

# Visión Informativa

Enero-Febrero de 2011

Una Publicación de FUNDACIÓN VISIÓN SALUD

## HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD Y ACREDITACION

En los últimos años; de las otras rudimentarias técnicas, se ha avanzado hacia el desarrