Autoevaluación Institucional.	
		Seguimientos y Medición del Producto y/o Servicio.	8.2.4.	Control de Evaluación y Seguimiento	Autoevaluación Institucional.	Controles.
		Control del Producto y/o Servicio No Conforme.	8.3.	Control de Evaluación y Seguimiento	Autoevaluación Institucional.	
		Análisis de Datos	8.4.	Control de Evaluación.	Planes de Mejoramiento.	
		Mejora	8.5.			
		Mejora Continua.	8.5.1.			
		Acción Correctiva.	8.5.2.			
		Acción Preventiva.	8.5.3.			

Fuente. Las autoras.

Tabla 9

Matriz de correlación entre estándares de acreditación – NTC GP 1000:2009 y MECI- Continuación.

STÁNDARES DE ACREDITACIÓN		NORMA NTCGP 1000:2009		MECI		
FUNCIÓN	ACTIVIDAD	TÍTULO	NUMERAL	MÓDULO DE CONTROL O ASPECTO TRANSVERSAL	COMPONENTE	ELEMENTO (S)
	Financiamiento.	Requisitos Generales.	4.1.	Control de Planeación y Gestión	Direccionamiento Estratégico	* Modelo de Operación por Procesos.
						* Indicadores de Gestión.
		Enfoque al Cliente.	5.2.	Control de Planeación y Gestión.	Direccionamiento Estratégico.	* Políticas de Administración del Riesgo.
						* Identificación del Riesgo.
						* Análisis y Valoración del Riesgo.
						Planes de Mejoramiento.
		Política de Calidad	5.3.	Control de Planeación y Gestión.	Direccionamiento Estratégico.	Información y Comunicación
						* Planes, Programas y Proyectos.
						* Modelo de Operación por Procesos.
						* Políticas de Operación.
		Planificación Responsabilidad y Autoridad. Comunicación Interna. Gestión de los Recursos. Provisión de los Recursos. Diseño y Desarrollo.	5.4. 5.5.1. 5.5.3. 6. 6.1. 7.3.	Control de la Planeación y Gestión.	Direccionamiento Estratégico.	Acuerdo, Compromisos o Protocolos Éticos
						Información y Comunicación
						* Planes, Programas y Proyectos.
						* Modelo de Operación por Procesos.
						* Políticas de Operación.
						Planes, Programas y Proyectos.
						Estructura Organizacional.
				Control de Planeación y Gestión.	Direccionamiento Estratégico.	Planes, Programas y Proyectos.

Fuente. Las autoras.

Tabla 9

Matriz de correlación entre estándares de acreditación – NTC GP 1000:2009 y MECI- Continuación.

STÁNDARES DE ACREDITACIÓN		NORMA NTCGP 1000:2009		MECI				
FUNCIÓN	ACTIVIDAD	TÍTULO	NU-ME-RAL	MÓDULO DE CONTROL O ASPECTO TRANSVERSAL	COMPONENTE	ELEMENTO (S)		
		Revisión del Diseño y Desarrollo	7.3.4.	Control de la Planeación y Gestión.	* Autoevaluación de Control y Gestión. * Indicadores de Gestión.			
		Control de la Producción y de la Prestación del Servicio.	7.5.1.		* Direcciónamiento Estratégico. * Auditoría Interna.			
		Seguimiento y Medición de los Procesos.	8.2.3.	Control de Planeación y Gestión.	Direccionamiento Estratégico	Indicadores de Gestión.		
		Análisis de Datos	8.4.	Control de Evaluación y Seguimiento	Autoevaluación Institucional.			
		Mejora	8.5.					
		Mejora Continua.	8.5.1.					
		Acción Correctiva.	8.5.2.					
		Acción Preventiva.	8.5.3.					
		Apoyo a la Dirección Territorial en Salud.	Recursos Humanos	Talento Humano.	6.2.	Control de Planeación y Gestión	Talento Humano	Desarrollo del Talento Humano
				Competencia, Toma de Conciencia y Formación.	6.2.2.			
Mejora	8.5.			Control de Evaluación.	Planes de Mejoramiento.			
Mejora Continua.	8.5.1.							
Acción Correctiva.	8.5.2.							
Acción Preventiva.	8.5.3.							
Gerencia del Ambiente Físico	Infraestructura			6.3.	Información y Comunicación			
	Ambiente de Trabajo.			6.4.	Control de Planeación y Gestión.	*Direccionamiento Estratégico. * Talento Humano	Planes, Programas y Proyectos.	

Fuente. Las autoras.

4. Modelo de Gestión Integral de Calidad de la Secretaría de Salud Pública de Cali.

El presente capítulo estructura el Modelo de Gestión Integral de Calidad que estará formado por tres componentes, planteados por la Corporación de Calidad (1995). Componentes que se irán desarrollando dando cumplimiento al cuarto y quinto objetivo específico (Direccionamiento Estratégico y Procesos). El componente de Cultura Organizacional, orientado a la Calidad, para este caso, se ve reflejado en el componente de Direccionamiento Estratégico, como Políticas y Objetivos Estratégicos. El componente de Cultura Organizacional, para el presente trabajo de investigación, se incorpora en los componentes del Direccionamiento estratégico tales como: las Políticas, Objetivos Estratégicos y de la Calidad, principios y valores éticos propuestos para la SSPM, bajo los fundamentos conceptuales de Humberto Cantú y José Luis Trulokc. (Aldana, 2010).

- Dirección Estratégica.
- Procesos.
- Enfoque de Cultura Organizacional, orientado a la Calidad.

Para la definición del Modelo Integral de Gestión de Calidad de la SSPM se realiza una revisión y análisis de los resultados obtenidos en los tres primeros objetivos específicos con el fin de identificar las principales variables (legales, de grupos de interés, y de requerimientos de los sistemas de gestión que se abordan en el presente trabajo), a las que debe dar cumplimiento el modelo. Así mismo durante este ejercicio se hizo uso de los principios de la IAP y los resultados obtenidos bajo los mismos, se condujeron a través del método descriptivo, permitiendo detallar los resultados generados en cada etapa.

4.1.Componentes del direccionamiento estratégico.

.....Partiendo de los fundamentos teóricos se da inicio al desarrollo del primer componente del Modelo de Gestión Integral de Calidad, para lo cual en primera instancia se identifica la posición en el marco municipal de la organización objeto de estudio, encontrando que la Secretaría de Salud Pública de Cali, hace parte de la división administrativa de la Alcaldía de

Santiago de Cali y no posee niveles de descentralización; se debió realizar, inicialmente, la identificación del Decálogo de Valores, los Principios y Directrices Éticas, más la Misión de la Alcaldía de Santiago de Cali; con el objetivo de plantear el Direccionamiento Estratégico de la SSPM, de manera articulada con los propósitos generales de toda la entidad municipal. Actualmente la Secretaría de Salud Pública Municipal, atiende la Misión y Visión de la Alcaldía de Santiago de Cali): (Ver Anexo 2). A su vez, se realiza una revisión del Plan de Desarrollo Municipal, identificando la participación de la SSPM en las líneas y componentes que en éste se plantean (Ver Anexo 3).

Igualmente se retomaron los resultados obtenidos en las etapas anteriores, relacionados con las competencias legales, así como, la identificación y caracterización de grupos de interés y la correlación de los tres sistemas (Norma Técnica de Calidad NTC GP 1000:2009, MECI, Estándares de Acreditación), para asegurar que los elementos del Direccionamiento Estratégico respondieran a cada uno de éstos. Realizado el análisis de los resultados anteriormente obtenidos y algunos aspectos del direccionamiento estratégico de la organización, se abordó el siguiente ejercicio para la definición de la Misión de la SSPM:

Tabla 10.

Identificación del rol de la secretaría de salud pública de Cali.

Qué	Cómo	Para Qué	En Dónde	A Quién
Ejercer la rectoría de la salud pública	Mediante el ejercicio oportuno de la conducción, regulación, desempeño de las funciones esenciales en salud pública, modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento y la armonización de la prestación de los servicios, en el marco del sistema de la garantía de la calidad y los determinantes sociales y ambientales de la salud	Con el fin de contribuir con el mantenimiento y/o mejoramiento de las condiciones de salud y calidad de vida de la población.	En el Municipio de Santiago de Cali	La población de Santiago de Cali

Fuente. Las autoras..

4.1.1. Misión.

La Secretaría de Salud Pública de Cali ejerce la rectoría del sistema de salud local, con un equipo humano comprometido socialmente; para contribuir con el mantenimiento y/o mejoramiento de las condiciones de salud y calidad de vida de la población; mediante el desempeño de las funciones esenciales en salud pública y la armonización de la prestación de los servicios; en el marco del sistema de la garantía de la calidad, los determinantes sociales y ambientales de la salud; obteniendo a través de nuestras acciones el compromiso de diferentes actores y sectores con la salud e impactando en el mejoramiento continuo de las entidades que hacen parte del sistema.

4.1.2. Visión.

Para el año 2021, la Secretaría de Salud Pública de Cali, será reconocida en el ámbito regional, nacional e internacional; por sus Niveles Superiores de Calidad, en el desarrollo de sus responsabilidades como autoridad sanitaria, asumiendo el compromiso de trabajar por el respeto a la vida, promover la dignidad humana en el cuidado de la salud, la participación y el control social.

4.1.3. Factores claves de éxito.

Los factores claves de éxito se determinaron teniendo en cuenta aquellos elementos que permiten asegurar el cumplimiento de la Misión y la Visión.

Tabla 11

Factores claves de éxito.

Qué	Cómo	Para Qué	En Dónde	A Quién
Ejercer la Rectoría de la Salud Pública	Mediante el ejercicio oportuno de la conducción, regulación, desempeño de las funciones esenciales en salud pública, modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento y la armonización de la prestación de los servicios, en el marco del sistema de la garantía de la calidad y los determinantes sociales y ambientales de la salud	Con el fin de contribuir con el mantenimiento y/o mejoramiento de las condiciones de salud y calidad de vida de la población.	En el Municipio de Santiago de Cali	La población de Santiago de Cali

Fuente: Las autoras.

Tabla 11

Factores claves de éxito – Continuación.

Qué	Cómo	Para Qué	En Dónde	A Quién
FCE	FCE	FCE	FCE	FCE
Talento Humano competente para el desarrollo de Funciones Esenciales en Salud y con compromiso social.	Aumento en la cobertura de acciones de conducción, regulación, desempeño de funciones esenciales, entre otros, frente a los diferentes actores del sistema de salud y otros actores que incidan en las condiciones de salud de la población. Oportunidad en el desarrollo de los diferentes servicios y productos.	El liderazgo sectorial, intersectorial y transectorial.	Cobertura de servicios en lo rural y lo urbano.	Orientación de planes, programas y proyectos, bajo enfoque diferencial, participación ciudadana y aumento del control social.

Fuente. Las autoras.

4.1.4. Principios y valores éticos.

La SSPM siendo una entidad adscrita a la Alcaldía de Santiago de Cali, debe adaptar su cultura organizacional a la declaración de principios y valores de esta última. Por lo cual, se realizó una revisión de los principios y valores éticos de la Alcaldía de Santiago de Cali, de los Principios Constitucionales y los componentes del Plan Decenal de Salud 2012 – 2021, a partir de ello se definieron los siguientes Principios y Compromisos Éticos para la Secretaría de Salud Pública de Cali, bajo un enfoque participativo:

4.1.4.1. Principios Éticos de la SSPM. Los Principios Éticos quedaron definidos en los siguientes:

- La salud es un Derecho.
- La satisfacción de los usuarios es la prioridad del Sistema de Gestión de Calidad.
- La equidad en los servicios de salud es prioridad para el desarrollo social y humano.
- La salud se construye a través de la participación de la sociedad, en las decisiones del Estado.

- La Salud Pública es corresponsabilidad de los diferentes actores y sectores de desarrollo del Estado y de la comunidad.
- Los niños, los ancianos, la juventud, la población vulnerable, las víctimas de la violencia, las madres cabezas de hogar, tienen especial atención en las Políticas, Planes y Programas de la Salud Pública.
- El desarrollo de proyectos y programas con enfoque de derechos, enfoque diferencial, de género, étnico, enfoque de ciclo de vida y poblacional es un imperativo para la SSPM.
- La generación de sinergias sectoriales, intersectoriales y transectoriales, tanto de orden público como privado son el eje fundamental para incidir en los determinantes sociales y ambientales de la salud de la población.
- La formación y el desarrollo integral del Talento Humano de la organización son el mayor input para generar niveles superiores de calidad en los servicios y productos que ofrecemos a los usuarios y grupos de interés.
- Los recursos públicos asignados para la salud son sagrados.

4.1.4.2. *Compromisos éticos.* Se identificaron los Valores Éticos, que guardan mayor relación con el contexto de la salud y se definieron los Compromisos Éticos frente a cada uno de ellos:

- **Equidad.** Los funcionarios de la Secretaría de Salud Pública de Cali, orientamos nuestras acciones hacia el desarrollo de condiciones de equidad en el sistema de salud de nuestro territorio, atendemos y prestamos servicios a nuestros usuarios de manera imparcial, con amabilidad, claridad frente a sus derechos y con criterio justo.

- **Participación.** En la Secretaría de Salud Pública de Cali, promovemos de manera permanente la participación social, tanto en procesos de planificación, como en desarrollo y evaluación de los productos y servicios que ofrecemos como autoridad sanitaria.
- **Transparencia.** Los funcionarios de la Secretaría de Salud Pública de Cali, generamos los controles necesarios para alcanzar los mayores niveles de eficiencia, en el manejo de los recursos públicos destinados para la salud y suministramos, sustentamos y comunicamos nuestras actuaciones a la comunidad y grupos de interés.
- **Inclusión.** Los funcionarios de la Secretaría de Salud Pública de Cali, reconocemos la diversidad étnica y cultural, incluyendo en nuestras acciones, métodos orientados con un enfoque diferencial.
- **Respeto.** La Secretaría de Salud Pública de Cali reconoce y valora las opiniones y expectativas de todos sus funcionarios, usuarios y partes interesadas, por ello implementa mecanismos de interacción que posibiliten la escucha y comprensión de éstas.
- **Responsabilidad.** Los funcionarios de la Secretaría de Salud Pública de Cali, reconocemos como nuestra mayor obligación el mejoramiento y/o mantenimiento de las condiciones de salud de la población y su satisfacción con los servicios y/o productos generados como autoridad sanitaria.
- **Servicio.** Los funcionarios de la Secretaría de Salud Pública de Cali, orientan sus competencias y compromiso hacia el desarrollo de una vocación de servicio permanente.

4.1.4.3. Políticas y objetivos estratégicos.

Las Políticas y Objetivos estratégicos se definieron en los siguientes:

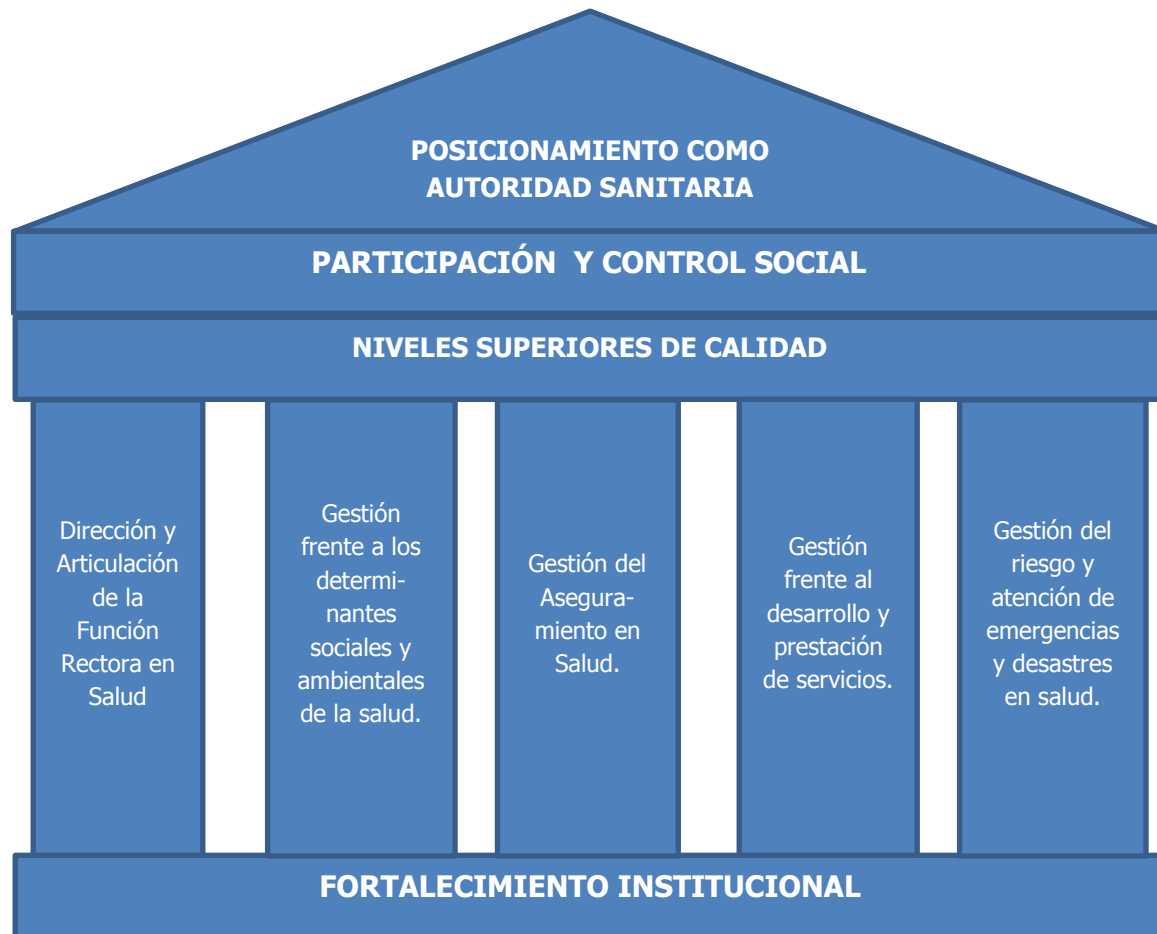


Gráfico 3.

Políticas y objetivos estratégicos. Fuente. Centro Nacional de Productividad. 2006. Recuperado el 6 de Marzo de 2014. <http://www.cnp.org.co/>

.....Las Políticas fueron acompañadas de sus respectivos objetivos funcionales, indicadores y metas, como se describen a continuación, cada Política representada en una matriz:

Tabla 12.

Política: Posicionamiento como autoridad sanitaria.

Objetivo Estratégico No.1	Objetivos Funcionales	Indicadores	Metas		
			2014 - 2015	2016- 2018	2019- 2021
Fortalecer la Rectoría de la Salud Pública en el municipio de Santiago de Cali mediante el ejercicio oportuno de la conducción, regulación, desempeño de las funciones esenciales en salud pública, modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento y la armonización de la prestación de los servicios, en el marco del sistema de la garantía de calidad en salud, con el fin de contribuir con el mantenimiento y/o mejoramiento de las condiciones de salud de la población.	Definir de manera participativa el Plan Sectorial de Salud, de acuerdo con parámetros y lineamientos del plan decenal de la nación	Disminución y o mantenimiento de tasas de morbi-mortalidad evitable en prioridades de salud, definidas nacionalmente.	X		
	Definir objetivos, indicadores, programas y proyectos a corto, mediano y largo plazo.		X		
	Diseñar plan para el fortalecimiento de la gestión financiera, en lo referente a administración del fondo local de salud.		X		
	Incorporar objetivos y metas del Plan Sectorial de Salud en el Plan de Desarrollo Municipal 2016 – 2020.			X	
	Implementar planes, proyectos y programas de corto, mediano y largo plazo.			X	X
	Establecer parámetros y mecanismos de seguimiento y control a los planes, proyectos y programas, definidos para el posicionamiento como autoridad sanitaria.			X	X
	Establecer mecanismos de evaluación frente a la implementación de las funciones esenciales en salud pública.			X	X
	Definir acciones preventivas, correctivas y de mejora frente a planes, proyectos y programas, definidos para el posicionamiento como autoridad sanitaria.		X	X	X

Fuente. Las autoras.

Tabla 13

Política: Participación y control social.

Objetivo Estratégico No.2	Objetivos Funcionales	Indicadores	Metas		
			2014 - 2015	2016- 2018	2019- 2021
Promover y fortalecer el control social y la participación de los ciudadanos en el sistema de salud, a través de la asistencia a las EPS e IPS en el desarrollo y aplicación de procesos de control social y la viabilización de espacios de participación ciudadana, con el fin de aumentar el cumplimiento de los derechos de la salud.	Asistir técnicamente a las EPS e IPS en la implementación de mecanismos de participación en salud y regular su funcionamiento.	Número de mecanismos de participación implementados en las EPS e IPS de acuerdo con exigencias de normatividad vigente.	X	X	X
	Diseñar e implementar mecanismos de participación ciudadana para la planificación, desarrollo y evaluación de planes, proyectos y programas de salud.	Número de mecanismos de participación diseñados e implementados en cada zona o territorio de Santiago de Cali.	X	X	X
	Identificar y favorecer la conformación de grupos comunitarios para fortalecer el control social.	Caracterización de grupos comunitarios.	X	X	X
	Promover en la comunidad la participación social.	Número de grupos comunitarios conformados y organizados en cada zona o territorio de Santiago de Cali.	X	X	X
	Capacitar a la ciudadanía en mecanismos de participación, control y veeduría en salud.	Aumento anual del 10% de ciudadanos involucrados en procesos de participación ciudadana y/o control social.	X	X	X

Fuente. Las autoras.

Tabla 14

Política: Niveles superiores de calidad.

Objetivo Estratégico No.3	Objetivos Funcionales	Indicadores	Metas		
			2014 - 2015	2016- 2018	2019- 2021
Establecer e implantar el sistema de gestión de calidad y control interno de la SSPM para fortalecer el ejercicio de la función rectoría en salud y mantener la satisfacción de los usuarios y partes interesadas.	Definir y documentar los procesos y procedimientos bajo un enfoque sistémico facilitando la prestación de servicios de manera oportuna ágil y de acuerdo con fundamentos legales.	Requisitos de la norma técnica de calidad y elementos del Modelo Estándar de Control Interno implementados Certificación en calidad por parte de un ente certificador acreditado. Niveles de satisfacción del usuario superiores al 95%.	X		
	Planificar la prestación de servicios o desarrollo de productos, conforme a las necesidades y expectativas actuales y futuras de nuestros usuarios y partes interesadas.		X	X	X
	Desarrollar sistemas de información, comunicación interna y campañas educativas que faciliten la generación de una cultura organizacional orientada a la calidad y la satisfacción del usuario.		X		
	Definir la estructura organizacional y los niveles de responsabilidad orientando a la organización la misma hacia la optimización del enfoque por procesos.		X		
	Garantizar el ingreso y desarrollo de competencias del talento humano acorde con los principios y valores éticos de la organización y las habilidades y destrezas requeridas para la prestación de servicios y productos como autoridad sanitaria.		X	X	X
	Planificar el desarrollo eficiente de infraestructura física y de sistemas de información y de la producción documental.		X		
	Identificar los puntos críticos de control de cada procedimiento y determinar planes de control operacional.		X		
	Evaluar la eficacia de los planes de control operacional.		X	X	X
	Evaluar la eficacia de los mecanismos de seguimiento y evaluación a los planes, proyectos y programas de rectoría en salud.		X	X	X

Fuente. Las autoras.

Tabla 15

Política: Dirección y articulación de la función rectora en salud.

Objetivo Estratégico No.4	Objetivos Funcionales	Indicadores	Metas		
			2014 - 2015	2016- 2018	2019- 2021
Conducir política y estratégicamente la producción social de la salud de los habitantes del Municipio de Santiago de Cali, a través de la articulación y coordinación para la gestión de las funciones esenciales de salud pública, con el fin de desarrollar, fortalecer y optimizar la capacidad rectora de la Secretaría de Salud Pública de Cali.	Desarrollar procesos de producción de conocimiento en salud y análisis de la situación de salud en el territorio.	Documento de análisis de situación en salud y evidencias en salud de carácter clínico y técnico.	X	X	X
	Definir y direccionar políticas en salud dentro del territorio de acuerdo con lineamientos y fundamentos de orden nacional e internacional.	Políticas y directrices adoptadas, adaptadas y divulgadas entre los diferentes actores que inciden en la salud de la población.	X	X	X
	Coordinar de manera sectorial, intersectorial y transectorial, la incorporación de políticas y/o acciones en los planes y programas de los diferentes actores o sectores que inciden en la salud de la población.	Número de políticas o acciones en salud incorporadas y/o implementadas de forma sectorial, intersectorial o transectorial según corresponda.	X	X	X
	Evaluar el nivel de apropiación de políticas y lineamientos por parte de los diferentes actores o sectores que inciden en la salud de la población.			X	X

Fuente. Las autoras.

Tabla 16

Política: Gestión frente a los determinantes sociales y ambientales de la salud.

Objetivo Estratégico No.5	Objetivos Funcionales	Indicadores	Metas		
			2014 - 2015	2016- 2018	2019- 2021
Definir y conducir en el Municipio de Santiago de Cali una gestión inter e intrasectorial con actores responsables de la intervención efectiva y positiva de los determinantes sociales y ambientales en salud, con el fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población.	Identificar y analizar la relación existente entre determinantes sociales y ambientales que inciden en las condiciones de salud de la población, bajo un enfoque de gestión del riesgo en salud.	Análisis de riesgos sobre la salud de acuerdo a cada territorio del municipio.	X		
	Establecer perfil epidemiológico por cada prioridad en salud.	Perfil epidemiológico actualizado anualmente por cada prioridad en salud.	X	X	X
	Evaluar cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud más importantes de abordar, de acuerdo con las dimensiones prioritarias de la salud.	Planes de intervención a corto, mediano y largo plazo, de acuerdo con prioridades de la salud y factores de riesgo identificados.	X	X	X
	Proyectar niveles específicos de intervención de manera sectorial, intersectorial y transectorial, orientados a la promoción de hábitos y entornos saludables, prevención de enfermedades, asistencia técnica y vigilancia a prestadores de servicios de salud e inspección, vigilancia y control de riesgos sanitarios del ambiente.		X	X	X

Fuente. Las autoras.

Tabla 17

Política: Gestión del aseguramiento en salud.

Objetivo Estratégico No.6	Objetivos Funcionales	Indicadores	Metas		
			2014 - 2015	2016- 2018	2019- 2020
Facilitar el acceso y permanencia al sistema general de seguridad social en salud de la población pobre del Municipio de Santiago de Cali, a través de la promoción de la afiliación, la administración de las bases de datos, la cofinanciación de recursos para la afiliación, auditoría al cumplimiento de las obligaciones de las EPS-S frente a los usuarios y la gestión para la atención de la población pobre no asegurada, con el fin de lograr la universalización del aseguramiento a la salud.	Identificar la población pobre no asegurada	Población pobre y asegurada atendida.	X	X	X
	Generar planes específicos de promoción de la afiliación, teniendo en cuenta el enfoque diferencial.		X	X	X
	Gestionar los recursos financieros para asegurar la prestación de servicios de baja complejidad a la población pobre no asegurada.		X	X	X
	Evaluar a los prestadores de servicios de salud IPS – EPS-S, con el fin de asegurar la calidad y accesibilidad en la prestación de servicios a la población pobre no asegurada.		X	X	X
	Definir prioridades de intervención de acuerdo con los perfiles epidemiológicos y factores de riesgo de cada población y/o territorio, para que sean involucrados en los convenios o contratos de aseguramiento en salud		X	X	X

Fuente. Las autoras.

Tabla 18

Política: Gestión frente al desarrollo y prestación de servicios.

Objetivo Estratégico No.7	Objetivos Funcionales	Indicadores	Metas		
			2014 - 2015	2016- 2018	2019- 2020
Cumplir y verificar la aplicación de la política nacional de prestación de servicios en salud y el sistema obligatorio de la garantía de la calidad en el Municipio de Santiago de Cali, a través de la asistencia técnica, inspección y vigilancia a las instituciones de servicios de salud; y la articulación de actores del sistema general de seguridad social en salud, con el fin de que se facilite la accesibilidad, la calidad y eficiencia en la prestación de servicios a la población	Ampliar la cobertura en acciones de inspección y vigilancia a las IPS subsidiadas y contributivas, para verificar y gestionar el cumplimiento de la política nacional de prestación de servicios en salud.	Aumento en el número de auditorías a las IPS subsidiadas y contributivas, para verificar y gestionar el cumplimiento de la política nacional de prestación de servicios en salud.	X	X	X
	Articular con el departamento y con la superintendencia de salud, acciones de control, frente a incumplimientos reiterativos en la aplicación de la política nacional de prestación de servicios por parte de las EPS e IPS.	Convenios interadministrativos u acciones conjuntas para el control en salud.	X	X	X
	Analizar el comportamiento de la oferta y la demanda de los servicios de salud	Diagnostico situacional de oferta y demanda de servicios de la salud.	X		
	Definir con la participación de actores del sector (EPS e IPS, otros), acciones para el mejoramiento de la oferta de servicios y de las acciones de referencia y contra-referencia.	Plan sectorial para el mejoramiento o creación de las redes de prestación de servicios de salud.	X	X	X
	Fortalecer la capacidad de gestión frente a requerimientos de los usuarios Vs. calidad y accesibilidad en servicios de salud.	Aumento del % de restitución de derechos en salud Vs. número de quejas presentadas.	X	X	X

Fuente. Las autoras.

Tabla 19

Política: Gestión del riesgo y atención de emergencias y desastres en salud.

Objetivo Estratégico No. 8	Objetivos Funcionales	Indicadores	Metas		
			2014 - 2015	2016- 2018	2019- 2020
Asegurar la capacidad de respuesta de los actores del sector salud frente a situaciones de emergencia y/o desastre, a través de la articulación y coordinación de acciones sectoriales, intersectoriales y comunitarias, para desarrollar procesos de conocimiento del riesgo, reducción del riesgo y preparación para la atención oportuna de emergencias y desastres y la recuperación pos-desastre.	Articular y coordinar los diferentes subsistemas de Sector Salud.	Plan sectorial de salud para la Gestión del Riesgo y Desastres de salud adoptado y evaluado anualmente. Protocolos de actuación u operación para el sector salud para la Gestión del Riesgo y manejo de desastres	X		
	Identificar los recursos humanos, técnicos, físicos, tecnológicos en salud, disponibles para acciones de respuesta operativa ante situaciones de emergencias y desastres.		X		
	Construir participativamente el Plan Sectorial de Salud para la Gestión del Riesgo y Desastres, y los protocolos de actuación y operación para el Sector Salud para la Gestión del Riesgo.		X		
	Evaluar y/o hacer seguimiento al cumplimiento de acciones y/o compromisos establecidos el Plan Sectorial de Salud para la Gestión del Riesgo y Desastres			X	X

Fuente. Las autoras.

Tabla 20

Política: Fortalecimiento institucional.

Objetivo Estratégico No. 9	Objetivos Funcionales	Indicadores	Metas		
			2014 - 2015	2016- 2018	2019- 2020
Orientar la organización hacia la modernización de su estructura organizacional, de la tecnológica y de la información, la infraestructura y recursos físicos y potenciar las competencias del talento humano de acuerdo con los objetivos de la SSPM y la organización.	Adecuar la estructura interna de trabajo de la SSPM, posibilitando la operación eficaz y eficiente del Modelo de Operación por Procesos.	Estructura interna de trabajo adoptada e implementada.	X		
	Asumir un rol propositivo y de gestor frente a la división administrativa de la Alcaldía de Santiago de Cali, que lidera los procesos de gestión del talento humano, abordando temas como plan carrera y aportando información con valor técnico sobre los cargos, competencias y perfiles específicos requeridos para el desarrollo de los procesos de salud pública.	Ajuste de manual de funciones y competencias laborales para cargos de la SSPM.	X		
	Diseñar e implementar programas de capacitación, gestión de conocimiento y relevo generacional.	Disminución de brechas entre la formación y competencias actuales del talento humano y las competencias y perfiles de los cargos requeridos.	X	X	X
	Fortalecer los programas de inducción y reinducción, con alcance para personal de planta y prestación de servicios.		X	X	X

Fuente. Las autoras.

Tabla 20

Política: Fortalecimiento institucional – Continuación.

Objetivo Estratégico No. 9	Objetivos Funcionales	Indicadores	Metas		
			2014 - 2015	2016- 2018	2019- 2020
Orientar la organización hacia la modernización de su estructura organizacional, de la tecnológica y de la información, la infraestructura y recursos físicos y potenciar las competencias del talento humano de acuerdo con los objetivos de la SSPM y la organización.	Fijar una dirección para la modernización de la estructura física, la plataforma Tecnológica y de la información de la Secretaría de Salud Pública de Cali, su crecimiento y desarrollo.	Plataforma tecnológica y de la información identificada, diseñada e implementada. Infraestructura física mejorada.	X	X	X
	Diseñar e implementar un programa de comunicación corporativa, donde las diferentes partes interesadas conozcan los propósitos de la organización y su rol frente al sistema de salud.	Programa de comunicación corporativa diseñado e implementado.	X	X	X
	Crear, estructurar e implantar una eficaz y eficiente gestión de Servicio al usuario, que estimule y fije el desarrollo y crecimiento de la Imagen corporativa y cultura de la calidad y servicio dirigida al cliente.	Evaluación de satisfacción al usuario en niveles superiores de acuerdo a escala de calificación.	X	X	X

Fuente. Las autoras.

4.1.5. Política y objetivos de calidad.

La presente Política se construyó realizando un análisis a la política de calidad de la Administración Central Municipal de Santiago de Cali y principios del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), haciendo aplicación de éstos frente a los propósitos y competencias legales de la SSPM.

4.1.5.1. Política de calidad.

La Secretaría de Salud Pública de Cali tiene como propósito contribuir con el mejoramiento y/o mantenimiento de las condiciones de salud de la población de Santiago de Cali; fortaleciendo su rol como Autoridad Sanitaria y Rector del sistema de salud dentro del territorio de su jurisdicción, orientando políticas públicas, generando movilización social, propiciando el aseguramiento universal y el mejoramiento en la aplicación de políticas nacionales de prestación de servicios en salud y cumpliendo dentro del marco legal con las necesidades y expectativas de los usuarios del sistema de salud. Por ello está comprometida a mejorar la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos del sistema integral de calidad y control, el desarrollo continuo de su talento humano, el fortalecimiento de las relaciones con los proveedores y diferentes grupos de interés y el mejoramiento de la estructura física, la plataforma tecnológica y de la información y la administración efectiva de los recursos de la salud, logrando impactar en la calidad de vida y la satisfacción social de los ciudadanos, siendo éstos, nuestra razón de ser. (Guerrero, 2012).

4.1.5.2. Objetivos de calidad. Para la construcción de los objetivos de calidad de la SSPM, se realizó el análisis del contexto estratégico de la Entidad, la identificación, valoración y análisis de los riesgos, hasta la consolidación del mapa de riesgos (**ver Anexo 4**), para lo cual se hizo uso de la metodología adoptada por la Entidad, la cual está centrada en las guías y lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Teniendo en

cuenta las causales de riesgo en términos de amenazas y debilidades, los factores claves de éxito, las políticas y objetivos estratégicos, se definieron los siguientes objetivos de calidad:

- Planificar las acciones de intervención al sistema de salud, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de ciudad, bajo un enfoque de determinantes sociales y ambientales, de gestión del riesgo, ciclo de vida, enfoque diferencial y con alta participación social.
- Fortalecer y aumentar la cobertura en la prestación de servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, aseguramiento en salud, asistencia técnica, inspección, vigilancia y control frente a los diferentes factores de riesgo, con el fin de generar mejores condiciones de atención en los servicios de salud y asegurar entornos más saludables a la población de Santiago de Cali.
- Fortalecer el liderazgo político y técnico hacia actores del sistema de salud, rectores de la salud de orden departamental, nacional e internacional y otros sectores, con el fin de lograr la planificación y desarrollo de acciones orientadas a la prevención y mitigación de riesgos que inciden en la salud de la población y sostenimiento del sistema.
- Proporcionar a nuestros usuarios internos y externos, y partes interesadas, servicios y productos de manera oportuna, generando altos niveles de satisfacción y estableciendo condiciones de confianza y respeto mutuo.
- Establecer una cultura de la calidad al interior de la SSPM y en su entorno inmediato, orientada al análisis de las necesidades y expectativas de los usuarios, el autocontrol, autorregulación y la mejora continua, alcanzando los mayores estándares de eficacia, eficiencia y efectividad en nuestros procesos.
- Velar porque el ingreso y el desarrollo del talento humano de la SSPM, esté fundamentado en el mérito, sea acorde con los objetivos y metas de la organización y cumpla con los parámetros legales de la función pública.

- Fortalecer nuestra relación con los proveedores a través de una adecuada selección, evaluación y retroalimentación.
- Fortalecer de manera permanente nuestra relación con los diferentes grupos de interés, a través del desarrollo y mejoramiento de canales de comunicación.
- Promover el desarrollo y mejoramiento continuo de la infraestructura física, la plataforma tecnológica, los sistemas de información y el manejo efectivo de la producción documental, con el fin de facilitar la gestión de la Entidad.
- Administrar efectivamente los recursos de la salud, garantizando el cumplimiento de objetivos de la Entidad y del Municipio.

4.2. *Mapa de Procesos.*

En espacios previos de discusión con el comité técnico se realizó la revisión de la existencia de un enfoque por procesos, y se identificó que la SSPM sólo tenía definido el proceso de Salud Pública como respuesta a un requerimiento del Departamento Administrativo de Planeación Municipal – DAPM. El cual estaba compuesto por los siguientes subprocesos: Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Aseguramiento en Salud e Inspección, Vigilancia y Control, éstos no se encontraban documentados en su totalidad, ni implementados. Se define que dichos subprocesos no estaban orientados al modelo de salud que plantea el Plan Decenal 2012 – 2021, ni actualizados con relación a las competencias legales vigentes.

Teniendo en cuenta que la Secretaría de Salud Pública de Cali, corresponde a una de las divisiones administrativas del sector social de la Alcaldía de Santiago de Cali y que ésta presenta un modelo administrativo de desconcentración de la gestión, más no de descentralización; el Modelo de Procesos (MP) de la SSPM debe responder a los parámetros establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad, específicamente al MP de la Alcaldía de Santiago de Cali, (**ver Anexo 5**), el cual integra a toda la organización.

Por lo anterior, la labor realizada con el Comité Técnico de la SSPM, se centró en analizar la aplicabilidad de los macroprocesos y procesos de la Alcaldía de Santiago de Cali en la Secretaría de Salud Pública de Cali y en cómo, a través del enfoque dado a los mismos, se puede

dar cumplimiento a las responsabilidades legales y parámetros establecidos en los estándares de acreditación. En el marco de las facultades entregadas por la Alcaldía de Santiago de Cali (Departamento Administrativo de Planeación Municipal de Cali) se redefinieron los procesos y procedimientos misionales que están bajo su competencia directa, obteniendo como resultado de ello, el siguiente Modelo de Operación por Procesos (ver Gráfico 4) fue diseñado bajo las actividades y metodologías descritas en la tabla #1 ubicada en el diseño metodológico:



Gráfico 6.

Mapa de macroprocesos secretaría de salud pública de Cali. Fuente: Modelo de gestión integral de calidad..

4.2.1. Descripción del mapa de procesos.

La orientación dada a cada uno de los macroprocesos y procesos definidos en el MP de la Secretaría de Salud Pública de Cali, se han diseñado hacia el cumplimiento de la Norma Técnica de Calidad NTCGP 1000:2009 y los Estándares de Acreditación en salud y Modelo Estándar de Control Interno MECI.

Con el fin de mejorar el rol de autoridad sanitaria sobre el territorio de su jurisdicción, estableciendo un modelo por procesos que permita a la Entidad y sus funcionarios alinear sus actividades en una sola dirección, de manera que estén orientadas a brindar productos y servicios de calidad y a lograr la satisfacción de los Grupos de Interés, en cumplimiento del Direccionamiento Estratégico previamente definido.

El Modelo de Procesos se identifica en cuatro tipos de macroprocesos y procesos y se establecen sus interrelaciones en la caracterización y/o documentación de cada uno de los ellos (La caracterización y los documentos soporte, reposan en los expedientes documentales de la Entidad, los cuales corresponden a documentos controlados por la misma (Secretaría de Salud Pública Municipal).

Con la posibilidad de su pertinente verificación en el momento requerido y bajo autorización previa, para apoyo del presente proceso académico. (Estratégico, Misional, de Apoyo, de Evaluación y Seguimiento), ver ejemplo en (Ver Anexo 6).

4.2.1.1. Macroproceso de orden estratégico y/o de dirección.

4.2.1.1.1. Macroproceso de direccionamiento estratégico. Su objetivo es establecer y coordinar los planes estratégicos y de comunicaciones, a través de la planificación y seguimiento a la gestión de los procesos, productos y/o servicios, abordando el análisis de necesidades y requerimientos de los usuarios; con el fin de orientar el marco de acción de la entidad y contribuir al desarrollo de un sistema de salud equitativo, sostenible y competitivo en el territorio de Santiago de Cali.

El Macroproceso cuenta con los siguientes procesos:

4.2.1.1.1.1. *Proceso planeación económica y social.* Tiene como objetivo planificar el ejercicio de rectoría en salud de manera participativa tanto con actores internos y externos, con el propósito de definir lineamientos, objetivos, metas, estrategias y acciones que conduzcan al mejoramiento y/o mantenimiento de las condiciones de salud de la población.

Tabla 21

Proceso Planeación económica y social.

Proceso	Subproceso	Procedimientos	Productos
Planeación Económica y Social	Planeación social de la salud	Elaboración de plan sectorial de salud	Plan sectorial de salud diseñado y evaluado.
		Definición de objetivos, metas e indicadores para plan de desarrollo municipal.	Objetivos, metas e indicadores en salud articulados con otros sectores del desarrollo y evaluados, de acuerdo a parámetros del Departamento Administrativo de Planeación Municipal
		Elaboración de planes de acción	Plan de acción anual definido y evaluado.
	Planeación Estratégica Financiera	Administración del Banco de Proyectos	Proyectos diseñados, validados y bajo seguimiento y evaluación.
		Elaboración del Plan Financiero	Plan financiero anual.
		Elaboración del Plan Operativo Anual de Inversiones	Plan Operativo Anual de Inversiones definido y sustentado.

Fuente. Las autoras.

4.2.1.1.1.2. *Proceso planeación institucional.* Tiene como objetivo planear, evaluar y controlar el desarrollo institucional de acuerdo con los objetivos, metas y estrategias de la Entidad, con el fin de contribuir al desarrollo de estándares superiores de calidad en los procesos de rectoría en salud.

Tabla 22

Proceso planeación institucional.

Proceso	Subproceso	Procedimientos	Productos
Planeación Institucional	Planeación Organizacional	Diseño, implementación y seguimiento de los Sistemas de Gestión y control integrados	Sistema de gestión y control implementado y evaluado
		Elaboración y seguimiento al plan de infraestructura física y tecnológica organizacional.	Plan de infraestructura física y tecnológica organizacional diseñado y evaluado.
		Administración del Riesgo	Mapa de riesgos diseñado, implementado y evaluado.
		Identificación y registro y racionalización de Trámites y Servicios	Hojas de vida de trámite registradas en el Sistema Único de Información de trámites y plan de racionalización de trámites definido y evaluado.,
	Planeación del Talento Humano	Identificación de planta de cargos requerida y, diseño y/o ajuste de manual de funciones, requisitos y competencias	Planta de cargos definida Manual de funciones, requisitos y competencias
		Elaboración Plan de Cobertura del Talento Humano	Plan de Cobertura del Talento Humano

Fuente. Las autoras.

4.2.1.1.1.3. *Proceso comunicación pública.* Tiene como objetivo generar confianza y conocimiento frente a la organización con los públicos internos y externos manteniendo los flujos de comunicación, con el fin de garantizar el logro de los propósitos misionales y la transparencia frente a la gestión de la salud en el territorio.

Tabla 23

Proceso comunicación pública.

Proceso	Subpro-Ceso	Procedimientos	Productos
Comunicación Pública	Comunicación Organizacional	Realizar diagnóstico de percepción interna de comunicación	Diagnóstico de percepción interna de comunicación anual
		Diseñar y ejecutar plan estratégico de comunicación organizacional	Plan Estratégico de Comunicación Organizacional diseñado y ejecutado.
		Desarrollo de Eventos o campañas Institucionales	Programa de Eventos o Campañas Institucionales desarrolladas.
		Desarrollo de información y boletines para intranet e internet.	Boletines e información publicada en intranet e internet.
		Producción de materiales impresos para comunicación organizacional.	Materiales impresos para comunicación organizacional diseñados y divulgados.
	Comunicación Informativa	Elaboración y actualización de manual estratégico de comunicación informativa y protocolo.	Manual Estratégico de Comunicación Informativa y Protocolo adoptado y divulgado.
		Cubrimiento de eventos y desarrollo de las noticias o boletines informativos.	Boletines de prensa y noticias difundidas a través de diferentes medios de información.
		Realización de ruedas de prensa y agendas de medios.	Ruedas de prensa y agendas de medios realizadas.
		Apoyo en la realización de rendición de cuentas, informes de avance de gestión a la comunidad y/o participación comunitaria.	Apoyo logístico a espacios de rendición de cuentas y espacios de participación comunitaria.
		Diseño, revisión y elaboración de piezas comunicativas.	Piezas comunicativas. diseñadas

Fuente. Las autoras.

4.2.1.2. Macroprocesos misionales.

4.2.1.2.1. *Macroproceso de desarrollo social.* En el marco de este macroproceso la SSPM desarrollará acciones frente a dos procesos, los cuales son Servicio de Salud Pública y Servicios Públicos Domiciliarios, los cuales fueron definidos de la siguiente forma:

4.2.1.2.1.1. *Proceso de Servicio de salud pública.* Tiene como objetivo ejercer la Rectoría de la Salud Pública en el municipio de Santiago de Cali, mediante el ejercicio oportuno de la conducción, regulación, desempeño de las funciones esenciales en salud pública, modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento y la armonización de la prestación de los servicios, en el marco del sistema de la garantía de calidad y los determinantes sociales y ambientales de la salud, con el fin de contribuir con el mantenimiento y/o mejoramiento de las condiciones de salud de la población. El proceso de Salud Pública se estructura bajo el esquema de cuatro subprocesos, los cuales están orientados al cumplimiento de los cuatro primeros pilares de la política y objetivos estratégicos previamente definidos:

4.2.1.2.1.1.1. *Subproceso articulación y coordinación de la función rectora en salud.* Tiene como objetivo conducir política y estratégicamente la producción social de la salud de los habitantes del Municipio de Santiago de Cali, a través de la articulación y coordinación para la gestión de las funciones esenciales de salud pública, con el fin de desarrollar, fortalecer y optimizar la capacidad rectora de la Secretaría de Salud Pública de Cali.

Tabla 24.

Subproceso articulación y coordinación de la función rectora en salud.

Proceso	Subproceso	Procedimiento	Productos
Servicio de Salud Pública	Articulación y coordinación de la función rectora en salud	Producción y gestión del conocimiento en salud con enfoque en determinantes sociales y ambientales	Documento ASIS (Análisis de situación Integral de la Salud). Documentos de evidencias en salud de carácter clínico, ambiental y colectivo. Acciones de transferencia de conocimiento.
		Adoptar, adaptar y proponer políticas en salud pública.	Directrices y políticas públicas en salud adoptadas y adaptadas en concordancia con las políticas nacionales
		Articulación de la Asistencia técnica, la Inspección, Vigilancia, Control en salud y la estrategia de atención primaria (APS) en salud.	Plan de asistencia técnica y de inspección, vigilancia y control en salud, en el marco de la APS gestionado (Cronograma de Trabajo)

Fuente. Las autoras.

4.2.1.2.1.1.2. *Subproceso gestión sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud.* Tiene como objetivo definir y conducir en el Municipio de Santiago de Cali una gestión inter e intrasectorial con actores responsables de la intervención efectiva y positiva de los determinantes sociales y ambientales en salud, con el fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población.

Tabla 25

Subproceso gestión sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud.

Proceso	Subproceso	Procedimiento	Productos
Servicio de Salud Pública	Gestión sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud	Asistencia técnica frente al cumplimiento de los protocolos y guías de atención y normas técnicas de salud pública	Programa de asistencia técnica en las dimensiones prioritarias y transversales en salud pública formulado y gestionado
		Gestión de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el marco de las prioridades en salud.	Programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de las prioridades en salud pública
		Vigilancia del comportamiento de eventos de interés en salud pública.	Sistema de Vigilancia en salud implementado
		Gestión para la promoción de entornos saludables.	Programa planeado y ejecutado de entorno saludable y seguro
		Gestión para la prevención de enfermedades de interés en salud ambiental.	Programa planeado y ejecutado de prevención de enfermedades de interés en salud ambiental.
		Inspección, Vigilancia y Control (IVC) de factores de riesgo sanitarios y del ambiente	Programa planeado y ejecutado de IVC (Inspección, Vigilancia y Control) de riesgos sanitarios del ambiente

Fuente. Las autoras.

4.2.1.2.1.1.3. *Subproceso gestión del aseguramiento en salud.* Tiene como objetivo facilitar el acceso y permanencia al sistema general de seguridad social en salud de la población pobre del Municipio de Santiago de Cali, a través de la promoción de la afiliación, la administración de las bases de datos, la cofinanciación de recursos para la afiliación, auditoría al cumplimiento de las obligaciones de las EPS-S frente a los usuarios y la gestión para la atención de la población pobre no asegurada, con el fin de lograr la universalización del aseguramiento a la salud.

Tabla 26.

Subproceso gestión del aseguramiento en salud.

Proceso	Subproceso	Procedimiento	Productos
Servicio de Salud Pública	Gestión del aseguramiento en salud	Administración Integral de bases de datos del aseguramiento.	Bases de datos del régimen subsidiado. Bases de datos de Población Pobre No Asegurada (PPNA) (población susceptible de afiliar)
		Verificación y seguimiento al flujo de recursos.	Verificación y flujo de recursos de cofinanciación del sistema de afiliación al régimen subsidiado.
		Promoción de la afiliación al Sistema General De Seguridad Social en Salud (SGSSS).	Programa de promoción de la afiliación al SGSS planeado y ejecutado.
		Auditoría al régimen subsidiado.	Plan de auditoría anual a EPS del régimen subsidiado (EPS-S) diseñado y ejecutado.
		Gestión para la prestación de servicios de salud para la Población Pobre No Asegurada (PPNA).	Población pobre y vulnerable no asegurada con garantía de atención en salud.

Fuente. Las autoras.

4.2.1.2.1.1.4. *Subproceso gestión de desarrollo y prestación de servicios de salud.* Tiene como cumplir y verificar la aplicación de la política nacional de prestación de servicios en salud y el sistema obligatorio de la garantía de la calidad en el Municipio de Santiago de Cali, a través de la asistencia técnica, inspección y vigilancia a las instituciones de servicios de salud; y la articulación de actores del sistema general de seguridad social en salud, con el fin de que se facilite la accesibilidad, la calidad y eficiencia en la prestación de servicios a la población.

Tabla 27

Subproceso gestión de desarrollo y prestación de servicios de salud.

Proceso	Subproceso	Procedimiento	Productos
Servicio de Salud Pública	Gestión de Desarrollo y Prestación de Servicios de Salud	Seguimiento a la implementación de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.	Programa diseñado y ejecutado de Auditoría de implementación de la política nacional de prestación de servicios en las IPS
		Gestión frente a los requerimientos de los ciudadanos con relación a la accesibilidad y calidad, en la prestación de servicios en salud.	Documento de análisis sobre la accesibilidad y calidad en la prestación de servicios de salud.
		Gestionar las redes integradas de servicios en salud.	Modelo de Redes integradas de servicios en salud.
		Asistencia técnica al componente financiero de las ESE.	Certificado de validación de los estados financieros de las ESE.

Fuente. Las autoras.

4.2.1.2.1.2. *Proceso de servicios públicos domiciliarios.*El presente proceso es liderado por el Departamento Administrativo de Planeación Municipal, pero dentro del mismo la Secretaría de Salud Pública de Cali identificó un subproceso, frente al cual tiene plena autoridad y competencia por responsabilidades delegadas por el Concejo Municipal de Cali.

4.2.1.2.1.2.1 *Subproceso de mejoramiento de la cobertura y calidad en la prestación de servicios de agua potable y saneamiento básico en la zona rural.* Tiene como objetivo ampliar cobertura y eficiencia en la prestación de servicios de abasto de agua para consumo y de remoción de aguas residuales domésticas, para contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes de la zona rural del Municipio de Santiago de Cali.

Tabla 28

Subproceso de mejoramiento de la cobertura y calidad en la prestación de servicios de agua potable y saneamiento básico en la zona rural.

Proceso	Subproceso	Procedimiento	Producto
Servicios Públicos domiciliarios	Mejoramiento de la Cobertura y Calidad en la Prestación de Servicios de Agua Potable y Saneamiento Básico en la Zona Rural:	Formulación y ejecución del plan de inversiones de agua potable y manejo de agua residuales para la población de la zona Rural del municipio de Santiago de Cali	Sistemas de abasto de agua o remoción de aguas residuales mejorados. Sistemas de abasto de agua o remoción de aguas residuales construidas y entregadas a la comunidad. Bases de datos de los sistemas de acueducto y alcantarillado Memorias técnicas de diseños
		Sostenibilidad de los sistemas de abasto de agua de consumo humano y de remoción de aguas residuales domésticas en zona rural	Programa de sostenibilidad de los Sistemas de tratamiento para agua de consumo y aguas residuales en la zona rural de Cali formulado y ejecutado.

Fuente. Las autoras.

4.2.1.2.2. Macroproceso de participación social. En el marco de este macroproceso la SSPM desarrolla un proceso relacionado con la Participación Ciudadana, posibilitando el desarrollo de competencias de control social y participación, en las decisiones de las organizaciones del Estado y organizaciones del Sector Salud.

4.2.1.2.2.1. Proceso participación ciudadana y gestión comunitaria. Tiene como objetivo promover y fortalecer el control social y la participación de los ciudadanos en el sistema de salud, a través de la asistencia a las EPS e IPS en el desarrollo y aplicación de procesos de control social y la viabilización de espacios de participación ciudadana, con el fin de aumentar el cumplimiento de los derechos de la salud.

Tabla 29

Proceso de participación ciudadana y gestión comunitaria.

Proceso	Subproceso	Procedimiento	Productos
Participación Ciudadana y Gestión Comunitaria	Control Social en Salud	Asistencia técnica a las EPS e IPS en el desarrollo de mecanismos de participación social en salud	Plan de asistencia técnica para el fortalecimiento de los mecanismos de participación social en salud formulado y ejecutado
		Promover y facilitar el control social comunitario en salud	Plan de trabajo de capacitación y acompañamiento en control social diseñado y ejecutado
	Promoción de la Participación social	Gestión territorial para la participación social en salud	Población objetivo organizada y capacitada para realizar gestión comunitaria y social en salud

Fuente. Las autoras.

4.2.1.2.3. *Macroproceso de convivencia y seguridad.* En el marco de este macroproceso la SSPM desarrolla un proceso relacionado con la gestión del riesgo y atención de emergencias y desastres, el cual se desarrolla en coordinación con el Consejo Territorial de gestión del Riesgo y con otros actores del sector salud.

4.2.1.2.3.1. *Proceso de manejo integral del riesgo y atención de desastres.* A través de éste, se desarrolla el quinto pilar de las políticas y objetivos estratégicos, por lo cual tiene como objetivo:

Asegurar la capacidad de respuesta de los actores del sector salud frente a situaciones de emergencia y/o desastre, a través de la articulación y coordinación de acciones sectoriales, intersectoriales y comunitarias, para desarrollar procesos de conocimiento del riesgo, reducción del riesgo y preparación para la atención oportuna de emergencias y desastres y la recuperación pos-desastre.

Recuperado 25 Marzo 2014 de http://www.who.int/mental_health/media/paho_guia_planes_saludmental.pdf

Tabla 30

Proceso de manejo integral del riesgo y atención de desastres.

Proceso	Subproceso	Procedimiento	Productos
Manejo Integral del Riesgo y Atención de Desastres	No aplica	Gestión del riesgo de salud pública en emergencias y desastres	Plan sectorial para la Gestión del Riesgo y Desastres de salud.
			Protocolos de actuación u operación para el sector salud para la Gestión del Riesgo y manejo de desastres.
			Inventario de recursos disponibles en salud para la atención de emergencias y desastres en la ciudad
			Planes de contingencia para eventos específicos
			Directrices para el manejo de emergencias y desastres, fechas críticas y eventos en Salud Pública

Fuente. Las autoras.

4.2.1.3. Macroprocesos de apoyo. En el marco de este tipo de procesos se gestionan procedimientos de orden jurídico y administrativo, de hacienda pública, de gestión del talento humano y gestión tecnológica y de la información.

4.2.1.3.1. Macroproceso jurídico administrativo. Sus procesos están orientados a soportar administrativa y jurídicamente todas las actuaciones de la SSPM y mantener el buen funcionamiento de los recursos físicos requeridos, para su buen desempeño y la defensa de sus intereses.

4.2.1.3.1.1. Proceso de gestión jurídica. Tiene como objetivo asesorar jurídicamente al secretario y las diferentes divisiones administrativas de la Secretaría de Salud Pública de Cali y representar judicialmente al Municipio en aquellos asuntos que competen a la SSPM, para garantizar que sus actuaciones se desarrollen dentro de un marco de defensa de sus intereses y de respeto a los derechos de los particulares.

Tabla 31

Proceso de gestión jurídica.

Proceso	Subproceso	Procedimientos	Producto
Proceso de Gestión Jurídica	Defensa de los público	Defensa judicial en procesos en los que la SSPM actúa como demandante.	Alegato de conclusión. Oficio remisorio de notificación de fallo
		Defensa judicial en procesos en los que la SSPM actúa como demandado.	Información de experiencias y conclusiones de la Defensa de lo Público.
		Conciliación extrajudicial convocada por terceros	Acta de comité de conciliación
		Conciliación extrajudicial convocada por la SSPM.	Oficio remisorio de acuerdo conciliatorio con liquidación y requisitos para tramitar el pago
		Defensa Judicial en Acción de Tutela.	Oficio remisorio de notificación de fallo con liquidación y requisitos para tramitar el pago
	Soporte y Asesoría Jurídica	Emisión de concepto jurídico y proyecto de Acto Administrativo.	Contestación a acción judicial
		Asesoría Jurídica Contractual	Concepto Jurídico
		Difusión de Información Jurídica.	Concepto Jurídico y aprobación de Actos Administrativos para la contratación.
			Información jurídica difundida.

Fuente. Las autoras.

4.2.1.3.1.2. *Proceso adquisición de bienes, obras y servicios.* Tiene como objetivo brindar los lineamientos que garanticen que la adquisición de bienes, obras y servicios se lleve a cabo bajo la exigencias legales y cumpla con los principios de transparencia, economía, responsabilidad, mantenimiento de la ecuación contractual y del deber ser de la selección objetiva, con el fin de suplir una necesidad específica de la Secretaría de Salud Pública de Cali o de la comunidad del Municipio de Santiago de Cali.

Tabla 32

Proceso de adquisición de bienes, obras y servicios.

Proceso	Subproceso	Procedimientos	Productos
Proceso Adquisición de bienes, obras y servicios	Precontractual	Licitación Pública	Bien, Obra o Servicio adquirido
		Selección abreviada (Adquisición de bienes, obras y servicios de características técnicas uniformes y de común utilización).	
		Selección abreviada (menor cuantía)	
		Concurso de méritos.	
		Contratación directa	
		Mínima cuantía	
	Contractual	Administración contractual	Resultado de la evaluación de proveedores y de contratista
		Vigilancia y control al cumplimiento de los contratos de obra.	Resultado de la evaluación de contratos de obra.
		Vigilancia y control al cumplimiento de los contratos de prestación de servicios.	Resultado de la evaluación de contratos de prestación de servicios
		Modificación, adición y prórroga	Acto Administrativo de modificación, adición y/o prórroga
		Terminación anticipada	Acto Administrativo de terminación anticipada de contrato.
	Post- contractual	Liquidación del contrato	Acta de liquidación del contrato.
		Revaluación de proveedores y contratistas.	Informe de revaluación de proveedores y contratistas.

Fuente. Las autoras.

4.2.1.3.1.3. *Proceso administración de bienes inmuebles, muebles y automotores.*

Tiene como objetivo administrar y proveer los bienes Inmuebles, muebles y automotores a cargo de la Secretaría de Salud Pública de Cali, garantizando su protección patrimonial y su adecuada conservación, con el fin de facilitar el desarrollo de los procesos de la entidad.

Tabla 33

Proceso de administración de bienes inmuebles, muebles y automotores.

Proceso	Subproceso	Procedimientos	Productos
Proceso Administración de bienes inmuebles, muebles y automotores	Administra-ción de bienes muebles y automoto-res.	Reporte y reclamaciones de pólizas para bienes muebles y automotores.	Reportes oficiales de solicitud de póliza y/o reclamación.
		Ingreso y control de bienes muebles y automotores.	Bienes muebles ingresados y almacenados correctamente. Inventario de almacén, conciliado. Automotores con ficha de SAP generada.
		Levantamiento y actualización de inventarios de bienes muebles y automotores.	Listados de activos fijos, diligenciado en la toma física de inventarios. Conciliación de inventarios del aplicativo SAP. Actualización de los activos fijos, bienes muebles y automotores de la SSPM.
		Creación, modificación y visualización de datos maestros.	Número Único de Registro en Data Maestra de Gestión Financiera Territorial. Base de Datos depurada.
		Bajas de bienes muebles y automotores.	Acta de baja. Reporte de siniestro o novedad para la subdirección de Recurso Físico. Aplicativo SAP depurado en sus inventarios de bienes muebles y automotores.

Fuente. Las autoras.

Tabla 33

Proceso de administración de bienes inmuebles, muebles y automotores – Continuación.

Proceso	Subproceso	Procedimientos	Productos
Proceso Administración de bienes inmuebles, muebles y automotores	Administra-ción de bienes muebles y automoto-res.	Entrega de bienes muebles y automotores.	Acta de alta de almacén y activos fijos.
		Traslado por clases de activos para activar un bien mueble y automotor.	Registro de activos fijos de activación, adjunto al acta de alta de almacén.
		Traslado de bienes muebles y automotores.	Actualización de cuentas personales
		Exoneración de bienes muebles y automotores faltantes.	Acta de baja del bien mueble y automotor.
		Manejo y control de automotores y maquinaria.	Programación semanal del parque automotor. Informe de gasto de combustible.
		Entrega de bienes muebles y automotores en contrato de arrendamiento y/o comodato.	Contrato de arrendamiento y/o comodato legalizado.
		Mantenimiento preventivo y correctivo de bienes muebles y automotores.	Programa de Mantenimiento correctivo y preventivo de bienes muebles y automotores diseñado y ejecutivo.
	Administración de bienes inmuebles.	Ingreso de bienes inmuebles por compras y/o asignación de bienes a la SSPM.	Reporte de ingreso de bien inmueble de la propiedad de planta y equipo a la SSPM.
		Mantenimiento preventivo y correctivo de bienes inmuebles.	Programa de Mantenimiento correctivo y preventivo de bienes inmuebles y automotores diseñado y ejecutivo.

Fuente. Las autoras.

4.2.1.3.2 *Macroproceso de hacienda pública.* Está orientado a administrar el recurso financiero asignado desde la Administración Central Municipal, de acuerdo a sus diferentes fuentes de financiación y el Fondo Local de Salud, bajo principios de economía, eficiencia y eficacia en el gasto público.

4.2.1.3.2.1 *Proceso administración de tesorería.* Tiene como objetivo asegurar el adecuado manejo del recurso financiero asignado a la SSPM, a través de una adecuada gestión frente al pago de las obligaciones adquiridas y el plan anual de caja.

Tabla 34

Proceso administración de tesorería.

Proceso	Subproceso	Procedimientos	Productos
Administración de Tesorería	Administra-ción financiera	Administración el Plan Anual de Caja – PAC.	Certificado de disponibilidad presupuestal. Solicitud de reprogramación del PAC dirigido al Departamento de Administración de Hacienda Municipal. Reportes o informes de PAC.
	Administración de pagos	Pago a proveedores y contratistas	Cuentas con información completas para pago y comprobantes de egreso.
		Pagos de nómina – cargos Ley 715	Resolución de pagos nómina cargos Ley 715. Recursos en la cuenta de nómina del municipio.
		Pago y declaración de impuestos y deducciones del municipio de Santiago de Cali.	Deducciones causadas en el Fondo Local de Salud. Facturas y cuentas de cobro revisadas con remisorio a tesorería para la orden de pago.
		Gestionar los oficios de embargos y realizar certificaciones de no embargo y certificaciones de ingresos (Administración de pagos del régimen subsidiado).	Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP firmado. Liquidación de pago y notas contables. Información sobre embargo de entidades del régimen subsidiado.
	Conciliación de cuentas bancarias	Conciliación de cuentas bancarias.	Información bancaria cargada en el SAP. Archivos de conciliaciones bancarias por mes.

Fuente. Las autoras.

4.2.1.3.2.2. *Proceso contabilidad general.* Tiene como objetivo generar información financiera, contable y de costos, pertinente, oportuna, y acorde con la realidad de la Secretaría de Salud Pública de Cali, que sea útil para la toma de decisiones a través de la ejecución de los procedimientos que rigen la contabilidad pública y de un sistema que permita establecer de manera exacta la relación costo-beneficio de los productos y servicios generados.

Tabla 35

Proceso contabilidad general.

Proceso	Subproceso	Procedimientos	Productos
Contabilidad General.	Contabilización	Arqueo y reintegro de caja menor.	Oficio con novedades de caja menor y formato de arqueo de caja menor con visto bueno. Resolución de apertura y constitución de caja menor. Certificado de Disponibilidad Presupuestal CDP y Registro Presupuestal Contable - RPC.
		Causación de la nómina.	Comprobante de causación de la nómina y de la seguridad social de cargos de Ley 715.
		Facturación de proveedores y acreedores financieros y de bienes y servicios.	Contabilización de los pagos de los impuestos y las deducciones. Modificación de la cuenta.
		Devolución del mayor valor cobrado y cobre de impuestos no aplicados.	Actos administrativos y soportes de devolución y/o cobro.
		Ingresos	Comprobantes de causación de ingresos.
		Ajustes y re-clasificaciones.	Contabilidad del Fondo Local de Salud con ajustes.
		Consolidación de información y cierre contable.	Cierre del estado contable.

Fuente. Las autoras.

4.2.1.3.2.3. *Proceso gestión presupuestal.* Tiene como objetivo dar adecuado uso al recurso Financiero de la SSPM de Santiago de Cali, acorde con el equilibrio entre los ingresos y los gastos públicos que permita la sostenibilidad de las finanzas públicas en el mediano plazo; la asignación de los recursos, de acuerdo con la planeación financiera, la disponibilidad del ingreso y la utilización eficiente de los recursos en un contexto de transparencia.

Tabla 36.

Proceso gestión presupuestal

Proceso	Subproceso	Procedimientos	Productos
Gestión Presupuestal	Formulación de presupuesto	Anteproyecto de presupuesto, ingresos y gastos.	Anteproyecto de presupuesto sustentado.
	Ejecución presupuestal	Cierre presupuestal de la vigencia.	Modificaciones al presupuesto. Saldo de CDP y RPC. Traslados bancarios. Informe de gestión presupuestal.

Fuente. Las autoras.

4.2.1.3.3. *Macroproceso de gestión tecnológica y de la información.* Está orientado a desarrollar, implementar y mantener la plataforma tecnológica de la información y de las comunicaciones para garantizar la seguridad, integridad de los datos y la autenticidad de la información, haciendo confiable la ejecución y generación de datos e información de los procesos. Así como también a la logística e infraestructura física y tecnológica para la adecuada atención al usuario.

4.2.1.3.3.1. *Proceso de atención al usuario.* Tiene como objetivo garantizar la recepción, orientación y trámite oportuno de los derechos de petición o solicitudes, quejas y reclamos de los usuarios; acercándolos a los diferentes canales de atención, con el fin de lograr los más altos niveles de satisfacción, y obtener retroalimentación que permita identificar las necesidades y el grado de aceptación frente a los productos y/o servicios que brinda la SSPM de Santiago de Cali.

Tabla 37

Proceso de atención al usuario.

Proceso	Subproceso	Procedimientos	Productos
Atención al Usuario	No aplica	Recepción, direccionamiento y seguimiento de derechos de petición o solicitudes, quejas y reclamos del usuario.	Derechos de petición o solicitudes, quejas y reclamos del usuario, recepcionados y resueltos dentro de los términos legales.
		Medición de la percepción del usuario.	Informe diagnóstico de Percepción del Usuario.

Fuente. Las autoras.

4.2.1.3.3.2. *Proceso de gestión documental.* Tiene como objetivo garantizar la organización y el fortalecimiento de los archivos, dando cumplimiento a los lineamientos que expida el Archivo General del Municipio para asegurar la eficacia de la gestión archivística y la conservación del Patrimonio Documental de la SSPM de Santiago de Cali.

Tabla 38

Proceso de gestión documental.

Proceso	Subproceso	Procedimientos	Productos
Gestión Documental	No aplica	Elaboración de Tablas de Retención Documental TRD.	Tablas de Retención Documental - TRD ajustadas. Listas de chequeo de revisión documental por grupos de gestión.
		Administrar la gestión documental	Plan Anual Archivístico diseñado e implementado. Documentos conservados y digitalizados.
		Elaboración y presentación de las tablas de valoración documental.	Diagnóstico Integral de Fondos Acumulados de la SSPM (Internos y Externos) Archivo en condiciones óptimas para consulta o conservación permanente.
		Control de documentos y registros del Sistema de Gestión de Calidad.	Inventario de documentos y formatos del sistema de gestión de calidad. Programa Anual de Control de Registros del Sistema de Gestión de Calidad.

Fuente. Las autoras.

4.2.1.3.3.3. *Proceso de administración de tecnología de la información y comunicaciones (TIC).* Tiene como objetivo garantizar la disponibilidad de los sistemas de información de la SSPM de Santiago de Cali, para que se constituya en un Recurso Tecnológico de Calidad, administrando los recursos tecnológicos, infraestructura de datos y comunicaciones; definiendo y mejorando la arquitectura de información. Capacitar y apoyar a los usuarios de los subsistemas de información, para facilitar la participación e interacción entre la SSPM de Santiago de Cali y los usuarios.

Tabla 39

Proceso de administración de tecnología de la información y comunicaciones (TIC)

Proceso	Subproceso	Procedimientos	Productos
Administración de Tecnología de la Información y Comunicaciones (TIC)	Administración de recursos de tecnología de la información y comunicación.	Administración de la Red de Datos.	Red de Datos en funcionamiento. Equipos configurados.
		Administración de Bases de Datos.	Bases de Datos funcionando en óptimo rendimiento.
		Administración de Software y Específicos.	Diseño del Plan de Arquitectura de la Información. Software implementado.
		Administración de Servidores.	Servidores funcionales y disponibilidad de los datos.
		Administración Técnica del Canal Virtual	Canal Virtual actualizado, de acuerdo con lineamientos de Gobierno en Línea.
	Soporte Tecnológico	Asistencia a los Recursos TIC.	Solicitudes atendidas. Programa de Mantenimiento y Asistencia Técnica a los Recursos TIC, diseñado y ejecutado.

Fuente. Las autoras.

4.2.1.3.4. *Macroproceso de gestión del talento humano.* Está orientado a definir estrategias y parámetros para el ingreso, permanencia y el desarrollo de personal, con el fin de garantizar servidores públicos íntegros competentes, abiertos al cambio y comprometidos con el cumplimiento de los principios de la función pública; dentro del contexto de una gestión al servicio de la comunidad y de acuerdo con los lineamientos establecidos por las leyes vigentes.

4.2.1.3.4.1. *Proceso de gestión y desarrollo de talento humano.* Tiene como objetivo realizar el control, seguimiento y análisis del desarrollo de las competencias laborales de los servidores públicos de la SSPM y los factores que inciden en ello; con el fin de gestionar su desarrollo integral; facilitando la apropiación tanto individual como colectiva, con los propósitos, planes y programas de la organización; impactando en los principios de eficiencia, eficacia y efectividad.

Tabla 40

Proceso de gestión y desarrollo de talento humano.

Proceso	Subproceso	Procedimientos	Productos
Gestión y Desarrollo de Talento Humano.	Administración de los sistemas de evaluación de desempeño laboral	Evaluación del desempeño anual	Seguimiento y evaluación del desempeño laboral por empleado.
		Evaluación del desempeño en periodo de prueba	Reporte de calificación de evaluación de desempeño en periodo de prueba.
		Administración del Sistema de Evaluación del Desempeño Laboral	Análisis del desempeño laboral de los servidores públicos de la SSPM.
	Capacitación y Estímulos	Inducción y Reinducción	Programa de inducción y Reinducción diseñado y ejecutado.
		Capacitación	Proyectos de aprendizaje en equipo, formulados y gestionados.
		Fortalecimiento del clima organizacional	Diagnóstico de Clima organizacional. Plan de gestión de intervención.
		Gestión ética y cultura organizacional	Programa anual de gestión de ética y cultura organizacional diseñado y ejecutado. Programa de adaptación y readaptación laboral. Programa de desvinculación laboral asistida.
		Gestión del cambio organizacional	Programa de gestión del cambio. Diagnóstico de estilos de dirección y liderazgo.
		Recreación, deporte, cultura y arte.	Programa de recreación, deporte, cultura y arte diseñado y ejecutado

Fuente. Las autoras.

4.2.1.3.4.2. *Proceso de gestión de seguridad social integral.* Tiene como objetivo garantizar la Protección Social al Servidor Público; a través del aseguramiento al Sistema de Seguridad Social Integral, la promoción y prevención de la salud, con base en las políticas nacionales e institucionales, a fin de lograr el equilibrio bio-psicosocial y físico del Servidor Público y su grupo familiar.

Tabla 41

Proceso de gestión de seguridad social integral.

Proceso	Subproceso	Procedimientos	Productos
Gestión de Seguridad Social Integral.	Protección y Servicios Complementarios	Aseguramiento	Gestión del aseguramiento al sistema de seguridad social de los servidores públicos y funcionarios de la SSPM, frente a la autoridad competente.
	Seguridad Social y Salud en el Trabajo	Medicina preventiva del trabajo	Programa de Promoción y Prevención de la Salud. Asistencia de Primeros Auxilios.
		Higiene y seguridad industrial	Panorama de factores de riesgo. Plan de intervención de factores de riesgo.
		Permisos, inasistencia laboral y compensatorios.	Indicador de ausentismo.

Fuente. Las autoras.

4.2.1.3.4.3. *Proceso de liquidaciones laborales.* Tiene como objetivo controlar los recursos financieros asignados por la Nación, para pago de Nómina de Ley 715 en salud y reportar las novedades de nómina y horas extras a la autoridad competente de la Administración Central Municipal; con el fin de dar cumplimiento a la normatividad legal vigente.

Tabla 42.

Proceso de liquidaciones laborales.

Proceso	Subproceso	Procedimientos	Productos
Liquidaciones Laborales	No aplica	Entrega de novedades de nómina y horas extras.	Reporte de novedades de nómina y horas extras.
		Seguimiento y control a recursos de Ley 715 para pago de Nómina.	Recursos de Ley 715 en salud, para pago de Nómina, gestionados y controlados.

Fuente. Las autoras.

4.2.1.4. Macroprocesos de seguimiento y evaluación.

4.2.1.4.1. Macroproceso de control. Está orientado a evaluar, efectuar el seguimiento y verificar el cumplimiento de los objetivos y metas de la SSPM de Santiago de Cali, con el fin de facilitar la toma de decisiones que contribuyan al mejoramiento continuo de la gestión pública.

4.2.1.4.1.1. Proceso de mejoramiento continuo. Tiene como objetivo detectar y desarrollar métodos y herramientas de autoevaluación y autocontrol permanentemente, generando acciones de mejoramiento de tipo correctivo y preventivo que conlleven a optimizar el desempeño de la gestión de la SSPM de Santiago de Cali.

Tabla 43

Proceso de mejoramiento continuo.

Proceso	Subproceso	Procedimientos	Productos
Mejoramiento Continuo	No aplica	Plan Anual de autoevaluación	Acciones correctivas, preventivas y de mejora definidas por autoevaluación.
		Manejo de producto y/o servicio no conforme	Producto no conforme identificado, registrado y tratado de manera eficaz.
		Atención a requerimientos de entes de control y plan de mejoramiento por evaluación.	Acciones correctivas, preventivas y de mejora definidas por evaluación de entes externos.

Fuente. Las autoras.

4.3. *Presentación Gráfica del Modelo de Gestión Integral de Calidad de la Secretaría de Salud Pública de Cali.*

Para llegar a la construcción del presente Modelo, como se indica en el diseño metodológico, fue necesario abordar los principios de la metodología IAP para obtener la participación activa y los conocimientos técnicos en materia de salud por parte de los miembros claves de la organización y Expertos Técnicos. En las mesas de trabajo y reuniones se llevaron a cabo ejercicios de identificación, diseño, revisión y validación, los cuales estuvieron orientados a reflejar, en los componentes del Modelo, tanto las exigencias legales, las necesidades y expectativas de los grupos de interés y los requerimientos de los tres sistemas en mención. El proceso de validación conllevó a un análisis de Grupo (Comité Técnico, Expertos Técnicos y los autores) con el Secretario de Salud, que permitió identificar que el mapa de procesos definido y elementos del Direccionamiento Estratégico estuviesen alineados con la Misión y Visión definida para la SSPM durante este mismo proceso y por ende con los requisitos legales, de norma y los requisitos de los grupos de interés.

Durante este proceso los autores realizan una conducción de la metodología y logran la descripción de cada uno de los componentes y elementos del Modelo, finalizando con su representación gráfica que ilustra, en conjunto, los resultados alcanzados durante este ejercicio de investigación. Se puede observar en el gráfico # 5, que el Modelo toma como entradas principales para su desarrollo los requerimientos legales, de los usuarios o grupos de interés, los estándares de acreditación, la norma técnica de calidad y los requerimientos del sistema de control interno; generándose a partir de ellos un despliegue de gestión por procesos bajo un enfoque sistémico (el cual se ve reflejado en la caracterización de procesos y procedimientos) y soportado bajo el desarrollo de una cultura y ética organizacional orientada a la calidad, el control y un ejercicio dinámico de mejora continua, que busca alcanzar como organización niveles superiores de calidad, y con ello generar mayor satisfacción de los usuarios y partes interesadas, posicionamiento como autoridad sanitaria y mejorar las condiciones de salud de la población.

Cada uno de los procesos del presente Modelo están orientados a dar cumplimiento a los sistemas de gestión de manera integrada, puesto que responden a funciones y actividades de los estándares de acreditación y como se muestra en la matriz de correlación de estos tres sistemas (ver Tabla # 5), cada función y sus actividades guarda una relación con los requisitos de la

Norma Técnica de Calidad y el MECI. Por ello a continuación se presenta la relación entre los estándares y el mapa de procesos, como una forma de simplificar el ejercicio de validación realizado en las etapas anteriores:

Tabla 44

Relación de estándares de acreditación con mapa de procesos.

Relación de estándares de acreditación con mapa de procesos		
Funciones de Acreditación	Actividades de Estándares de Acreditación	Macroprocesos y procesos del Modelo
Función Política	Direccionamiento del Sistema de Salud	Proceso Servicio de Salud Pública (Subproceso de Articulación de la Función Rectora en Salud)
	Gerencia del Sistema de Salud	Todo el proceso de Servicio de Salud Pública.
	Control al Sistema	Direccionamiento Estratégico (Planeación Económica y Social)
	Fortalecimiento del Sistema	Todo el proceso de Servicio de Salud Pública y el proceso de Manejo Integral del Riesgo y Atención de Desastres en Salud.
	Rendición de Cuentas	Se cumple a través del proceso Participación Ciudadana y Gestión Comunitaria.
	Control a la oferta de Servicios y de la Tecnología	Proceso Servicio de Salud Pública y proceso de Manejo Integral del Riesgo y Atención de Desastres en Salud.
Función de Inteligencia	No aplica	Proceso Servicio de Salud Pública (Subproceso de Articulación de la Función Rectora en Salud-Procedimiento de Producción y Gestión del Conocimiento en Salud)
Acciones de Atención en Salud a las Personas, la Población y el Medio Ambiente	Gestión del Acceso de la Población a los Servicios de Salud.	Proceso de Servicio de Salud Pública (Subprocesos de Gestión de Aseguramiento en Salud y Gestión del Desarrollo y Prestación de Servicios en Salud).
	Salud Pública	Proceso de Servicio de Salud Pública (Subproceso de Gestión sobre los Determinantes Sociales y ambientales de la Salud) y Proceso de Servicios Públicos domiciliarios (Mejoramiento de la Cobertura y Calidad en la Prestación de Servicios de Agua Potable y Saneamiento Básico en la Zona Rural)
	Financiamiento	Direccionamiento Estratégico (Planeación Económica y Social – Planeación Institucional), Hacienda Pública.
Apoyo a la Dirección Territorial en Salud	Recursos Humanos	Macroproceso de Gestión del Talento Humano.
	Gerencia del Ambiente Físico	Procesos del macroproceso de Gestión Jurídico Administrativo, los de Gestión Tecnológica y de la Información.
El proceso de Mejora Continua es aplicable a todas las funciones de acreditación y permite dar cumplimiento a requisitos de la norma técnica de Calidad y elemento del MECI, puesto que desarrolla metodologías que están orientadas a generar cultura de análisis y desarrollo de niveles superiores de calidad.		

Fuente. Las autoras.

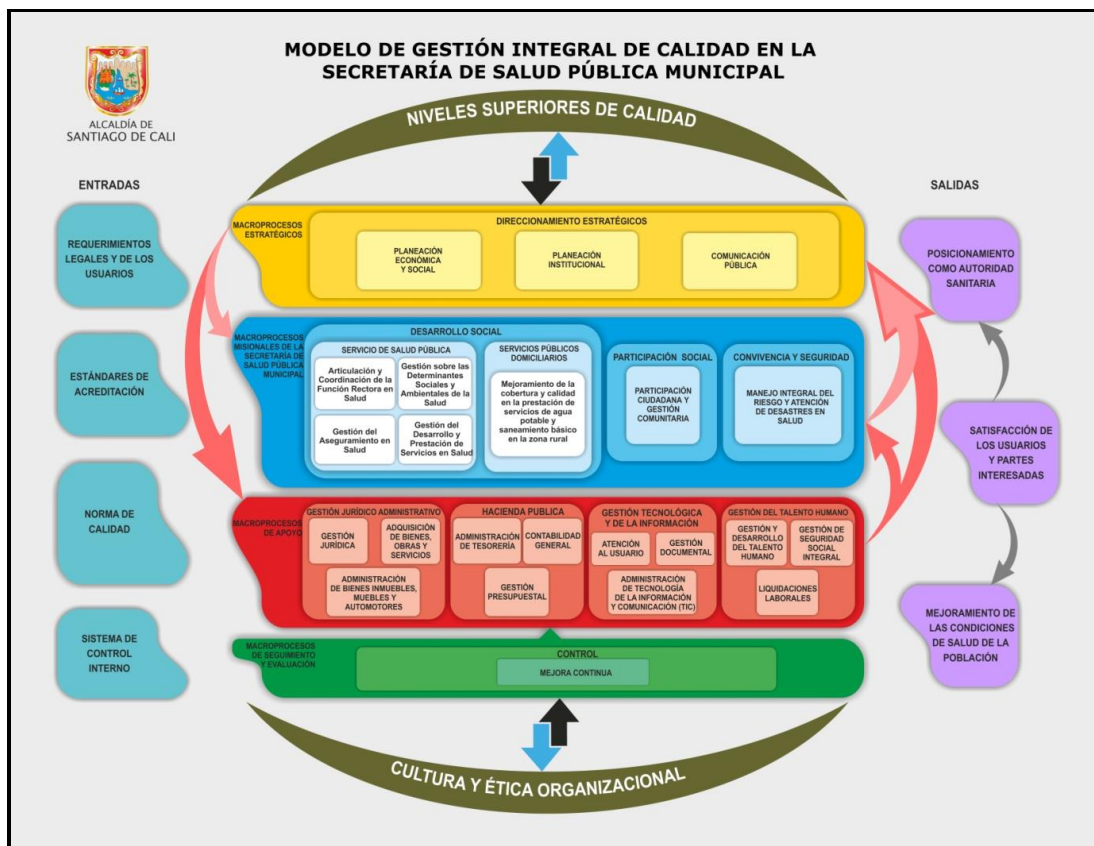


Gráfico 5.

Modelo de gestión integral de calidad.

Fuente. Manual de calidad. Alcaldía de

Santiago de Cali 2011.

5. Conclusiones

De acuerdo con los diferentes conceptos analizados, desde los modelos tradicionales, los del sector salud y los resultados alcanzados, se concluye que la calidad no se trata del cumplimiento de requisitos, sino que también puede ser entendida como una estrategia que comprende un conjunto de métodos y metodologías que involucran componentes de cultura y de producción, desarrolladas a través de un enfoque de procesos, definido previamente por la organización; teniendo como fin generar productos y/o servicios, de manera eficaz y eficiente o producir actos de calidad, proporcionando satisfacción a sus clientes internos y externos; así como a su entorno en general.

Así mismo se concluye que es posible integrar en un modelo de gestión de calidad; tanto el Sistema de Gestión de Calidad (NTC GP 1000:2009), el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) como los Estándares de Acreditación para Direcciones Territoriales; teniendo en cuenta que son totalmente complementarios entre sí; puesto que el Sistema de Gestión de Calidad corresponde a un modelo de gestión administrativa aplicable a todas las organizaciones del Estado, el MECI está orientado a definir herramientas, métodos y mecanismos de control que permitan asegurar la gestión y los Estándares de Acreditación orientan a la entidad al cumplimiento de Estándares Superiores de Calidad, específicos para una Dirección Territorial en Salud y mantienen la estructura de planificación ejecución, seguimiento, verificación y control de aquellas variables a su cargo.

Así mismo se determina que el presente modelo, al ser diseñado bajo las características de una entidad pública, específicamente, Dirección Territorial en Salud, es aplicable a otras entidades de orden municipal que presenten condiciones y competencias similares a las de la ciudad de Santiago de Cali, pues dicho Modelo está orientado a dar cumplimiento a los nuevos enfoques de la salud y requerimientos legales para una autoridad sanitaria; permitiendo contemplar un marco general y posteriormente identificar o desarrollar sus particularidades en los procesos de modelación e implementación del mismo.

La implementación de un Modelo Integrado de Calidad, que reúna y/o armonice los sistemas en mención, otorga beneficios en cuanto a la unión de esfuerzos y eficiencia en los recursos, contrario a lo que sucedería si se implementara y/o se realizara su mantenimiento por separado.

La metodología de Investigación, Acción Participación – IAP nace para disciplinas del orden social; sin embargo, el uso de sus principios (Villasante – 2006) facilitó el diseño del Modelo de Gestión Integral de Calidad, bajo procesos participativos; posibilitando el encuentro de saberes, desde diferentes disciplinas de la salud y la administración (Médicos, Enfermeras, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Ingenieros Sanitarios, Comunicadores Sociales, Administradores de Empresas e Ingenieros Industriales). Como también, aportó en la generación de consensos, frente a los objetivos y elementos del modelo; lo que permitió la apropiación y compromiso de los funcionarios de la Secretaría de Salud Pública de Cali, con éste.

El análisis de las Competencias Legales de la SSPM contrastadas con las Funciones Esenciales en Salud, permitió identificar con claridad; a través de qué acciones se le da cumplimiento a cada una de las once Funciones Esenciales y desde allí definir con claridad el rol que se tiene como rector en salud, a nivel municipal.

Al revisar las Competencias Legales de las Direcciones Territoriales Municipales se reafirma la falta de delegación de funciones de control sobre el Sistema de Salud en su jurisdicción; lo que dificulta el ejercicio de rectoría en salud por parte del Ente Municipal. Lo anterior resulta contradictorio con lo estipulado en la Constitución de 1991 (Artículos 311-315), en la cual se delega a los municipios y sus alcaldes, la responsabilidad del mejoramiento social y cumplimiento de la constitución y sus leyes. Este aspecto, enmarca la necesidad de desarrollar niveles superiores de calidad, con el fin de obtener mayor delegación de funciones de control y con éstas contribuir en forma directa en la restitución de los Derechos de la Salud y en el mejoramiento de las condiciones de salud de los habitantes de Santiago de Cali.

El método usado para el análisis de los diferentes grupos de interés, busca realizar su priorización; sin embargo se concluye que en el contexto de la Secretaría de Salud Pública de Cali es posible determinar una valoración del tipo de grupo de interés, mas no su priorización, debido a que en el sistema de salud la participación de todos los grupos de interés son de igual importancia para el desarrollo del sistema de salud y el posicionamiento de la entidad como autoridad sanitaria. Finalmente, se puede definir que para implementar el concepto de calidad en entidades del sector salud, se debe establecer unos criterios que conformen el sistema, y dichos criterios pueden ser similares a los de cualquier modelo de calidad, independiente del sector; sin embargo, deberá plantearse dentro del mismo los enfoques actuales y particularidades del sector de la Salud y de sus usuarios.

6. Recomendaciones.

Para la implementación del Modelo de Gestión Integral de Calidad, como el propuesto, es de vital importancia alinear el factor Cultura de la organización, permitiendo que la entidad se incorpore al nuevo enfoque de calidad. Por ello se requiere la existencia de un ambiente cultural, orientado al desarrollo de hábitos y métodos eficientes que den cumplimiento a los principios de los sistemas de gestión (Normas de Calidad, MECI, y Estándares de Acreditación), que faciliten el establecimiento de una nueva forma de proceder.

Es necesario trabajar en el diseño de una estructura organizacional orientada al enfoque por procesos; así como en el cambio y/o adopción de nuevos paradigmas, en el desarrollo de herramientas que preparen al personal hacia nuevos retos en la gestión de los procesos, dando a conocer los beneficios de implementar un sistema de gestión integrado, como el planteado, y así obtenga mayor aceptación y apropiación por parte de las diferentes partes interesadas, evitando el fracaso o caída del mismo.

Para efectos de la eficiencia, eficacia y efectividad del modelo aquí diseñado la Entidad debe desagregar cada uno de los componentes del modelo en planes de acción, documentación y/o caracterización de los procesos/subprocesos y procedimientos, definidos en el modelo; desarrollar herramientas que faciliten la implementación de requisitos puntuales de los sistemas integrados. Con el fin de desarrollar acciones de mejora continua, que faciliten la actualización y mantenimiento permanente del modelo y el logro de sus objetivos.

La Entidad deberá establecer y aplicar unas políticas y métodos de revisión periódica del modelo con el fin de evaluar su eficiencia, eficacia y efectividad frente a los objetivos de la organización, posibilitando su mejora continua y actualización de acuerdo con los cambios del entorno y las necesidades y expectativas de sus grupos de interés.

Existen oportunidades de desarrollo de nuevas investigaciones y construcción de marcos teóricos abordando el concepto de calidad, desde el marco de rectoría en salud y autoridad sanitaria. Teniendo en cuenta que en la actualidad se observa mayor tendencia de abordaje teórico del tema de calidad en salud, bajo la perspectiva de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud.

Entendiendo el impacto que las entidades del Estado generan en el desarrollo integral de una sociedad y de quienes lo conforman; así como también, teniendo en cuenta la relevancia que

ha tomado el concepto de calidad en el contexto de las organizaciones, se recomienda a los estudiantes, que desde sus ejercicios académicos, desarrollen investigaciones, que fortalezcan la gestión de calidad aportando nuevos modelos integrales de calidad, con los cuales se pueda contribuir a las entidades del sector público. La ausencia de este tipo de investigaciones que giren en torno a estas temáticas, fue evidenciada a través de la conducción del presente trabajo de investigación y se considera una oportunidad para brindar al sector público mayor capacidad de gestión. Así mismo se invita a entidades educativas de nivel superior y docentes a motivar a los estudiantes en estos nuevos retos.

La Entidad deberá realizar los trámites que la Ley le demande para actualizar las responsabilidades legales asignadas a la SSPM en el Decreto extraordinario 0203 de 2001, conforme con las nuevas competencias legales asignadas desde el marco normativo vigente del Sistema de Nacional de Salud.

7. Glosario

Acreditación en Salud: es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas (Decreto 1011-Resolución 1445 de 2006).

Asistencia Técnica: Implica el desarrollo de fases de capacitación, entrenamiento, asesoría, evaluación y seguimiento sobre políticas, protocolos, guías de atención u otros componentes del Sistema de Salud.

Calidad: Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos. (Tomado de la Norma Técnica de Calidad NTC GP 1000:2009).

Control Interno: Se entiende por Control Interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos (artículo 1o Ley 87 de 1993).

Control: El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión (ley 122 de 2007).

Determinantes Sociales y Ambientales de la Salud: Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos, en el ámbito mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Estos explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta la situación sanitaria (Tomado de la Organización Mundial de la Salud – OMS).

EAPBS: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud

Efectividad: Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles (Tomado de la Norma Técnica de Calidad NTC GP 1000:2009).

Eficacia: Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados (Tomado de la Norma Técnica de Calidad NTC GP 1000:2009).

Eficiencia: Relación entre los resultados alcanzados y los recursos utilizados. (Tomado de la Norma Técnica de Calidad NTC GP 1000:2009).

Enfoque basado en procesos: Gestión sistemática de la interacción e interrelación entre los procesos empleados por las entidades para lograr un resultado deseado. (Tomado de la Norma Técnica de Calidad NTC GP 1000:2009).

EPS: Entidad Prestadora de Servicios de Salud.

Gestión: Actividades coordinadas para planificar, controlar, asegurar y mejorar una entidad.

Grupos de Interés: Organización, persona o grupo que tiene un interés en el desempeño o éxito de una entidad.

Inspección: La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

IVC: Inspección, Vigilancia y Control

Mapa de Riesgos: documento que contiene a nivel estratégico los mayores riesgos a los cuales está expuesta la entidad, permitiendo desarrollar las políticas y acciones inmediatas de respuesta ante ellos. (Guía para la Administración del Riesgo, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2011).

Matriz: Herramienta metodológica para organizar o correlacionar variables.

Mejora continua: Acción permanente realizada, con el fin de aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos y optimizar el desempeño. (Guía para la Administración del Riesgo, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2011).

Modelo de Gestión Integral: esquema o marco de referencia para la administración de una Entidad u Organización, que integra o articula bajo un enfoque sistémico determinadas variables,

con el propósito de alcanzar uno o varios objetivos que satisfagan a las diferentes partes interesadas.

MP: Mapa de Procesos

Normograma: es una herramienta metodológica que permite a las entidades públicas y privadas delimitar las normas que regulan sus actuaciones en desarrollo con su objeto misional y otros factores que inciden en su funcionamiento.

NTC GP: Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública.

Objetivos de la calidad: Algo ambicionado o pretendido, relacionado con la calidad.

Plan Decenal: es un documento de orden nacional que indica y contiene los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social; los gobiernos departamentales, distritales y locales deben adaptarlo a su propia problemática y gestionarlo para su ejecución.

Política de calidad de una entidad: Intención(es) global (es) y orientación(es) relativa(s) tal y como se expresan formalmente por la alta dirección de una entidad.

Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o proceso

Producto y/o servicio: Resultado de un proceso o conjunto de procesos

Rectoría en Salud: es el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables en el contexto del nuevo esquema de relaciones gobierno y sociedad en el Estado Moderno, es competencia característica del gobierno y es ejercida mediante la Autoridad Sanitaria. (Manual del proceso de Servicio de Salud Pública, SSPM, 2014).

Requisitos: Necesidad o expectativa establecida, generalmente explícita u obligatoria

Salud Pública: La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad. (Ley 1122 de 2007).

SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud. Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas. (ley 1122 de 2007).

SSPM: Secretaría de Salud Pública de Cali. (Secretaría de Salud Pública Municipal, para el presente trabajo de investigación... de Cali).

Vigilancia: La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de éste. (ley 1122 de 2007).

8. Referencias Bibliográficas

- Aktouf, O. (1998/2001). *La Administración: entre Tradición y Renovación*. Cali: Ediciones Universidad del Valle, Tercera Edición en Español.
- Aldana, L. Álvarez, M. Bernal, C. (2010). *Administración por la Calidad*. Universidad de la Sabana. Bogotá: Alfa omega.
- Cámara de Comercio de Cali. (2013). Encuesta de Percepción Ciudadana en Cali 2013. Cali Cómo Vamos. Cámara de Comercio de Cali. p.13.
- Cantú, H. (1997). *Desarrollo de una Cultura de Calidad*. Mexico: McGraw Hill.
- II Conferencia Internacional sobre Salud Ocupacional y Ambiental, Bahía, Brasil, en junio de 2002. Universidad de Carabobo Maracay, Venezuela.
- Contrato de Prestación de Servicios y de Apoyo a la Gestión No. 4145.0.26.1.030 DE 2011, entre el Municipio de Santiago de Cali - Secretaría de Salud Pública de Cali y la Universidad ICESI “Salud de los niños y niñas – Pasado, Presente y Futuro en Santiago de Cali).
- Cruzado, I. (2012). *Modelo de un sistema de gestión de calidad en salud integrador de las normas: NTCGP 1000, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud e IWA 1*. Tesis especialización. Escuela de administración de negocios – EAN. Bogotá D.C. Colombia.
- Dankhe. *Diferentes diseños. Tipos de investigación*. Recuperado el 15 de Marzo de 2014. <http://revistaespacios.com/volumen 17>.
- Decreto 1011 de 2006. *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Presidencia de la República de Colombia. (Abril 3 de 2006).
- Decreto 2309 de 2002. *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Presidencia de la República de Colombia (Octubre 15 de 2002).
- Decreto 2309 de 2002. *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCAS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Ministerio de la Protección Social. Bogotá, Colombia.

- Decreto 2309 de 2006. *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Presidencia de la República de Colombia (Abril 3 de 2006).
- Decreto 4110 de 2004. *Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública*. Presidencia de la República de Colombia. (Diciembre 9 de 2004).
- Decreto 4295 de 2007. Se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003. Presidencia de la República de Colombia. (Noviembre 6 de 2007).
- Deming, W. (1989). *Calidad, Productividad y Competitividad: La salida de la crisis*. Editorial Días de Santos Primera Edición.
- Departamento Administrativo de la Función Pública (2008). *Manual de Implementación – Modelo Estándar de Control Interno y Racionalización de Trámites. Guía General para el Diseño, Desarrollo e Implementación de cada uno de los Subsistemas, Componentes y Elementos de Modelo Estándar de Control Interno - MECI 1000:2005 – Decreto 1599*. Recuperado de portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrieve_publicaciones?no=579
- Documento CONPES 3446. *Lineamientos para una Política Nacional de la Calidad. Consejo Nacional de Política Económica y Social*. Departamento Nacional de Planeación. Bogotá, Colombia. (Octubre 30 de 2006).
- Feigenbaum, A. V. (1961). *Control Total de Calidad, Ingeniería y Administración*. México: Compañía Editorial Continental S.A.
- García. Bolívar. (2007) *Fundamentos de Gestión Pública Hacia un Estado Eficiente*. Universidad EAN. p. 347.
- García, E. I. 2007. *Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales*. Tesis Dr. Universidad de Cádiz, Cádiz – España.
- Grillo. Henao. Méndez. Medina. Moreno. Hernandez. (2006). *Manual de Implementación: Modelo estándar de control interno para el Estado Colombiano*. MECI 1000: 2005. p. 28.
- Guerrero, R. (2012). *Propuesta de Plan de Desarrollo de Santiago de Cali 2012-2015 - Primera versión para el Consejo Municipal de Planeación – Santiago de Cali*, Febrero de 2012.
- Guía para la Administración del Riesgo – 2011. Departamento de la Función Pública. Cuarta edición – Bogotá.
- Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación. *Norma técnica de Calidad en la Gestión pública*. NTCGP 1000:2009. Bogotá D.C.: El Instituto, 2009.

- James, Paul, (1998) *Gestión de la Calidad Total*, Un texto introductorio. España: Prentice Hall.
- Juran, J. M. Gryna, F.M. (1995). *Análisis y Planeación de la Calidad*. México: McGraw Hill, 3 ed.
- Kerguelén, B. (2008) . *Calidad en Salud en Colombia*. Los principios. Programa de Apoyo a la Reforma de la Salud – PARS, Ministerio de la Protección Social. Bogotá: Editorial Scrito Ltda.
- Ley 100 de 1993. *Sistema de Seguridad Social Integral*. Congreso de la República de Colombia. (Diciembre 23 de 1993)
- Ley 120 de 1937. *Creación de Direcciones Municipales de Salud*. Congreso de la República de Colombia. (1994).
- Ley 136 de 1994. *Modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios*. Congreso de la República de Colombia. (Junio 2 de 1994).
- Ley 1122 de 2007. *Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Congreso de la República de Colombia. (Enero 9 de 2007)
- Ley 1430 de 2011. *Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Congreso de la República de Colombia. (Enero 19 de 2011)
- Ley 87 de 1993. *Normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado*. Congreso de la República de Colombia (Noviembre 29 de 1993).
- Ley 872 de 2003. *Sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios*. Congreso de la República de Colombia. (Diciembre 30 de 2003).
- Manual de Calidad. (2009). Superintendencia Nacional de Salud. (Junio 17 de 2009).
- Manual del proceso de Servicio de Salud Pública, SSPM, 2014. Ministerio de Salud y la Protección Social (2014). *Acreditación en Salud*. Colombia. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Acreditación-en-Salud.aspx>
- Myers, B. “A Guide to Medical Care Administration. Concepts and Principles”. Washington D.C. American Public Health Association. Vol. I. 1969.
- Normas APA. (2015). Centro de Escritura Javeriano. Versión 6. Pontificia Universidad Javeriana.

OPM – organización Panamericana de salud. Recuperado 25 Marzo 2014 de http://www.who.int/mental_health/media/paho_guia_planes_saludmental.pdf

Passos, N., *Perspectivas de la Gestión de Calidad Total en Servicios de Salud*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la organización mundial de la Salud, 1997. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2.000 No. 4.

Pérez, J. (2010). *Gestión por procesos*. Madrid: Esic Editorial. 4 ed.

Plan de Desarrollo 2012 – 2015 de la Alcaldía de Santiago de Cali.

Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. Departamento Nacional de Planeación DNP, 2011.

Resolución 1445 de 2006 *Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación*. Ministerio de la Protección Social. Bogotá.

Resolución 3960 de 2008. *Manual de Estándares de Acreditación para las Direcciones Territoriales de Salud*. Ministerio de la Protección Social. Bogotá, Colombia.

Zeballos, R. . *La calidad y Reforma del sector Salud*. 2003-2004. Rev. Panam Salud Pública.

Santa, M. García, F. Prada, Prada, C. Uribe, M. (2008). *El Sector Salud en Colombia: Impacto del SGSSS Después de más de una década de reforma*. FEDESARROLLO 2008. p. 11.

Sosa, D. (2006). *Administración por Calidad, Un modelo de Calidad Total para las Empresas*. México: Limusa. 2ª Ed.

Veeduría Distrital. (2007). *Guía para la implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) con enfoque sistémico*. Bogotá: Equilatero Diseño.

Villasante, T. Montañes, M. Marti, J. (2006). *La investigación Social Participativa*. España: Edición El Viejo Topo.

9. Cibergrafía

- Chandia, Yanira. (2006). Introducción a la Calidad en Salud. p. 1. En <http://www.enfermeraspabellonyestrelización> Consultado: Enero 15 2012.
- Encuesta de Percepción Ciudadana en Cali 2013. CALI COMO VAMOS. Cámara de Comercio de Cali, P. 13. <http://www.ccc.org.co/boletines-prensa/18362/encuesta-de-percepcion-ciudadana-cali-2013.html>
- Fontalvo, Tomás. (2000, 2007). La Gestión Avanzada de la Calidad: Metodologías eficaces para el diseño, implementación y mejoramiento de un sistema de gestión de la calidad. Colombia: Corporación para la gestión del conocimiento ASD. p. 11. En <http://site.ebrary.com/lib/bibliotecaeansp/Doc?id=10179523&ppg=41>
- Ministerio de Salud y de la Protección Social, <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Acreditación-en-Salud.aspx> - consultada en marzo de 2014.
- Página de la Organización Internacional del Trabajo (OIT): <http://www.un.org/es/documents/udhr/> el 1-11-2011.
- Página de la Organización Internacional del Trabajo (OIT): <http://www.ilo.org/declaration/thedeclaration/textdeclaration/lang--es/index.htm> el 19/10/2011.
- Página de la Universidad El Bosque. www.uelbosque.edu.co <http://www.uelbosque.edu.co/programasacademicos/especializacionesinterdisciplinarias/gerenciabilidadsalud>).
- Sena. Centro Nacional del la productividad. Comlombia. Recuperado el 6 de Marzo de 2014. <http://www.cnp.org.co/>
- Varo, Jaime. Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios: Un modelo de gestión hospitalaria, España: Ediciones Díaz de Santos, 2007. p. 50. En: <http://site.ebrary.com/lib/bibliotecaeansp/Doc?id=10179642&ppg=50>
- ICONTEC ISO 90001, <http://www.icontec.org/index.php/pe/sectores/publico/50-colombia/certificacion-sistema/332-certificacion-iso-9001>
- Página de la Organización Mundial de la Salud (OMS) www.who.int/topics/social_determinants/es/

10. Anexos.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM.

Revisión de Competencias Legales de la SSPM de acuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en Relación con las FESP					
Número de FESP	Funciones Esenciales Salud Pública (FESP)	Competencias según decreto Extraordinario 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
			SI	NO	
FESP 1	Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud	12. Orientar, a través de las funciones de coordinación, supervisión y control, la organización y el funcionamiento de las instituciones que conforman el sistema municipal de salud, en cuanto al cumplimiento de las normas, procedimientos, requerimientos legales y otras disposiciones de carácter técnico-científico y administrativas de origen municipal, departamental o nacional; y el conjunto de Instituciones que conforman el sistema municipal de Seguridad Social en Salud, sin que ello implique que asuma obligaciones presupuestales de estas entidades por cuenta del Municipio. (FESP 1, 2,6,7)	X		Esta define el que hacer global de la secretaria, sin embargo debe revisarse de acuerdo con la normatividad nacional vigente.
		14. Observar en forma permanente el comportamiento de los factores causativos de enfermedad y otras condiciones sociales que puedan generar riesgo humano; identificar los factores sociales, económicos, políticos y culturales que los determinan, con el fin que las autoridades competentes actúen con oportunidad y efectividad. (FESP 1,2)	X		Debe ser actualizada.
		19. Prestar el apoyo logístico necesario para la realización del diagnóstico y pronóstico del estado de salud de la población. (FESP 1,2)	X		Unir con la competencia 18
		21. Promover la implementación de la sala de situación en cada Institución de la Secretaría de Salud Pública con la información requerida para dinamizar el proceso de participación social. (FESP 1,4)	X		Debe ser mejorada pues debe involucrar el tema de participación social

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de la SSPM de acuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en Relación con s las FESP					
Número de FESP	Funciones Esenciales Salud Pública (FESP)	Competencias según Ldecreto Extraordinario 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
			SI	NO	
FESP 1	Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud	29. Responder por el soporte básico para la planeación en términos de estadísticas, sistematización y diagnóstico del estado de salud-enfermedad del ente territorial. (FESP 1, 2)	X		Se relaciona con la el análisis de la situación de salud del territorio.
		33. Dirigir el proceso de recolección, procesamiento y presentación de la información que se utilizará en la elaboración del Plan Sectorial de Salud. (FESP 1 Y 2)	x		Se puede mantener igual
		34. Evaluar el impacto que sobre la salud de la comunidad, tengan las políticas desarrolladas por la Secretaría de Salud Pública.	X		Corresponde a una actividad de verificación, como lo piden los sistemas integrados
		49. Determinar los componentes del control de gestión, técnicas administrativas y epidemiológicas de los programas, planes y proyectos para cada (SILOS) (FESP 1, 2)	X		Ya no existen los SILOS debe modificarse por ESE
		66. Definir metodologías para realizar estudios sobre los perfiles epidemiológicos del Municipio que incluyan los factores de riesgo físico, ambiental y social. (FESP 1,2,6)	X		Completamente vigente, tiene que ver con el análisis de situación en salud.

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de la SSPM de acuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en Relación con las FESP					
Número de FESP	Funciones Esenciales Salud Pública (FESP)	Competencias según decreto Extraordinario 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
			SI	NO	
FESP 2	Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública	12. Orientar, a través de las funciones de coordinación, supervisión y control, la organización y el funcionamiento de las instituciones que conforman el sistema municipal de salud, en cuanto al cumplimiento de las normas, procedimientos, requerimientos legales y otras disposiciones de carácter técnico-científico y administrativas de origen municipal, departamental o nacional; y el conjunto de Instituciones que conforman el sistema municipal de Seguridad Social en Salud, sin que ello implique que asuma obligaciones presupuestales de estas entidades por cuenta del Municipio. (FESP 1, 2,6,7)	X		Esta define el que hacer global de la secretaria, sin embargo debe revisarse de acuerdo con la normatividad nacional vigente.
		14. Observar en forma permanente el comportamiento de los factores causativos de enfermedad y otras condiciones sociales que puedan generar riesgo humano; identificar los factores sociales, económicos, políticos y culturales que los determinan, con el fin que las autoridades competentes actúen con oportunidad y efectividad. (FESP 1,2)	X		Debe ser actualizada a los nuevos enfoques de la salud, especialmente el de los determinantes sociales y ambientales de la salud.
		19. Prestar el apoyo logístico necesario para la realización del diagnóstico y pronóstico del estado de salud de la población. (FESP 1,2)	X		Debe unificarse con la competencia 18.
		29. Responder por el soporte básico para la planeación en términos de estadísticas, sistematización y diagnóstico del estado de salud-enfermedad del ente territorial. (FESP 1, 2)	X		Se relaciona con la el análisis de la situación de salud del territorio.(se puede unificar con 66)
		33. Dirigir el proceso de recolección, procesamiento y presentación de la información que se utilizará en la elaboración del Plan Sectorial de Salud. (FESP 1 Y 2)	x		Se puede mantener igual

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de la SSPM de acuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en Relación con las FESP					
Número de FESP	Funciones Esenciales Salud Pública (FESP)	Competencias según decreto Extraordinario 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
			SI	NO	
FESP 2	Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública	48. Establecer los mecanismos de coordinación con organismos del sector y otros sectores que desarrollen programas de atención integral a las personas, familia y comunidad en sus nichos ecológicos. (FESP 4, 2)	X		El Municipio debe garantizar a la colectividad, la realización de acciones en salud pública, a través de procesos comunitarios educativos y participativos para intervenir integralmente desde la extramuralidad intramuralidad con todos los sectores las diferentes situaciones generadoras de problemáticas sociales que interfieren en el logro de salud, entendida como bienestar y permitan gestar procesos de cogestión, por medio de una planificación participante, creando espacios de conciliación, negociación, control y vigilancia que favorezcan el mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar de la población.
		49. Determinar los componentes del control de gestión, técnicas administrativas y epidemiológicas de los programas, planes y proyectos para cada (SILOS) (FESP 1, 2)	X		Ya no existen los SILOS debe modificarse por ESE
		64. Dirigir y controlar, la prestación de servicios de ATENCION AL AMBIENTE, de acuerdo a las normas establecidas en la Ley 9a. de 1979 o Código Sanitario Nacional y contempladas en el PLAN DE ATENCION BÁSICA y respetando los lineamientos dados por el programa. (FESP 5, 2)	X		Completamente vigente
		66. Definir metodologías para realizar estudios sobre los perfiles epidemiológicos del Municipio que incluyan los factores de riesgo físico, ambiental y social. (FESP 1,2,6)	X		Se relaciona con la el análisis de la situación de salud del territorio. (se puede unificar con 29)

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de La SSPM de acuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en relación con las FESP					
Número de FESP	Funciones Esenciales Salud Pública (FESP)	Competencias según Ldecreto Extraordinario 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
			SI	NO	
FESP 3	Promoción de salud	55. Dirigir y controlar, el desarrollo de programas de promoción de la Salud, contemplados en el Plan de Atención Básica (FESP 3, 5, 9)	X		Completamente vigente
		47. Conducir los procesos de diseño, y/o adecuación de metodologías de trabajo por sujeto y riesgo, y por nivel de intervención en los (SILOS) (FESP 3,10)	X		Ya no existen los SILOS debe modificarse por ESE.
		57. Desarrollar y fortalecer los programas dirigidos a grupos vulnerables (mujer cabeza de familia, niñez, ancianos, discapacitados, entre otros) en coordinación con la Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social.	X		Queda inmersa en la 47(anterior)

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de La SSPM de acuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en relación con las FESP					
Número de FESP	Funciones Esenciales Salud Pública (FESP)	Competencias según Ldecreto Extraordinario 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
			SI	NO	
FESP 4	Participación de los ciudadanos en salud	15. Concertar, coordinar y ejecutar políticas intersectoriales orientadas a la solución integral de los problemas sociales, con la participación activa de la comunidad. (FESP 4)	X		Vigente, de orden transversal
		21. Promover la implementación de la sala de situación en cada Institución de la Secretaría de Salud Pública con la información requerida para dinamizar el proceso de participación social. (FESP 1,4)	X		Debe ser mejorada pues debe involucrar el tema de participación social
		48. Establecer los mecanismos de coordinación con organismos del sector y otros sectores que desarrollen programas de atención integral a las personas, familia y comunidad en sus nichos ecológicos. (FESP 4, 2)	X		El Municipio debe garantizar a la colectividad, la realización de acciones en salud pública, a través de procesos comunitarios educativos y participativos para intervenir integralmente desde la extramuralidad intramuralidad con todos los sectores las diferentes situaciones generadoras de problemáticas sociales que interfieren en el logro de salud, entendida como bienestar y permitan gestar procesos de cogestión, por medio de una planificación participante, creando espacios de conciliación, negociación, control y vigilancia que favorezcan el mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar de la población.

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de La SSPM de acuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en relación con las FESP					
Número de FESP	Funciones Esenciales Salud Pública (FESP)	Competencias según Ldecreto Extraordinario 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
			SI	NO	
FESP 5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública	1. Orientar, racionalmente la inversión y el gasto público en salud, hacia los segmentos más necesitados de la población; y en las edades y condiciones más vulnerables, de tal manera que las medidas sanitarias aplicadas tengan la mayor rentabilidad en términos de ahorro de sufrimiento por enfermedad, y otras condiciones sociales, y en general un mejoramiento de las condiciones de salud de las personas y del ambiente. (FESP 5)	X		Completamente vigente
		3. Formular en coordinación con las dependencias municipales competentes e instituciones de la dirección local del sistema de seguridad social en salud, políticas de desarrollo institucional y establecer las normas, procedimientos y sistemas administrativos que optimicen la gestión y la modernización institucional y sectorial. (FESP 5)	X		Completamente vigente
		5. Definir el Plan de acción para facilitar el cumplimiento de la ley frente a la totalidad de la población pobre para el Régimen Subsidiado, priorizando la población a asegurar, inicialmente con los recursos financieros disponibles y determinando las estrategias para llegar a la posible cobertura de acuerdo a las transferencias nacionales efectivas. (FESP 5)	X		Se debe hablar de población pobre asegurada y no asegurada, se habla de población susceptible a asegurar.
		6. Planear, coordinar y promover las políticas municipales para la descentralización administrativa y financiera de los IPS y la modernización de la gestión pública. (FESP 5)		X	Ya están descentralizadas
		10. Propiciar la formulación de políticas de Salud Pública. (FESP 5 Y 9, este último teniendo en cuenta que se menciona que esta competencia debe unirse con la número 8)	X		Debe unirse con la actividad n. 8

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de La SSPM de dcuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en relación con las FESP					
Número de FESP	Funciones Esenciales Salud Pública (FESP)	Competencias según Ldecreto Extraordinario 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
FESP 5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública	11. Contribuir en la formulación y desarrollo del plan o políticas del subsector salud, de conformidad con el Sistema Municipal de Planificación - SMP. (FESP 5 Y 9, TENIENDO EN CUENTA QUE EN LAS OBSERVACIONES SE MENCIONA QUE DEBE INTEGRARSE CON LA COMPETENCIA 8 Y 10)	X		Debe revisarse e integrarse con la no. 8 y la 10
		20. Orientar el proceso de planeación micro-regional a nivel de Unidades Básicas de Atención, Unidades de Atención Primaria, Núcleos de Atención Primaria, Sistemas Locales de Salud, que permitan el desarrollo de la red de servicios y de los sistemas de referencia y contra-referencia. (FESP 5)	X		Debe ajustarse de acuerdo con el nuevo sistema de planeación territorial en salud o micro-territorial.
		24. Establecer parámetros de eficiencia y calidad e índices económicos para los recursos que maneja el sistema municipal de salud. (FESP 5)	X	x	Debe revisarse frente a la normatividad nacional
		25. Establecer controles para que los estados financieros de las diferentes instituciones que conforman el sistema municipal de salud sean oportunos y confiables, apoyando el desarrollo del sistema de información.(FESP 5, 9)	X		Debe convertirse en un procedimiento. Debe unificarse con la competencia No.23
		27. Proponer políticas generales para el desarrollo del sector salud acordes con la legislación actual, que integren los demás subsectores que conforman el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Artículo 171 Parágrafo 4 Ley 100 de 1993. (FESP 5)	X		Actualizarla de acuerdo con lo estipulado en la ley 1438 de 2011
		28. Definir los objetivos, las metas y estrategias generales de la Secretaria de Salud Pública en concordancia con el Plan de Desarrollo del Municipio.(FESP 5)	X		Completamente vigente (esto corresponde al planear del proceso y cada procedimiento)

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de La SSPM de dcuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en relación con las FESP					
Número de FESP	Funciones Esenciales Salud Pública (FESP)	Competencias según Ldecreto Extraordinario 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
			SI	NO	
FESP 5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública	30. Coordinar la formulación del Plan de Prestación de Servicios de la Secretaría de Salud Pública. (FESP 5 Y 9).		X	Ajustar, no se genera plan de prestación de servicios, sino que se adelantan acciones de aseguramiento a la población pobre no asegurada y se hace seguimiento y auditoria frente a la política nacional de prestación de servicios.
		46. Adecuar las normas necesarias para la prestación de servicios de salud y vigilar su correcta aplicación por parte de las entidades públicas y privadas encargadas de ejecutarlas. (FESP 5, 6)	X		Ajustar, las normas son adecuadas por la nación, en lo territorial se adoptan las políticas nacionales, pero si se vigila su correcta aplicación.
		51. Dirigir y Controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnico-científicas, trazadas por el Ministerio de Salud y la Dirección Seccional de Salud del Departamento del Valle del Cauca, siempre que éstos se ajusten a la Constitución Política.	X		Está inmersa en otras competencias.
		52. Formular las normas y ayudar a la aplicación de las mismas para el Sistema Territorial de Seguridad Social en Salud, en materia de promoción de la Salud, protección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (FESP 5, 6)	X		Ajustar, las normas son adecuadas por la nación, en lo territorial se adoptan las políticas nacionales, pero si se deben generar los planes y programas en materia de promoción de la Salud, protección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de La SSPM de acuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en relación con las FESP					
Número de FESP	Funciones Esenciales Salud Pública (FESP)	Competencias según Ldecreto Extraordinario 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
			SI	NO	
FESP 5		53. Dirigir y mantener actualizadas las normas y procedimientos de los programas y proyectos de promoción, protección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y establecer los mecanismos que garanticen su cumplimiento.	X		Está inmersa en la 52
		61. Estimular los procesos permanentes de auto-evaluación y auto-control de gestión, por cada programa y proyecto, en coordinación con los equipos de conducción de los (SILOS) (FESP 5, 9)	X		Ya no existen los SILOS, SINO LAS ESE. Debe realizarse de acuerdo con la normatividad vigente.
		64. Dirigir y controlar, la prestación de servicios de ATENCION AL AMBIENTE, de acuerdo a las normas establecidas en la Ley 9a. de 1979 o Código Sanitario Nacional y contempladas en el PLAN DE ATENCION BÁSICA y respetando los lineamientos dados por el programa. (FESP 5, 2)	X		Completamente vigente

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de La SSPM de acuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en relación con las FESP					
Número de FESP	Funciones Esenciales Salud Pública (FESP)	Competencias según Ldecreto Extraordinario 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
			SI	NO	
FESP 6	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública	12. Orientar, a través de las funciones de coordinación, supervisión y control, la organización y el funcionamiento de las instituciones que conforman el sistema municipal de salud, en cuanto al cumplimiento de las normas, procedimientos, requerimientos legales y otras disposiciones de carácter técnico-científico y administrativas de origen municipal, departamental o nacional; y el conjunto de Instituciones que conforman el sistema municipal de Seguridad Social en Salud, sin que ello implique que asuma obligaciones presupuestales de estas entidades por cuenta del Municipio. (FESP 1, 2,6,7)	X		Esta define el que hacer global de la secretaria, sin embargo debe revisarse de acuerdo con la normatividad nacional vigente.
		23. Evaluar los resultados financieros de las diferentes instituciones de salud, de acuerdo a los presupuestos, su rentabilidad y su liquidez. (FESP 6)	X		Debe convertirse en un procedimiento y unificarse con la competencia No.25
		26. Implementar los procedimientos y los sistemas de contabilidad y costos del Fondo Local acorde a la normatividad vigente.	X		Completamente vigente
		42. Garantizar la prestación de servicios de salud en el Municipio a través de la vigilancia y control de los organismos que constituyan el Sistema Municipal. (FESP 6,9)	X		Reorientar con la normatividad vigente de orden nacional en lo referente a competencias competencias de prestación de servicios y de IVC).
		46. Adecuar las normas necesarias para la prestación de servicios de salud y vigilar su correcta aplicación por parte de las entidades públicas y privadas encargadas de ejecutarlas. (FESP 5, 6)	X		Ajustar, las normas son adecuadas por la nación, en lo territorial se adoptan las políticas nacionales, pero si se vigila su correcta aplicación.

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de La SSPM de acuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en relación con las FESP					
Número de FESP	Funciones Esenciales Salud Pública (FESP)	Competencias según Ldecreto Extraordinario 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
			SI	NO	
FESP 6	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública	22. De acuerdo a lo definido por el Departamento Administrativo de Hacienda Municipal distribuir el monto de los recursos para atender el Régimen Subsidiado, provenientes de la participación municipal en los ingresos corrientes de la nación, así como también de los provenientes de la cofinanciación del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA para este fin.		X	Estos parámetros ya están definidos desde la nación se debe actuar de acuerdo con la normatividad legal vigente.
		52. Formular las normas y ayudar a la aplicación de las mismas para el Sistema Territorial de Seguridad Social en Salud, en materia de promoción de la Salud, protección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (FESP 5, 6)	X		Ajustar, las normas son adecuadas por la nación, en lo territorial se adoptan las políticas nacionales, pero si se deben generar los planes y programas en materia de promoción de la Salud, protección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
		66. Definir metodologías para realizar estudios sobre los perfiles epidemiológicos del Municipio que incluyan los factores de riesgo físico, ambiental y social. (FESP 1,2,6)	X		Completamente vigente, tiene que ver con el análisis de situación en salud.

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de La SSPM de dcuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en relación con las FESP					
Número de FESP	Funciones Esenciales Salud Pública (FESP)	Competencias según Ldecreto Extraordinario 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
			SI	NO	
FESP 7	Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios	4. Proponer y coordinar la realización de estudios que mantengan actualizado el diagnóstico de la oferta y la demanda de Servicios de Salud en el Municipio de Santiago de Cali. (FESP 7)	X		Completamente vigente
		9. Organizar y prever los diseños de los Sistemas de Referencia y Contra-referencia de pacientes que deben articular las redes de servicios de distinta complejidad de atención, en concordancia con el Sistema Nacional de Salud. (FESP 7).	X		Se debe orientar de acuerdo con lo estipulado en la ley 1438 de 2011
		12. Orientar, a través de las funciones de coordinación, supervisión y control, la organización y el funcionamiento de las instituciones que conforman el sistema municipal de salud, en cuanto al cumplimiento de las normas, procedimientos, requerimientos legales y otras disposiciones de carácter técnico-científico y administrativas de origen municipal, departamental o nacional; y el conjunto de Instituciones que conforman el sistema municipal de Seguridad Social en Salud, sin que ello implique que asuma obligaciones presupuestales de estas entidades por cuenta del Municipio. (FESP 1, 2,6,7)	X		Esta define el que hacer global de la secretaria, sin embargo debe revisarse de acuerdo con la normatividad nacional vigente.
		13. Proveer directa o indirectamente el Plan de Atención Básica (PAB) a toda la población del municipio. Además de las actividades que se desarrollen directamente, vigilará aquellas comprendidas en el Plan Obligatorio de Salud, dispensadas por las Empresas Sociales del Estado y las Instituciones Prestadoras de Salud de origen privado, sin que esto implique asumir nuevas cargas presupuestales, prestacionales o financieras con posterioridad a la vigencia de la Constitución de 1991. (FESP 6,7,9)	X		involucra varias acciones (IVC, aseguramiento y Atención Primaria en Salud) debe actualizarse.

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de La SSPM de acuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en relación con las FESP					
Número de FESP	Funciones Esenciales Salud Pública (FESP)	Competencias según Ldecreto Extraordinario 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
			SI	NO	
FESP 7	Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesario	31. Controlar y evaluar los resultados de los proyectos formulados y ejecutados por las diferentes reparticiones e instituciones prestadoras de servicios de la Secretaría de Salud Pública. (FESP 7)	x		Completamente vigente
		35. Garantizar el acceso de la población de menos recursos económicos, al Sistema de Seguridad Social en Salud y ayudar a la adopción de los mecanismos relacionados con el régimen subsidiado del sistema, de acuerdo a las transferencias nacionales que se reciban. (FESP 7)	X		Revisar con las competencias anteriores que se relacionan con aseguramiento para ver la viabilidad de unificarlas
		36. Identificar la totalidad de la población beneficiaria del subsidio de salud.		X	Actualmente la SSPM, sólo debe identificar la población pobre no asegurada, esta función es de Planeación Municipal a quien le fue entregado el SISBEN
		44. Definir los Sistemas de control que garanticen un manejo eficiente y eficaz de los recursos del régimen subsidiado. (FESP 5 Y 7)	X		Completamente vigente
		45. Promover el desarrollo y consolidación de las Empresas Solidarias de Salud, para el acceso de las poblaciones más pobres y vulnerables al Sistema General de Seguridad Social en Salud. (FESP 7)		X	No está amparada en la normatividad vigente

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de La SSPM de acuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en relación con las FESP					
Número de FESP	Funciones Esenciales Salud Pública (FESP)	Competencias según Ldecreto Extraordinario 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
			SI	NO	
FESP 8	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud	41. Definir las políticas, normas y procedimientos para el licenciamiento, control de calidad y acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Empresas Promotoras de Salud. (FESP 8)		X	Las políticas y normas en esta materia las genera el Ministerio de Salud y la Protección Social.

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de La SSPM de acuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en relación con las FESP					
Número de FESP	Funciones Esenciales Salud Pública (FESP)	Competencias según Ldecreto Extraordinario 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
			SI	NO	
FESP 9	Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos	8. Formular y adoptar las políticas, planes, programas, proyectos, normas y procedimientos para la prestación de servicios de salud ambulatorios y de intervención en el Municipio de Santiago de Cali. (FESP 9)	X		Se mantiene pero solo como adopción y se ampliaría a otros ámbitos como el IVC
		10. Propiciar la formulación de políticas de Salud Pública. (FESP 5 Y 9, este último teniendo en cuenta que se menciona que esta competencia debe unirse con la número 8)	X		Debe unirse con la actividad N. 8
		11. Contribuir en la formulación y desarrollo del plan o políticas del subsector salud, de conformidad con el Sistema Municipal de Planificación - SMP. (FESP 5 Y 9, TENIENDO EN CUENTA QUE EN LAS OBSERVACIONES SE MENCIONA QUE DEBE INTEGRARSE CON LA COMPETENCIA 8 Y 10)	X		Debe revisarse e integrarse con la no. 8 y la 10

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de La SSPM de acuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en relación con las FESP					
Número de FESP	Funciones Esenciales Salud Pública (FESP)	Competencias según Ldecreto Extraordinario 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
			SI	NO	
FESP 9	Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos	16. Proveer, directa o indirectamente, siempre y cuando existan previamente definidas las obligaciones a cargo del Municipio, y existan apropiados los recursos correspondientes, servicios de salud integrales, continuos y permanente, de la mejor calidad posibles, en especial a las personas sin capacidad de pago; a los grupos más vulnerables de la población, en razón de su edad, condición o limitación física, psíquica o sensorial, en los campos del fomento de la salud, prevención de enfermedades y restauración de la salud, (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), en especial de patologías clasificadas en el nivel I de atención médica. (FESP 9)	X		Se relaciona con las competencias de aseguramiento a la población pobre no asegurada.
		18. Fomentar el trabajo interdisciplinario con las instituciones que realicen actividades encaminadas a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población del área de influencia.(FESP 9)	X		Ajustar con relación a nuevos conceptos de trabajo sectorial, intersectorial y transectorial.
		42. Garantizar la prestación de servicios de salud en el Municipio a través de la vigilancia y control de los organismos que constituyan el Sistema Municipal. (FESP 6,9)	X		Reorientar con la normatividad vigente de orden nacional en lo referente a competencias de prestación de servicios y de IVC).
		50. Dirigir, Evaluar y Controlar, la aplicación de los principios básicos de la Estrategia de Atención Primaria. (FESP 9)	X		Completamente vigente y corresponde a una competencia trasversal
		55. Dirigir y controlar, el desarrollo de programas de promoción de la Salud, contemplados en el Plan de Atención Básica (FESP 3, 5, 9)	X		Completamente vigente, se puede fusionar con otras competencias que se ubican en la 3 y 5)

Fuente. Las autoras.

Anexo 1.. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de La SSPM de acuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en relación con las FESP					
Número de FESP	Funciones Esenciales Salud Pública (FESP)	Competencias según Ldecreto Extraordinario 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
			SI	NO	
FESP 10	Investigación en salud pública	17. Promover y fomentar las relaciones técnico-científicas con las instituciones de educación superior e institutos tecnológicos que permitan aprovechar la infraestructura sanitaria para la docencia, la investigación operacional y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. (FESP 10)	X		Completamente Vigente
		47. Conducir los procesos de diseño, y/o adecuación de metodologías de trabajo por sujeto y riesgo, y por nivel de intervención en los (SILOS) (FESP 3,10)	X		Ya no existen los SILOS debe modificarse por ESE.
		59. Promover y fomentar estrategias de investigación operativa, que aporten tecnologías conducentes al mejoramiento de los servicios. (FESP 10)	X		Completamente vigente, puede fusionarse con la No.17

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de La SSPM de acuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en relación con las FESP					
Número de FESP	Funciones Esenciales Salud Pública (FESP)	Competencias según Ldecreto Extraordinario 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
			SI	NO	
FESP 11	Reduccion del impacto de emergencias y desastres en salud	7. Coordinar, diseñar y promover la integración funcional de las Instituciones de salud para el funcionamiento de las redes de servicios de salud en el Municipio de Santiago de Cali, en especial lo que hace referencia a la red de atención de urgencias y emergencias, sin que esto implique asumir costos de entes distintos a los Municipales. (FESP 11)	X		REFORMULAR (SE ACTUALIZA CON LA LEY 1438 DE 2011 sustentación: Resolución 425 de 2008: Artículo 15. Acciones de obligatorio cumplimiento en los ejes programáticos del Plan de Salud Territorial. Las acciones incluidas en cada uno de los ejes programáticos del Plan de Salud Territorial, en el ámbito de sus competencias, se desarrollan a través de las siguientes áreas sub-programáticas de obligatorio cumplimiento: Eje Programático de Emergencias y Desastres: a) Gestión para la identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres; b) Acciones de articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres; c) Acciones de fortalecimiento institucional para la respuesta territorial ante las situaciones de emergencias y desastres; d) Acciones de fortalecimiento de la red de urgencias. Resolución 1220 de 2010 Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE. Artículo 5°. Funciones. Los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE, tienen las siguientes funciones y obligaciones: g) Coordinar la operación con los procesos de referencia y contrareferencia en el área de influencia del CRUE en situaciones de emergencia o desastre. m) Coordinar con los CRUE de otros departamentos, distritos o municipios, las acciones de preparación y respuesta para garantizar la atención en salud de situaciones de urgencias, emergencias y desastres

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. . Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de La SSPM de acuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en relación con las FESP					
Número de FESP	Funciones Esenciales Salud Pública (FESP)	Competencias según Ldecreto Extraordinario 0203 De 2001	Vigente		Observaciones
			SI	NO	
FESP 11	Reduccio del impacto de emergencias y desastres en salud	38. Desarrollar, implementar, vigilar y controlar los programas, planes y proyectos en coordinación con los Sistemas Locales de Salud, para dar respuesta a las emergencias que se presenten en la Ciudad. (FESP 11)	X		Revisar con la nueva norma del sistema general del riesgo y sus etapas de conocimiento, reducción y manejo del riesgo.
		39. Promover y coordinar programas de capacitación, educación e información, relacionadas con la prevención, atención y rehabilitación en situaciones de emergencias y desastres, en coordinación con la Secretaría de Gobierno, Convivencia y Seguridad. (FESP 11)	X		
		40. Diseñar y promover el Plan Municipal para la prevención y atención de desastres y urgencias, integrando la red de servicios en los tres niveles de atención. (FESP 11)	X		

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de La SSPM de acuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en relación con las FESP				
Funciones esenciales salud pública (FESP)	Competencias según Decreto extraordinario 0203 de 2001	Vigente		Observaciones
Competencias que se eliminan por no ser vigentes y estar parte de ellas contenidas en otras, que ya fueron clasificadas en las diferentes FESP.	32. Elaborar modelos de atención en salud que permitan ampliar las coberturas mejorar la calidad de los servicios prestados a la comunidad.		x	El modelo ya está definido desde la nación
	37. Convocar a inscripción a las administradoras del Régimen Subsidiado que deseen operar el área de influencia del Municipio, vigilar que cumplan con los requisitos establecidos y que estén debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con la ley.		X	Ya no es competencia de la secretaria, es competencia de la Superintendencia Nacional de Salud, los habilita para que trabaje en los diferentes territorios.
	43. Promover y velar por el cumplimiento del principio de libre escogencia a que tienen derecho los afiliados al Sistema General de Seguridad Social.		X	Esto es una actividad, no hay necesidad que aparezca como una competencia, está en el marco de la promoción de la afiliación
	54. Impulsar a través de los (SILOS), planes, programas y proyectos, dirigidos a la promoción de la salud, protección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los individuos, las familias y las comunidades.		X	Queda inmersa en: (Adoptar y adecuar estrategias de intervención para la población caleña acorde a su vulnerabilidad y riesgo, con enfoque diferencial y preferencial. Los SILOS ya no existen
	56. Promover y fomentar la participación de las entidades privadas, comunitarias y sin ánimo de lucro, en la aplicación del Plan de Atención Básica, realizando la interventoría de los contratos respectivos, de conformidad con la Ley.		X	Queda inmersa en la 48
	58. Dirigir y controlar el desarrollo del Sistema de Garantía de Calidad, para el Plan de Atención Básica y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y Contributivo.		X	Queda inmersa en la 55, los verbos no son dirigir y controlar, desde las competencias actuales se inspecciona y vigila.

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de La SSPM de acuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en relación con las FESP				
Funciones esenciales salud pública (FESP)	Competencias según Decreto extraordinario 0203 de 2001	Vigente		Observaciones
		SI	NO	
Competencias que se eliminan por no ser vigentes y estar parte de ellas contenidas en otras, que ya fueron clasificadas en las diferentes FESP.	60. Establecer los mecanismos de coordinación con Organismos del Sector, y de otros sectores, que desarrollen programas de atención integral a las personas, las familias, las comunidades.		X	Debe reformularse y orientarse con la competencia de trabajo sectorial, intersectorial y transectorial.
	62. Dirigir, y controlar el desarrollo de planes y programas que garanticen la ampliación de coberturas, el mejoramiento de la calidad, y la atención a problemas prioritarios de salud pública, tales como: a) La atención al niño, desde el nacimiento hasta la adolescencia, la lactancia materna, vigilancia y atención nutricional, vigilancia del crecimiento y desarrollo, desparasitación, salud oral, salud visual, control de patologías infecciosas, prevención de la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil. b) La atención al joven, desde la adolescencia, hasta el inicio de la edad adulta. Control de patologías inmunoprevenibles, infecciosas, crónicas y degenerativas. Atención primaria en Salud mental, planificación familiar, atención integral a la gestante, atención de salud a la mujer con enfoque de género, fomento del auto-cuidado y la salud reproductiva, ocupacional, mental y nutricional. c) La atención al adulto. d) La atención al anciano: salud mental, prevención de la violencia intrafamiliar, atención nutricional, atención a patologías especiales, crónicas, infecciosas, degenerativas, salud oral, salud visual.		X	Está contenida en varias de las anteriores 53 y 61

Fuente. Las autoras.

Anexo 1. Matriz de competencias legales de la SSPM – Continuación.

Revisión de Competencias Legales de La SSPM de acuerdo con Decreto Extraordinario 0203 De 2001 en relación con las FESP				
Funciones esenciales salud pública (FESP)	Competencias según Decreto extraordinario 0203 de 2001	Vigente		Observaciones
		SI	NO	
Competencias que se eliminan por no ser vigentes y estar parte de ellas contenidas en otras, que ya fueron clasificadas en las diferentes FESP.	63. Dirigir y controlar, el desarrollo de planes y programas, que promuevan cambios en los estilos de vida y en el comportamiento individual y colectivo, hacia la promoción de la Salud, prevención de la enfermedad, el autocuidado individual y colectivo.		X	No aplican los verbos dirigir y controlar y se encuentra inmersa en otras competencias, clasificadas en las FESP
	65. Dirigir y controlar el desarrollo de programas de vigilancia y control del agua para consumo humano, de vertimientos de desechos, de manejo de residuos especiales, de los factores de riesgo asociados al consumo (alimentos, medicamentos, y sustancias químicas) a la calidad del aire, y los ambientes laborales (Salud Ocupacional), de los factores ambientales para vectores y zoonosis, en estrecha coordinación con el Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente DAGMA y otras instituciones que tengan injerencia en el medio ambiente.			No aplican los verbos dirigir y controlar y se encuentra inmersa en la competencia 64, clasificada en las FESP.
	67. Elaborar los indicadores que permitan medir el estado de salud de la población, en especial de los grupos definidos como prioritarios o vulnerables de acuerdo con las orientaciones del consejo de política.			No aplica, los indicadores están definidos desde la nación en las guías e instructivos de las diferentes prioridades en salud.

Fuente. Las autoras.

Anexo 2. Componentes estratégicos actuales de la Alcaldía de Santiago de Cali.

Se identifican los siguientes componentes estratégicos de la Alcaldía de Santiago de Cali: Principios Éticos, Directrices Éticas, Valores Éticos, Declaración de la Misión y Visión. (Manual de la Alcaldía de Santiago de Cali).

Principios éticos de la Alcaldía de Santiago de Cali:

- Las personas son libres, iguales y tienen derecho a vivir dignamente.
- El Orden social, político, económico y cultural es corresponsabilidad de la sociedad y el Estado.
- La ciudadanía tiene derecho a adherir y apoyar causas o empresas de otros.
- El interés general prima sobre el particular.
- La autonomía municipal es un imperativo del Gobierno Local.
- Las personas tienen derecho a participar en las decisiones que los afectan.
- La familia, la niñez, la juventud y la población vulnerable tienen especial atención en las políticas municipales.
- La equidad de género y la inclusión social hacen parte de la política social municipal.
- La diversidad étnica y cultural son riqueza y patrimonio social reconocido y protegido.
- La protección y conservación de los bienes públicos y del patrimonio cultural y natural es responsabilidad pública.
- El capital más valioso de la entidad es su talento humano.
- La finalidad de la función pública es el servicio con calidad a la ciudadanía.
- Todo ser humano tiene los mismos derechos, independiente de sus particularidades.
- Quien administra recursos públicos rinde cuentas a la sociedad sobre la utilización y los resultados de su gestión.

Directrices Éticas

En la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali se establecen las siguientes Directrices de actuación Ética con relación a:

✓ **Con la población en general**

Dedicar todos los esfuerzos y recursos institucionales hacia la promoción y defensa, protección, y restauración de los derechos humanos; a la producción de los bienes y servicios que hagan más digna la vida de la población y a actuar con transparencia, publicidad e integridad, haciendo prevalecer el interés general. Los esfuerzos estarán enfocados para que la comunidad tenga el derecho efectivo a informarse, a participar y a incidir en las decisiones del gobierno, como ejercicio efectivo de ciudadanía.

✓ **Con la comunidad organizada**

Defender, promover y proteger el derecho a la participación Social y al Control que de ésta se deriva.

✓ **Con los directivos**

Demandar, como factor clave del éxito de la gestión institucional en el personal Directivo, un alto nivel de Liderazgo Transformador, Competencia, Conciencia, Compromiso y Cumplimiento de los principios constitucionales y legales.

✓ **Con los servidores públicos**

Desarrollar y estimular en el Capital humano institucional su nivel de conocimiento, conciencia, y compromiso con respecto a la función asignada; promover el crecimiento profesional y humano, estimular su iniciativa y creatividad en el desempeño del cargo y procurar una remuneración justa por su esfuerzo y un clima laboral adecuado.

✓ **Con los proveedores de bienes y servicios (contratistas)**

Establecer reglas de juego claras, transparentes y equitativas en el proceso de Adquisición de Bienes y Servicios, y exigir de ellos el cumplimiento de los requisitos que demanda la calidad de los productos y servicios que ofrecemos.

✓ **Con los órganos de control**

Suministrar oportuna, veraz y eficazmente la información por ellos requerida en cumplimiento de su función y formular y ejecutar las acciones de Mejora, Correctivas y Preventivas conforme a las recomendaciones realizadas por ellos.

✓ **Con los gremios económicos**

Establecer relaciones de Colaboración, Cooperación y Solidaridad, fundamentadas en el respeto mutuo y el interés general.

✓ **Con el medio ambiente**

Promover y defender, proteger y restaurar con el máximo respeto, el ambiente biótico y abiótico, su diversidad y el derecho a gozar de un ambiente sano para la comunidad Caleña.

Valores Éticos

- ✓ Equidad: Disposición de distribuir con imparcialidad los bienes y servicios para atender con prioridad los requerimientos de la población.
- ✓ Participación: abrir espacios para que otros hagan parte de una actividad, o movilizarse para tomar parte de ella.
- ✓ Transparencia: se refiere al comportamiento claro, evidente, que no deja dudas y que no presenta ambigüedad.
- ✓ Inclusión: Posibilita a la población, el acceso a bienes básicos y servicios, a los mercados de trabajo y protección social, a mecanismos participativos y el ejercicio de derechos humanos, políticos y civiles, en condiciones de equidad.
- ✓ Respeto: miramiento, consideración, deferencia del otro. Reconocimiento de la legitimidad del otro para ser distinto a uno.
- ✓ Responsabilidad: obligación de responder por los propios actos. Capacidad para reconocer y hacerse cargo de las consecuencias de las propias acciones.
- ✓ Compromiso: obligación contraída, palabra dada, fe empeñada. Ser fiel a sus convicciones y eficiente en el cumplimiento de las obligaciones contraídas.
- ✓ Servicio: función o prestación desempeñada por quienes están empleados para satisfacer las necesidades del público.
- ✓ Solidaridad: adhesión a las causas o empresas de otros. Es apoyarse mutuamente en las dificultades, las causas y los proyectos.
- ✓ Imparcialidad: falta de designio anticipado o de prevención a favor o en contra de personas o cosas.

Declaración de la Misión de la Alcaldía de Santiago de Cali:

El Municipio de Santiago de Cali, como ente territorial, genera las condiciones necesarias para la oportuna prestación de los servicios públicos y sociales, a través de la planificación del desarrollo económico, social, ambiental y del territorio y, de la administración efectiva de los recursos, propiciando la participación ciudadana en la gestión pública, el ejercicio de los derechos y deberes constitucionales y la convivencia pacífica de sus habitantes, con el fin de mejorar su calidad de vida.

VISIÓN

Nuestros esfuerzos en los próximos cuatro años estarán encaminados a transformar a Cali en un municipio donde los derechos de la gente sean lo primero; en una gran metrópoli internacional competitiva, la Capital del Pacífico Latinoamericano. También, a convertir a Cali en un municipio – región feliz, que enaltece la vida por medio de la confianza, unido, saludable y en paz, que revive la tolerancia y la convivencia pacífica, eje de ejemplo de desarrollo nacional, regional y local, que aprovecha sus recursos naturales de manera sostenible, su biodiversidad, biotecnología y posición geoestratégica, y que potencia para el beneficio de los habitantes su condición de ser una ciudad donde se hacen realidad las ideas y proyectos colectivos generadores de desarrollo humano y rentabilidad

financiera, se fortalece la identidad cultural del Pacífico y de otras regiones del país, se garantizan los derechos humanos y reivindicaciones étnicas y territoriales y se desarrolla en armonía, equidad y equilibrio la zona rural y urbana. Para lograrlo, no limitaremos la acción ciudadana, sino que la estimularemos y la apoyaremos, porque nuestra visión es que Cali sea una ciudad equitativa, amable, competitiva y segura.

POLÍTICA DE CALIDAD

Nuestros procesos están enfocados hacia el mejoramiento integral de la calidad de vida de nuestros usuarios y beneficiarios y a incrementar su nivel de satisfacción, con el propósito de generar confianza y que la comunidad sea el eje principal de la Gestión Municipal en la prestación de los bienes y servicios, dentro del marco del Plan de Desarrollo y de acuerdo con los fines esenciales del Estado.

OBJETIVOS DE CALIDAD

Para la definición de los objetivos de calidad se tiene en cuenta la Política de Calidad y se consideran los problemas de mayor incidencia en el desempeño de la Administración Central; para su logro pueden desarrollarse acciones de mejora desde los diferentes procesos.

Para el logro de los objetivos de calidad la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali, se compromete a:

- *Prestar el servicio de manera amable, oportuna, ágil y confiable al usuario y beneficiario.*
- *Fomentar y propiciar los espacios de participación social en la toma de decisiones que los afecten.*
- *Fortalecer la gestión del Talento Humano que incluya acciones para contribuir al desarrollo de los servidores públicos, con el fin de mejorar los niveles de competencia, calidad, desempeño y compromiso, mediante la selección fundamentada en el mérito y cumplimiento de los principios de la función administrativa.*
- *Proporcionar a nuestros clientes internos y externos (usuarios, beneficiarios, destinatarios y comunidad en general) información clara, veraz y oportuna, estableciendo canales de comunicación y divulgación efectivos.*
- *Modernizar la gestión administrativa, haciéndola flexible y abierta al entorno dentro de un marco de austeridad, cumpliendo con el objetivo permanente de aumentar la eficiencia, la eficacia y la efectividad en los procesos.*
- *Fortalecer la interiorización de los valores institucionales, promoviendo el interés general en la administración de lo público.*
- *Promover la divulgación de las actuaciones de los servidores públicos; poniendo todos sus actos al escrutinio de la comunidad para que sus recursos sean tutelados en su integridad y su destinación.*
- *Promover una cultura de conservación y protección del medio ambiente, haciendo partícipe al servidor público y a la comunidad.*

Anexo 3. Relación de competencias de la SSPM según plan de desarrollo.

Relación de competencias de la Sspm según plan de desarrollo
Línea 1 Equidad para todos: Generar condiciones de equidad, con un enfoque —poblacional y —territorial a partir de la estrategia de intervención denominada Territorios de Inclusión y Oportunidades - TIO, que prioriza de acuerdo con la división político-administrativa del municipio, las áreas donde se registran indicadores críticos de pobreza, violencia y seguridad.
1.1 Componente Intervención Social: Propiciar el acceso a bienes y servicios, entendidos como la satisfacción de necesidades básicas y el desarrollo de capacidades de la población, con el fin de disminuir la inequidad social y contar con ciudadanos que contribuyan al progreso local.
1.2 Componente Entornos para la Vida Fortalecer la gestión integral del territorio, promoviendo el sentido de pertenencia e identidad local, a partir de intervenciones en el marco de la norma y el respeto por el medio ambiente, con el fin de consolidar espacios para el encuentro y disfrute de todos.
Línea 2. Bienestar para todos: Facilitar el acceso de la población del municipio a bienes y servicios con calidad y enfoque diferencial en salud, educación, cultura, deporte y recreación, promoviendo además la participación ciudadana, como derecho constitucional, la seguridad y convivencia en sus habitantes.
2.2 Componente: Cali Vital: Desarrollar intervenciones sectoriales, intersectoriales, institucionales e interinstitucionales dirigidas a implementar políticas públicas atendiendo los principios del presente plan de desarrollo, en respuesta a las prioridades municipales y a los lineamientos regionales, nacionales e internacionales para el desarrollo social de la población.
2.3 Componente: Cali, un territorio que avanza hacia el desarrollo social: Desarrollar en el marco de las políticas públicas del orden nacional, departamental y municipal, la atención de las niñas y niños de primera infancia e infancia, de las y los adolescentes y jóvenes, de las mujeres, del adulto mayor, de las personas con discapacidad, articulando acciones alrededor de las familias con los enfoques diferenciales por género, etnia, bajo los postulados de defensa de la vida y de lucha contra la violencia de género e intrafamiliar.
2.6 Componente Atención a Víctimas del Conflicto Armado Interno, Derechos Humanos y Reintegración de Desmovilizados: La Ley de Víctimas (Ley 1448 de 2011), plantea como reto la restitución plena e integral de los derechos de las víctimas del conflicto armado para lo cual se requiere asumir y articular distinto tipo de esfuerzos y competencias nacionales, regionales y locales, en especial mediante lo dispuesto en el Plan Integral Único de Atención a la Población Desplazada (PIU) y el Plan de Acción Municipal para la Atención a las Víctimas del conflicto armado, en Santiago de Cali. En contexto de lo anterior, se debe brindar atención humanitaria y realizar esfuerzos para el restablecimiento socioeconómico a las víctimas de conflicto interno armado (en sus diferentes categorías y con enfoque diferencial), reduciendo barreras de acceso y mejorando cualitativa y cuantitativamente la oferta institucional.
Línea 4. Un entorno amable para todos: Generar a los habitantes del municipio condiciones disfrutar de una vivienda digna, con servicios públicos de calidad, espacios públicos como punto de encuentro ciudadano; equipamientos colectivos a su servicio; una movilidad efectiva, priorizando medios alternativos y el uso de transporte masivo; factores fundamentales que impulsan hacia la construcción de un municipio competitivo que promueve entre sus habitantes, actitudes y practicas responsables en procura de alcanzar un ambiente sostenible.
4.1 Componente: Cali en Armonía con el Ambiente: Fortalecer la oferta ambiental del municipio y su articulación con las dinámicas económicas del territorio urbano y rural.
4.6 Componente: Servicios Públicos: Garantizar cobertura y calidad de los servicios públicos domiciliarios

Fuente. Las autoras.

Anexo 4. Contexto estratégico y mapa de riesgos de la Alcaldía.



SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SISTEMA, SGC y MECI) **CONTEXTO ESTRATÉGICO**

MEDE01.05.02.18.P
06.F01

VERSIÓN

FECHA DE ENTRADA EN
VIGENCIA

MACROPROCESO: DESARROLLO SOCIAL		CÓDIGO: MMDS01	
PROCESO: SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		CÓDIGO: MMDS01.03	
OBJETIVO: Ejercer la rectoría de la salud pública en el Municipio de Santiago de Cali, mediante el ejercicio oportuno de la conducción, regulación, desempeño de las funciones esenciales en salud pública, modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento y la armonización de la prestación de los servicios, en el marco del sistema de la garantía de calidad en salud y los determinantes sociales y ambientales, con el fin de contribuir con el mantenimiento y/o mejoramiento de las condiciones de salud de la población.			
Factores externos	Causas	Factores internos	Causas
ECONÓMICO	El modelo y la estructura del gasto del sistema de salud, privilegia el financiamiento de la intermediación y da un mayor énfasis a la prestación individual de los servicios de salud, afectando el financiamiento de la prevención y promoción de la salud, el costo de la salud y su calidad. Se observa un recorte constante de los recursos propios que se asignan a la Secretaría de Salud, debilitando la capacidad de contratación de productos o servicios que debe ofrecer la Secretaría y el desarrollo o adquisición de nuevas tecnologías en salud.	CAPACIDAD DIRECTIVA	Los estilos de dirección y liderazgo en algunas situaciones permean negativamente la cultura organizacional y la toma de decisiones respecto a las prioridades programáticas. La estructura organizacional está sustentada en una división del trabajo que no facilita el desarrollo de un enfoque sistémico, dificultando la implementación del modelo de operación por procesos y concentra toda la toma de decisiones en el nivel directivo, dificultando la gestión y generando ineficiencias. Se presentan debilidades en la elaboración de planes operativos en algunas áreas y programación para la coordinación interprogramática entre las diferentes partes de la dependencia, que no permiten operativizar y dar cumplimiento oportunamente a las metas y objetivos de los planes estratégicos. Se presentan debilidades en la apropiación de mecanismos y métodos de control interno, relacionados con el autocontrol y autorregulación, que no permite mantener un seguimiento efectivo a los planes, programas, proyectos y metas definidas. Debilidad en la conducción y liderazgo por parte de la SSPM con una visión integral para el abordaje de los determinantes sociales y ambientales de la salud.

Fuente. Las autoras.

Anexo 4. Contexto Estratégico y Mapa de Riesgos de la Alcaldía - Continuación

Factores externos	Causas	Factores internos	Causas
POLÍTICOS Y LEGALES	La ley 617 de 2001 de austeridad del gasto afecta el desarrollo institucional, en aspectos relacionados con el talento humano y la sostenibilidad de la organización. La falta de oportunidad en la reglamentación y debilidades en la compatibilización y armonización de leyes del sistema de seguridad social en salud, genera confusiones y duplicidad de responsabilidades entre los diferentes actores del sistema; a su vez crea vacíos en los ejercicios de conducción, regulación, inspección, vigilancia y control del sistema de salud en el territorio. En atención al cumplimiento de políticas de transparencia en la gestión pública, se ha generado un marco legal muy estricto, que desencadena cuellos de botella en la adquisición de servicios o productos requeridos para la prestación de servicios de la SSPM.	CAPACIDAD TECNOLÓGICA	No se cuenta con los equipos o herramientas apropiadas para realizar el ejercicio de inspección, vigilancia y control en algunas áreas de salud ambiental. La SSPM no cuenta con un sistema de gestión integral, que promueva la interacción entre sus diferentes procesos, subprocesos y procedimientos, generando debilidades en la medición, control, seguimiento y desarrollo de nuevas políticas y componentes de planeación.

Fuente. Las autoras.

Anexo 4. Contexto Estratégico y Mapa de Riesgos de la Alcaldía - Continuación

Factores externos	Causas	Factores internos	Causas
SOCIALES Y CULTURALES	Situaciones de desplazamiento o migración social a la ciudad (por situaciones de violencia o mejores condiciones de vida), que genera condiciones de pobreza y demanda agregada y continuada a los servicios de salud, no acorde con la capacidad de la oferta y financiamiento de los servicios en salud. Aumento acelerado de la demanda de servicios sociales que requieren control sanitario. Los niveles de violencia e inseguridad social, accidentalidad y falta de convivencia en paz, genera alta carga en los servicios de salud. La reducción de la oferta de empleo formal genera una disminución en los recursos para financiar el Sistema de Seguridad Social en Salud y un aumento en la demanda de servicios al régimen subsidiado. Los intereses de las grandes multinacionales promueven patrones de consumo que tienden a inducir estilos de vida poco saludable, incrementando las enfermedades crónicas no transmisibles y generando altos costos de atención en el sistema de salud. Las presiones sociales y laborales de la cotidianidad, afectan el desarrollo de estilos de vida saludable, incrementando los niveles de estrés de la población y con ello el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, cardiovasculares, diabetes, cáncer, obesidad, síndromes metabólicos, salud mental, entre otras.) El incremento del movimiento de personas y productos a nivel nacional e internacional puede aumentar el riesgo de presencia de enfermedades transmisibles nuevas o ya erradicadas en nuestro territorio. Falta de cultura de protección del medio ambiente por parte de la población e instituciones públicas y privadas.	CAPACIDAD DEL TALENTO HUMANO	Se evidencia insuficiencia en la planta de cargos adscrita a la dependencia para el cumplimiento de las competencias legales y procesos que debe desarrollar la misma. Se presentan debilidades en algunas competencias laborales en el talento humano, para el desarrollo eficiente, efectivo y eficaz de las responsabilidades de la dependencia. Los procedimientos de inducción al personal que ingresa a nuestra organización, presentan debilidades en su contenido, desarrollo y evaluación. Se presentan debilidades en la perfilación de los cargos requeridos para la gestión de la secretaria de salud. El proceso de evaluación del desempeño laboral presenta fallas en la aplicación de sus diferentes etapas y no existen mecanismos de seguimiento a los compromisos laborales del personal vinculado bajo modalidad provisional. Falta de implementación de un programa de gestión del conocimiento y relevo generacional, para garantizar y afianzar la gestión de la SSPM como ente rector en salud. Se presentan debilidades en el desarrollo de los procesos o procedimientos de gestión del talento humano (planeación, gestión ética, capacitación y estímulos y seguridad social integral). Falta de control y seguimiento frente al ausentismo laboral.

Fuente. Las autoras.

Anexo 4. Contexto Estratégico y Mapa de Riesgos de la Alcaldía - Continuación

Factores externos	Causas	Factores internos	Causas
GEOGRÁFICOS Y AMBIENTALES	Cambios climáticos que pueden aumentar los desastres en frecuencia, duración e intensidad, creando una mayor demanda de servicios de salud o afectando la infraestructura sanitaria. Existe mayores niveles de contaminación en el agua, suelo y aire en la zona urbana, incidiendo sobre los índices de morbilidad, discapacidad y mortalidad de la población. Entre ellos el desarrollo tecnológico ha traído consigo nuevos tipos de contaminantes del medio ambiente, incluyendo residuos electrónicos, químicos, radiaciones y otros. Deficiencia en la gestión e incumplimiento de políticas públicas, que protegen el medio ambiente, por parte de otros sectores o actores.	CAPACIDAD COMPETITIVA	Algunos de los procedimientos que actualmente se desarrollan como autoridad sanitaria y rector en salud en el marco de las competencias dadas en la ley, no están cubriendo todo el sistema de salud en el territorio, ni los diferentes actores y/o determinantes sociales de la salud. Falta de implementación de mecanismos de análisis de los PQRS, para determinar los ejes temáticos sobre los que más se presentan peticiones, quejas, reclamos y solicitudes por parte de los usuarios. Falta ampliación de cobertura de la infraestructura tecnológica (actualización de equipamiento de tecnología informática) en las instalaciones externas de la SSPM y algunas debilidades en la sede central tales como la ampliación de nuevos puntos y condiciones de red eléctrica regulada.

Fuente. Las autoras.

Anexo 4 . Contexto Estratégico y Mapa de Riesgos de la Alcaldía - Continuación

Factores externos	Causas	Factores internos	Causas
TECNOLÓGICOS	Poca voluntad política en la Administración Central Municipal para la automatización de los procesos, lo que no permite mantener un mayor control sobre la ejecución de los mismos y desarrollo de información (datos) para la toma de decisiones. Déficit del control en el ingreso de tecnologías extranjeras y nacionales por parte del INVIMA, que generan riesgos en la salud de nuestra población. Debilidades en el desarrollo de competencias para el manejo de tecnologías en salud, por parte del talento humano vinculado a las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud.	CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN	Debilidad en la comunicación entre los diferentes grupos de trabajo de la dependencia y en la comunicación vertical y horizontal al interior de los equipos. Falta medición de la efectividad de los medios de comunicación utilizados para la comunicación informativa. Debilidades en el desarrollo de programas o espacios que permitan comunicar los logros, estrategias exitosas, alianzas, proyectos, procesos de cambio, entre otros componentes, al interior de la SSPM.
		CAPACIDAD LEGAL CAPACIDAD DE MANEJO DE LA INFORMACIÓN	Debilidades en la articulación y coordinación en conceptos jurídicos con otras áreas de la SSPM, que dificultan la prevención del daño antijurídico. Falta de especialización para el soporte jurídico a los diferentes subprocesos y procedimientos misionales de la SSPM. Existen debilidades en el uso de la información primaria y secundaria generada por las diferentes áreas de la SSPM, que permita responder efectivamente al ejercicio de la rectoría en salud.

Fuente. Las autoras.

AneXo 5. Contexto estratégico y mapa de riesgos de la Alcaldía



ALCALDÍA DE CALI
DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN
ESTRATÉGICA

SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SISTEDA, SGC y MECI)	
ME DE 01.05.02.18 P 06.F04	3
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	17/dic/2012

MACROPROCESO: DESARROLLO SOCIAL										
PROCESO: SERVICIO DE SALUD PÚBLICA										
OBJETIVO: Ejercer la rectoría de la salud pública en el Municipio de Santiago de Cali, mediante el ejercicio de la conducción, regulación, desempeño de las funciones esenciales en salud pública, modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento y la armonización de la prestación de los servicios, en el marco del sistema de la garantía de calidad en salud y los determinantes sociales y ambientales, con el fin de contribuir con el mantenimiento y/o mejoramiento de las condiciones de salud de la población.										
Riesgo	Calificación		Evaluación de los Riesgos antes de los Controles (Zona de riesgo)	Controles	Nueva Calificación		Evaluación de los Riesgos después de los Controles (Zona de riesgo)	Opciones de Manejo	Acciones	Indicador
	Impacto	Probabilidad			Impacto	Probabilidad				
Demora en el desarrollo de procedimientos para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia técnica y/o inspección, vigilancia y control.	5	5	-25 Zona de riesgo extrema	Monitoreo de ejecución trimestral del plan de acción	5	2	-10 Zona de riesgo extrema	Reducir, evitar, compartir o transferir	Sustentar frente a líderes o responsables del desarrollo social en otros sectores, los determinantes sociales y ambientales generadores de riesgos en salud que afectan el bienestar de la población, con el fin de desarrollar agendas políticas, alianzas estratégicas y planes, programas, proyectos conjuntos.	Determinantes sociales y ambientales discutidos y/o sustentados en mesas de trabajos sectoriales e intersectoriales.
									Diseñar e implementar un nuevo esquema de trabajo y esquema de funcionamiento interno, basado en el modelo de gestión por procesos.	Resolución adoptando nuevo esquema de trabajo de la SSPM
									Actualizar el diagnóstico de sistemas de información e infraestructura tecnológica requeridos en la SSPM, y elaborar el plan o proyecto para su desarrollo.	Diagnóstico de necesidades de desarrollo o mejoramiento de tecnologías de información y la comunicación.

Fuente. Las autoras.

AneXo 5. Contexto estratégico y mapa de riesgos de la Alcaldía - Continuación

Riesgo	Calificación	Evaluación de los Riesgos antes de los Controles (Zona de riesgo)	Controles	Nueva Calificación	Evaluación de los Riesgos después de los Controles (Zona de riesgo)	Opciones de Manejo	Acciones	Indicador
							Elaborar un diagnóstico de equipo y procedimientos para inspección, vigilancia y control de salud ambiental y generar proyecto de inversión para la actualización de los equipos y procedimientos, que incluya la capacitación del personal para su utilización e implementación, calibración, operación y mantenimiento.	Proyecto de inversión para el mejoramiento de condiciones para el desarrollo del IVC de factores de riesgos de sanitarios del ambiente
							Fortalecer el diseño e implementación del modelo de gestión por procesos en la SSPM, acorde con la norma técnica de calidad NTCGP 1000:2009 y el Modelo Estándar de Control Interno - MECI	Sistema de gestión de calidad implementado
							Realizar un diagnóstico de las necesidades de capacitación, conforme al plan institucional de capacitación y a los objetivos y metas de la SSPM, para elaborar proyectos de aprendizaje con base en el mismo.	Proyectos de aprendizaje diseñados y sustentados ante autoridad competente.
							Implementar las políticas operativas de inducción adoptadas por la Administración Central Municipal de Santiago de Cali.	Programas de inducción ejecutados conforme a políticas operativas de talento humano.

Fuente. Las autoras.

AneXo 5. Contexto estratégico y mapa de riesgos de la Alcaldía - Continuación

Riesgo	Calificación	Evaluación de los Riesgos antes de los Controles (Zona de riesgo)	Controles	Nueva Calificación	Evaluación de los Riesgos después de los Controles (Zona de riesgo)	Opciones de Manejo	Acciones	Indicador
							Realizar seguimiento y control sobre la aplicabilidad de las diferentes fases del proceso de evaluación del desempeño en la SSPM.	Acciones de seguimiento y control implementadas, de acuerdo con cada una de las fases o etapas metodológicas de evaluación de desempeño.
							Generar y presentar análisis de resultados de la evaluación de desempeño de los funcionarios de la SSPM, para la identificación de necesidades de capacitación y actualización de perfiles de cargos.	Análisis de resultados globales de evaluación de desempeño de la SSPM, presentados ante comité técnico.
							Fijar y hacer seguimiento de compromisos laborales con el personal provisional a través de actas de reunión.	Actas de reunión con compromisos laborales establecidos y con su respectivo seguimiento.
							Diseñar e implementar un programa de gestión del conocimiento y relevo generacional, para garantizar y afianzar la gestión de la SSPM como ente rector en salud.	Programa de gestión de conocimiento y relevo generacional diseñado, aprobado e implementado.
			Monitoreo de ejecución presupuestal por proyecto				Gestionar frente a la Dirección de Desarrollo Administrativo el ajuste al manual de funciones y competencias laborales para los cargos de la SSPM, de acuerdo con competencias y requisitos identificados para los mismos.	Actas de reunión u documentos oficiales con requerimientos presentados técnicamente a la DDA.

Fuente. Las autoras.

AneXo 5. Contexto estratégico y mapa de riesgos de la Alcaldía - Continuación

Riesgo	Calificación	Evaluación de los Riesgos antes de los Controles (Zona de riesgo)	Controles	Nueva Calificación	Evaluación de los Riesgos después de los Controles (Zona de riesgo)	Opciones de Manejo	Acciones	Indicador
							Desarrollar un programa de gestión ética y cultura organizacional y dar cumplimiento al plan anticorrupción en la SSPM.	Programa de gestión ética y cultura organizacional diseñado e implementado: Compromisos de plan anticorrupción implementados.
							Gestionar ante la DDA la aplicación de acciones preventivas y correctivas de acuerdo con el panorama de riesgos ocupacionales de la SSPM.	Actas de reunión u documentos oficiales con requerimientos presentados técnicamente a la DDA.
							Realizar el control y seguimiento frente al ausentismo laboral.	Herramientas implementadas para el control y seguimiento del ausentismo laboral
							Gestionar la recuperación de los planos de la edificación.	Actas de reunión u documentos oficiales con requerimientos presentados a la Universidad del Valle.
							Elaborar, ejecutar, controlar y evaluar un plan integral de los programas de mantenimiento preventivo y correctivo a los bienes inmuebles, muebles, automotores, de servicios generales y seguridad de la SSPM, realizando un análisis de la distribución espacial de la edificación y condiciones físicas de los inmuebles.	Programas de mantenimiento preventivo y correctivo a los bienes inmuebles, muebles, automotores, de servicios generales y seguridad de la SSPM, diseñado y en ejecución.

Fuente. Las autoras.

AneXo 5. Contexto estratégico y mapa de riesgos de la Alcaldía - Continuación

Riesgo	Calificación		Evaluación de los Riesgos antes de los Controles (Zona de riesgo)	Controles	Nueva Calificación	Evaluación de los Riesgos después de los Controles (Zona de riesgo)	Opciones de Manejo	Acciones	Indicador
Desacuerdo en el ejercicio de liderazgo político y técnico en la toma de decisiones en salud.	5	3	-15					Realizar una revisión de las competencias legales de la SSPM; sistematizar y unificar criterios jurídico legales entre los funcionarios que ejerzan función jurídica en la SSPM.	Actas de reunión con criterios y acuerdos definidos.
				Políticas de operación de los subprocesos.				Preparar estudios técnicos de contratación máximo al mes de enero.	Estudios previos presentados en tiempos acordados en comité técnico o máximo al 31 de enero de cada año.
				Realización de comité técnicos para la planificación, priorización de metas, estrategias y actividades; monitoreo y seguimiento de las mismas	5	3	-15	Reducir, evitar, compartir o transferir	Sustentar frente a líderes o responsables del desarrollo social en otros sectores, los determinantes sociales y ambientales generadores de riesgos en salud que afectan el bienestar de la población, con el fin de desarrollar agendas políticas, alianzas estratégicas y planes, programas, proyectos conjuntos.
			Zona de riesgo extrema				Gestionar frente a la DDA los ajustes al manual de funciones, requisitos y competencias laborales en cuanto a cargos misionales de la SSPM.		Actas de reunión o comunicaciones Oficiales con requerimientos presentados y sustentados técnicamente.

Fuente. Las autoras.

AneXo 5. Contexto estratégico y mapa de riesgos de la Alcaldía - Continuación

Riesgo	Calificación	Evaluación de los Riesgos antes de los Controles (Zona de riesgo)	Controles	Nueva Calificación	Evaluación de los Riesgos después de los Controles (Zona de riesgo)	Opciones de Manejo	Acciones	Indicador
							Diseñar e implementar un nuevo esquema de trabajo y esquema de funcionamiento interno, basada en el modelo de gestión por procesos.	Resolución adoptando nuevo esquema de trabajo de la SSPM
			Formulación y desarrollo de proyectos de aprendizaje en equipo (PAE)				Ampliar el alcance de la planificación de los Procesos de salud acorde con el ejercicio de la rectoría y los determinantes sociales y ambientales de la salud en los territorios.	Plan sectorial de salud definido y ajustado acorde con nuevos enfoques de la salud.
							Gestionar el desarrollo competencias en el personal de la SSPM, para la realización de la planificación estratégica.	Talleres y capacitaciones en planeación estratégica ejecutadas.
							Actualizar el diagnóstico de sistemas de información e infraestructura tecnológica requeridos en la SSPM, con base en el modelo de operación por procesos y elaborar el plan o proyecto y su financiamiento para su desarrollo.	Diagnóstico de necesidades de desarrollo o mejoramiento de tecnologías de la información y la comunicación.
							Fortalecer el diseño e implementación del modelo de gestión por procesos en la SSPM, acorde con la norma técnica de calidad NTCGP 1000-2009 y el Modelo Estándar de Control Interno - MECI	Sistema de gestión de calidad implementado
			Participación activa en los consejos de gobierno				Gestionar frente a la DDA u otras autoridades (Min salud) los requerimientos de creación de cargos misionales de la SSPM, para ejecutar el modelo de gestión por procesos	Actas de reunión o comunicaciones Oficiales con requerimientos presentados y sustentados técnicamente.

Fuente. Las autoras.

AneXo 5. Contexto estratégico y mapa de riesgos de la Alcaldía - Continuación

Riesgo	Calificación	Evaluación de los Riesgos antes de los Controles (Zona de riesgo)	Controles	Nueva Calificación	Evaluación de los Riesgos después de los Controles (Zona de riesgo)	Opciones de Manejo	Acciones	Indicador
							Realizar seguimiento y control sobre la aplicabilidad de las diferentes fases del proceso de evaluación del desempeño en la SSPM.	Herramientas implementadas para el control y seguimiento de las diferentes fases o etapas de evaluación del desempeño
							Diseñar e implementar un programa de gestión del conocimiento y relevo generacional, para garantizar y afianzar la gestión de la SSPM como ente rector en salud.	Programa de gestión de conocimiento y relevo generacional diseñado, aprobado e implementado.
							Implementar acciones de análisis de los PQRS con relación a cada eje temático, proceso, subproceso o procedimiento para generar acciones de mejora continua	Sistema de análisis de PQRS implementado

Fuente. Las autoras.

AneXo 5. Contexto estratégico y mapa de riesgos de la Alcaldía - Continuación

Riesgo	Calificación		Evaluación de los Riesgos antes de los Controles (Zona de riesgo)	Controles	Nueva Calificación		Evaluación de los Riesgos después de los Controles (Zona de riesgo)	Opciones de Manejo	Acciones	Indicador
				Participación activa en el Consejo Territorial de Salud Ambiental					Institucionalizar medios de comunicación, donde se divulguen planes, logros, proyectos exitosos y metas alcanzadas.	Planes, logros, proyectos exitosos y metas alcanzadas divulgados a través de diferentes medios de comunicación
Deterioro del estado de salud de la población en relación con las prioridades de la salud establecidas a nivel nacional.	5	4	-20	Seguimiento a indicadores de morbilidad, discapacidad y mortalidad, que se utilizan como línea de base para las metas	2	-10		Reducir, evitar, compartir o transferir	Sustentar frente a líderes o responsables del desarrollo social en otros sectores, los determinantes sociales y ambientales generadores de riesgos en salud que afectan el bienestar de la población, con el fin de desarrollar agendas políticas, alianzas estratégicas y planes, programas, proyectos conjuntos.	Determinantes sociales y ambientales discutidos y/o sustentados en mesas de trabajo sectoriales e intersectoriales.
									Fortalecer las acciones de asistencia técnica hacia el personal de las diferentes IPS; en protocolos, guías y normas técnicas en las diferentes dimensiones o prioridades en salud pública, evaluando su impacto	Planes operativos de asistencia técnica ejecutados

Fuente. Las autoras.

AneXo 5. Contexto estratégico y mapa de riesgos de la Alcaldía - Continuación

Riesgo	Calificación	Evaluación de los Riesgos antes de los Controles (Zona de riesgo)	Controles	Nueva Calificación	Evaluación de los Riesgos después de los Controles (Zona de riesgo)	Opciones de Manejo	Acciones	Indicador
			Realización de comité técnicos para la planificación, priorización de metas, estrategias y actividades; monitoreo y seguimiento de las mismas				Gestionar el desarrollo de competencias en el personal de la SSPM, para la realización de asistencia técnica en los diferentes procedimientos misionales de la autoridad sanitaria.	Proyectos de aprendizaje diseñados y sustentados ante autoridad competente.
			Identificación de determinantes sociales y ambientales en la salud sujetos a intervención.				Gestionar el fortalecimiento de competencias de estilos de dirección, negociación y liderazgo	Proyectos de aprendizaje diseñados y sustentados ante autoridad competente.

Fuente. Las autoras.

AneXo 5. Contexto estratégico y mapa de riesgos de la Alcaldía - Continuación

Riesgo	Calificación	Evaluación de los Riesgos antes de los Controles (Zona de riesgo)	Controles	Nueva Calificación	Evaluación de los Riesgos después de los Controles (Zona de riesgo)	Opciones de Manejo	Acciones	Indicador
			Capacitación a personal de las instituciones prestadoras de servicios en salud, diferentes actores y los sujetos de control sanitario.				Ampliar el alcance de la planificación de los Procesos de salud acorde con el ejercicio de la rectoría y los determinantes sociales y ambientales de la salud en los territorios.	Plan sectorial de salud definido y ajustado acorde con nuevos enfoques de la salud.
			Adopción y divulgación de políticas y directrices para la identificación y el control de riesgos que afectan la salud de la población				Elaborar un diagnóstico de equipo y procedimientos para inspección, vigilancia y control de salud ambiental y generar proyecto de inversión para la actualización de los equipos y procedimientos, que incluya la capacitación del personal para su utilización e implementación, calibración, operación y mantenimiento.	Proyecto de inversión para el mejoramiento de condiciones para el desarrollo del IVC de factores de riesgos de sanitarios del ambiente

Fuente. Las autoras.

AneXo 5. Contexto estratégico y mapa de riesgos de la Alcaldía - Continuación

Riesgo	Calificación	Evaluación de los Riesgos antes de los Controles (Zona de riesgo)	Controles	Nueva Calificación		Evaluación de los Riesgos después de los Controles (Zona de riesgo)	Opciones de Manejo	Acciones	Indicador
			Capacitación y acompañamiento a la comunidad para el fortalecimiento, creación de redes de apoyo y articulación de estrategias de intervención en temas de salud pública					Elaborar, ejecutar, controlar y evaluar un plan integral de los programas de mantenimiento preventivo y correctivo a los bienes inmuebles, muebles, automotores, de servicios generales y seguridad de la SSPM, realizando un análisis de la distribución espacial de la edificación y condiciones físicas de los inmuebles.	Programas de mantenimiento preventivo y correctivo a los bienes inmuebles, muebles, automotores, de servicios generales y seguridad de la SSPM, diseñado y en ejecución.
			Contratación de personal competente para el apoyo en la ejecución de algunas acciones de rectoría en salud.					Gestionar pactos por la salud con actores inter e intrasectoriales y la sociedad civil, orientados al desarrollo de estilos de vida sana en la población y entornos saludables, en pro de la defensa de la salud como un derecho humano fundamental.	Actos administrativos con acuerdos establecidos con actores inter e intrasectoriales y la sociedad civil

Fuente. Las autoras.

AneXo 5. Contexto estratégico y mapa de riesgos de la Alcaldía - Continuación

Riesgo	Calificación		Evaluación de los Riesgos antes de los Controles (Zona de riesgo)	Controles	Nueva Calificación		Evaluación de los Riesgos después de los Controles (Zona de riesgo)	Opciones de Manejo	Acciones	Indicador
Incumplimiento en el desarrollo del ejercicio de rectoría en salud	5	5	-25	Monitoreo de ejecución trimestral del plan de acción	5	2	-10	Reducir, evitar, compartir o transferir	Sustentar frente a líderes o responsables del desarrollo social en otros sectores, los determinantes sociales y ambientales generadores de riesgos en salud que afectan el bienestar de la población, con el fin de desarrollar agendas políticas, alianzas estratégicas y planes, programas, proyectos conjuntos.	Determinantes sociales y ambientales discutidos y/o sustentados en mesas de trabajo sectoriales e intersectoriales.
				Monitoreo de ejecución presupuestal por proyecto					Preparar estudios técnicos de contratación máximo al mes de enero.	Estudios previos presentados en tiempos acordados en comité técnico o máximo al 31 de enero de cada año.
				Realización de comité técnicos para la planificación, priorización de metas, estrategias y actividades; monitoreo y seguimiento de las mismas.					Diseñar e implementar un nuevo esquema de trabajo y esquema de funcionamiento interno, basada en el modelo de gestión por procesos.	Resolución adoptando nuevo esquema de trabajo de la SSPM

Fuente. Las autoras.

AneXo 5. Contexto estratégico y mapa de riesgos de la Alcaldía - Continuación

Riesgo	Calificación	Evaluación de los Riesgos antes de los Controles (Zona de riesgo)	Controles	Nueva Calificación	Evaluación de los Riesgos después de los Controles (Zona de riesgo)	Opciones de Manejo	Acciones	Indicador
			Participación activa en los consejos de gobierno				Fortalecer el diseño e implementación del modelo de gestión por procesos en la SSPM, acorde con la norma técnica de calidad NTCGP 1000-2009 y el Modelo Estándar de Control Interno - MECI	Sistema de gestión de calidad implementado
			Participación activa en el Consejo Territorial de Salud Ambiental				Diseñar planes operativos y realizar su seguimiento de acuerdo con metodología definida.	Planes operativos elaborados y con seguimiento
			Identificación de determinantes sociales y ambientales en la salud sujetos a intervención.				Realizar un diagnóstico de las necesidades de capacitación, conforme al plan institucional de capacitación y a los objetivos y metas de la SSPM, para elaborar proyectos de aprendizaje con base en el mismo.	Proyectos de aprendizaje diseñados y sustentados ante autoridad competente.
			Adopción y divulgación de políticas y directrices para la identificación y el control de riesgos que afectan la salud de la población				Gestionar frente a la DDA u otras autoridades (Min salud) los requerimientos de creación de cargos misionales de la SSPM, para ejecutar el modelo de gestión por procesos	Actas de reunión o comunicaciones Oficiales con requerimientos presentados y sustentados técnicamente.

Fuente. Las autoras.

AneXo 5. Contexto estratégico y mapa de riesgos de la Alcaldía - Continuación

Riesgo	Calificación	Evaluación de los Riesgos antes de los Controles (Zona de riesgo)	Controles	Nueva Calificación	Evaluación de los Riesgos después de los Controles (Zona de riesgo)	Opciones de Manejo	Acciones	Indicador
			Contratación de personal competente para el apoyo en la ejecución de algunas acciones de rectoría en salud.				Gestionar frente a los Departamentos de Planeación Municipal y Hacienda Municipal, el Plan Operativo Anual de Inversiones.	Actas o comunicaciones oficiales de sustentación de Plan Operativo Anual de Inversiones
							Gestionar alianzas con responsables del mismo sector u otros sectores, para la compatibilización de la normativa vigente.	Acuerdos logrados en mesas de trabajo
							Actualizar el diagnóstico de sistemas de información e infraestructura tecnológica requeridos en la SPM, con base en el modelo de operación por procesos y elaborar el plan o proyecto y su financiamiento para su desarrollo.	Diagnostico de necesidades de desarrollo o mejoramiento de tecnologías de la información y la comunicación.

Fuente. Las autoras.

AneXo 5. Contexto estratégico y mapa de riesgos de la Alcaldía - Continuación

Riesgo	Calificación	Evaluación de los Riesgos antes de los controles (Zona de riesgo)	Controles	Nueva Calificación	Evaluación de los Riesgos después de los controles (Zona de riesgo)	Opciones de Manejo	Acciones	Indicador
							Gestionar el desarrollo competencias en el personal de la SSPM, para la realización de la planificación estratégica.	Talleres y capacitaciones en planeación estratégica ejecutadas.
							Ampliar el alcance de la planificación de los Procesos de salud acorde con el ejercicio de la rectoría y los determinantes sociales y ambientales de la salud en los territorios.	Plan sectorial de salud definido y ajustado acorde con nuevos enfoques de la salud.
							Elaborar un diagnóstico de equipo y procedimientos para inspección, vigilancia y control de salud ambiental y generar proyecto de inversión para la actualización de los equipos y procedimientos, que incluya la capacitación del personal para su utilización e implementación, calibración, operación y mantenimiento.	Proyecto de inversión para el mejoramiento de condiciones para el desarrollo del IVC de factores de riesgos de sanitarios del ambiente
							Implementar las políticas operativas de inducción adoptadas por la Administración Central Municipal de Santiago de Cali.	Programas de inducción ejecutados conforme a políticas operativas de talento humano.
							Institucionalizar medios de comunicación, donde se divulguen planes, logros, proyectos exitosos y metas alcanzadas.	Planes, logros, proyectos exitosos y metas alcanzadas divulgados a través de diferentes medios de comunicación

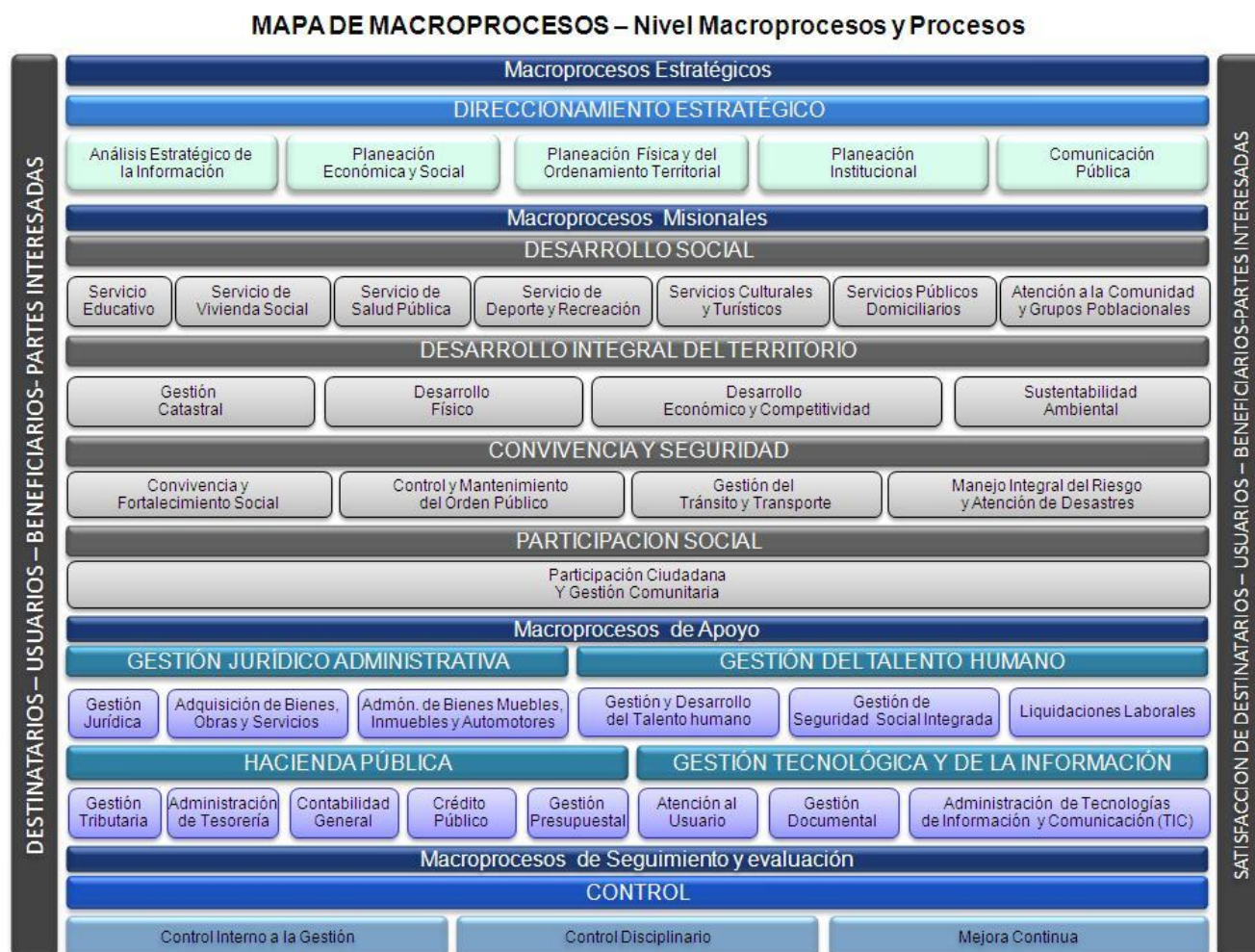
Fuente. Las autoras.

AneXo 5. Contexto estratégico y mapa de riesgos de la Alcaldía - Continuación

Riesgo	Calificación	Evaluación de los Riesgos antes de los Controles (Zona de riesgo)	Controles	Nueva Calificación	Evaluación de los Riesgos después de los Controles (Zona de riesgo)	Opciones de Manejo	Acciones	Indicador
							Realizar una revisión de las competencias legales de la SSPM; sistematizar y unificar criterios jurídico legales entre los funcionarios que ejerzan función jurídica en la SSPM.	Actas de reunión con criterios y acuerdos definidos.
							Desarrollar proyectos de aprendizaje para el fortalecimiento de competencias especializadas en componentes jurídico legales.	Proyectos de aprendizaje diseñados y sustentados ante autoridad competente.
							Implementar acciones de análisis de los PQRS con relación a cada eje temático, proceso, subproceso o procedimiento para generar acciones de mejora continua	Sistema de análisis de PQRS implementado

Fuente. Las autoras.

Anexo 6. Mapa de procesos de la Alcaldía de Santiago de Cali



Fuente. Manual de la Alcaldía de Santiago de Cali.

Anexo 7. Ejemplo de documentación de procedimientos.

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA		SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SISTEMA, SGC y MECI)				MEDE01.05.02.18.P01.F15		
						VERSIÓN		1
						FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA		08/abr/2011
DISEÑO DE PROCEDIMIENTO								
MACROPROCESO: DESARROLLO SOCIAL						CÓDIGO: MMDS01		
PROCESO: SERVICIO DE SALUD PÚBLICA						CÓDIGO: MMDS01.03		
SUBPROCESO: GESTIÓN DE DESARROLLO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD						CÓDIGO: MMDS01.03.08		
PROCEDIMIENTO: Seguimiento a la implementación de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Versión 1.						CÓDIGO: MMDS01.03.08.18.P01		
Nº	ACTIVIDADES	OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD	CARGO RESPONSABLE	Nº	TAREAS	PUNTO CRÍTICO DE CONTROL	CARGO RESPONSABLE DE LA TAREA	FLUJOGRAMA
1	Formular el plan de seguimiento de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud	Establecer los mecanismos de verificación para la implementación de la política nacional de prestación de servicios de salud por parte de las IPS	Profesional Especializado	1	Inicio			
				2	Definir aspectos preparatorios del proyecto (revisión bibliográfica, normatividad vigente, actualización de información, precisión de conceptos, definición de estrategias metodológicas).		Profesional Especializado, Profesionales Universitarios, Médicos y Profesionales Universitario área de la salud	
				3	Determinar si se requiere formular proyecto de inversión, si es así remitir al Macroproceso de Direccionamiento Estratégico / Proceso de Planeación Institucional / Subproceso de Planeación Estratégica Financiera.		Profesionales Universitarios, Médicos y Profesionales Universitarios área de la salud	
				4	Revisar los componentes de la política nacional de prestación de servicios de salud y fuentes secundarias (informes generados de otras áreas, documento ASIS).		Profesionales Universitarios, Médicos y Profesionales Universitarios área de la salud	
				5	Formular el plan de seguimiento a la política de prestación de servicios de salud, que contenga: Cronograma, responsables, metas y alcance.		Profesionales Universitarios, Médicos y Profesionales Universitarios área de la salud	
				6	Definir los criterios de verificación y evaluación, de manera articulada con el subproceso de Gestión sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud y el procedimiento de Gestión frente a los requerimientos de los ciudadanos con relación a la accesibilidad y calidad, en la prestación de servicios en salud. (P.C.) = Punto Crítico – Ver Formato Plan de Control MEDE01.05.02.18.P01.F16	X	Profesionales Universitarios, Médicos y Profesionales Universitarios área de la salud	
				7	Unificar criterios de verificación y evaluación con el equipo auditor.		Profesionales Universitarios, Médicos y Profesionales Universitario área de la salud	
				8	Alistar los instrumentos de verificación y evaluación, de acuerdo con los criterios definidos.		Profesionales Universitarios, Médicos y Profesionales Universitarios área de la salud	
				9	Validar el plan de verificación y evaluación.		Profesional Especializado	
2	Implementar el plan de seguimiento de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud	Verificar el grado de cumplimiento de la implementación de la política por parte de las IPS	Profesional Especializado	10	Elaborar los oficios de anuncio de visitas a las IPS.		Auxiliar Administrativo	
				11	Revisar y firmar los oficios de anuncio de visitas de seguimiento a la política Nacional de Prestación de servicios de salud.		Profesional Especializado	 → 

Fuente. Las autoras.

Anexo 7. Ejemplo de documentación de procedimientos - Continuación

N°	ACTIVIDADES	OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD	CARGO RESPONSABLE	N°	TAREAS	PUNTO CRÍTICO DE CONTROL	CARGO RESPONSABLE DE LA TAREA	FLUJOGRAMA
2	Implementar el plan de seguimiento de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud	Verificar el grado de cumplimiento de la implementación de la política por parte de las IPS	Profesional Especializado	12	Enviar los oficios de anuncio de visitas de seguimiento a la política de prestación de servicios de salud.		Auxiliar Administrativo	<pre> graph TD A[A] --> T12[12] T12 --> T13[13] T13 --> T14[14] T14 --> T15[15] T15 --> T16[16] T16 --> T17[17] T17 --> T18[18] T18 --> T19[19] T19 --> T20[20] T20 --> T21[21] T21 --> T22{22} T22 -- No --> T23[23] T22 -- Si --> T24[24] T23 --> T24 T24 --> T25[25] T25 --> B[B] </pre>
				13	Organizar la logística para la ejecución del plan de trabajo de visitas, que incluye (solicitar transporte, organizar material de trabajo, fotocopias, impresión de formatos, llamadas telefónicas).		Auxiliar Administrativo	
				14	Realizar las visitas a las IPS programadas, de acuerdo con el instrumento establecido Seguimiento a la implementación de la Política de prestación de servicios en IPS Públicas y privadas - MMDS01.03.08.18.P01.F01. Se debe tener en cuenta: Reunión de apertura, aplicación de instrumentos de trabajo, verificación de evidencias aportadas y cierre de la visita.		Profesionales Universitarios, Médicos y Profesionales Universitarios área de la salud	
				15	Elaborar el informe de auditoría por cada uno de los componentes evaluados en las diferentes Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).		Profesionales Universitarios, Médicos y Profesionales Universitarios área de la salud	
				16	Consolidar y entregar el informe de auditoría por IPS para validación.		Profesional Universitario	
				17	Revisar y ajustar el informe de auditoría por IPS.		Profesional Especializado	
				18	Remitir mediante oficio a la IPS el informe de auditoría y solicitar el plan de mejoramiento respectivo cuando haya lugar, de acuerdo con el Formato Plan de mejoramiento - MMDS01.04.07.18.P04.F05.		Auxiliar Administrativo	
				19	Organizar expediente documental.		Auxiliar Administrativo	
				20	Recibir el plan de mejoramiento de las IPS y validarlo de manera conjunta cuando sea requerido con el subproceso de Gestión sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud.		Profesional Especializado, Profesionales Universitarios, Médico y Profesionales Universitarios área de la salud	
				21	Elaborar el cronograma de visitas de seguimiento a los planes de mejoramiento.		Profesionales Universitarios, Médico y Profesionales Universitarios área de la salud	
				22	Verificar si el formato de seguimiento a plan de mejoramiento requiere ajustes.		Profesionales Universitarios, Médico y Profesionales Universitario área de la salud	
				23	Ajustar formato de seguimiento a plan de mejoramiento cuando sea requerido.		Profesional Universitario	
				24	Reportar ajustes del formato al proceso de Planeación institucional cuando sea requerido.		Profesional Universitario	
				25	Diligenciar formato de seguimiento a planes de mejoramiento, de acuerdo con las acciones de mejora presentadas por las IPS.		Profesionales Universitarios, Médico y Profesionales Universitarios área de la salud	
2	Implementar el plan de seguimiento de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud	Verificar el grado de cumplimiento de la implementación de la política por parte de las IPS	Profesional Especializado	26	Organizar logística para las visitas de seguimiento a los planes de mejoramiento.		Auxiliar Administrativo	<pre> graph TD B[B] --> T26[26] T26 --> T27[27] T27 --> T28[28] T28 --> T29[29] </pre>
				27	Realizar la visita de seguimiento para verificar el grado de avance de las acciones de mejoramiento, de acuerdo con el Formato de Seguimiento a plan de mejoramiento - MMDS01.04.07.18.P04.F06.		Profesionales Universitarios, Médico y Profesionales Universitarios área de la salud	
				28	Archivar los informes de auditoría, de verificación de seguimiento y documentación de cada IPS visitada en el expediente documental correspondiente.		Auxiliar Administrativo	
				29	Remitir cuando sea requerido al procedimiento de Articulación de la Asistencia técnica y la Inspección, Vigilancia y Control en salud los incumplimientos encontrados en el seguimiento a los planes de mejoramiento de las IPS.		Profesional Especializado	

Fuente. Las autoras.

Anexo 7. Ejemplo de documentación de procedimientos - Continuación

N°	ACTIVIDADES	OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD	CARGO RESPONSABLE	N°	TAREAS	PUNTO CRÍTICO DE CONTROL	CARGO RESPONSABLE DE LA TAREA	FLUJOGRAMA
3	Evaluar, validar y realizar asistencia técnica de las obligaciones normativas de cumplimiento por parte de las ESE's	Verificar el cumplimiento de las obligaciones normativas por parte de las ESE	Profesional Especializado	30	Elaborar el cronograma de reporte de las obligaciones normativas.		Profesional Especializado	
				31	Revisar la normatividad vigente que tiene relación con las obligaciones que aplican a las ESE, en cuanto a producción de servicios, indicadores de calidad (Decreto 2193 de 2004), evaluación de gerentes de las ESE (Resolución 743 de 2013) y mantenimiento hospitalario y Evaluación de la Tecnología biomédica (Circular Única, entre otros).		Profesional Especializado Profesionales Universitarios / Profesionales Universitarios área de la salud / Enfermera / Médico General	
				32	Solicitar la información requerida en los casos que aplique.		Profesional Universitario	
				33	Recibir la documentación enviada por las ESE		Profesional Especializado y Profesionales Universitarios	
				34	Hacer seguimiento a las ESE, con relación al envío de la información solicitada, cuando sea requerido.		Profesionales Universitarios / Profesionales Universitarios área de la salud / Enfermera / Médico General	
				35	Revisar la completitud y pertinencia de los documentos enviados por las ESE, de acuerdo con los formatos de: Informe de verificación de cumplimiento del plan de gestión de gerentes - MMDS01.03.08.18.P01.F02 y el de Registro de indicadores reportados por las Empresas Sociales del Estado - MMDS01.03.08.18.P01.F03.		Profesionales Universitarios / Profesionales Universitarios área de la salud / Enfermera / Médico General	
				36	Verificar el cumplimiento de las obligaciones normativas conforme a los mecanismos definidos en el plan de trabajo, de acuerdo con los criterios establecidos en la norma.		Profesionales Universitarios / Profesionales Universitarios área de la salud / Enfermera / Médico General	
3	Evaluar, validar y realizar asistencia técnica de las obligaciones normativas de cumplimiento por parte de las ESE's	Verificar el cumplimiento de las obligaciones normativas por parte de las ESE	Profesional Especializado	37	Brindar asistencia técnica a las ESE con relación a los criterios evaluados, cuando se requiera.		Profesionales Universitarios / Profesionales Universitarios área de la salud / Enfermera /	
				38	Generar registro y/o resultado de la validación según los instrumentos establecidos.		Profesionales Universitarios / Profesionales Universitarios área de la salud / Enfermera / Médico General	
				39	Realizar requerimiento a las Empresas Sociales del Estado (ESE) solicitando revisión y/o ajustes en la información reportada en los casos que presenten inconsistencia. Se remite a las tareas 31 y 32.		Profesionales Universitarios / Profesionales Universitarios área de la salud / Enfermera / Médico General	
				40	Remitir a las instancias correspondientes los resultados de la validación (Área Financiera lo relacionado con la Resolución 2193, al Presidente de la Junta Directiva de cada una de las ESE lo relacionado con la evaluación de Gerentes).		Profesional Especializado	

Fuente. Las autoras.

Anexo 7. Ejemplo de documentación de procedimientos - Continuación

Nº	ACTIVIDADES	OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD	CARGO RESPONSABLE	Nº	TAREAS	PUNTO CRÍTICO DE CONTROL	CARGO RESPONSABLE DE LA TAREA	FLUJOGRAMA
4	Dar respuesta a requerimientos de los usuarios, beneficiarios y/o destinatarios y entes de control, de acuerdo con los lineamientos impartidos	Atender de forma eficaz y eficiente los requerimientos de los usuarios, beneficiarios y/o destinatarios y entes de control	Profesional Especializado	41	Atender visitas de entes de control o rectoría en salud.		Profesional Especializado (coordinador y/o responsable del subproceso) Profesionales Universitarios / Profesionales Universitarios área de la salud / Enfermera / Odontólogo / Médico General / Médico Especializado	
				42	Recibir el informe de entes de control o rectoría en salud.		Profesional Especializado (coordinador y/o responsable del subproceso)	
				43	Consolidar el informe cuando se requiera.		Profesional Especializado (coordinador y/o responsable del subproceso) Profesionales Universitarios / Profesionales Universitarios área de la salud / Enfermera / Odontólogo / Médico General / Médico Especializado	
				44	Remitir al proceso de mejora continua (planeación) para la consolidación de informe, cuando se requiera.		Profesional Especializado (coordinador y/o responsable del subproceso)	
5	Evaluar el cumplimiento del Plan de trabajo seguimiento de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud formulado por el Grupo	Revisar el cumplimiento del plan de seguimiento establecido	Profesional Especializado	45	Verificar de manera conjunta el cumplimiento del plan de trabajo establecido, teniendo en cuenta los indicadores.		Profesional Especializado, Profesionales Universitarios, Médico y Profesionales Universitarios área de la salud	
				46	Realizar seguimiento y medición de indicadores.		Profesional Especializado y profesional Universitario	
				47	Fin			
Elaborado por: Grupo de Modelación de Gestión del aseguramiento			Cargo: No Aplica				Fecha: 01/sep/2014	Firma:
Revisado por: Bertha Lucía Ospina			Cargo: Asesor				Fecha: 01/sep/2014	Firma:
Aprobado por: Harold Alberto Suárez Calle			Cargo: Secretario de Despacho				Fecha: 01/sep/2014	Firma:

Fuente. Las autoras.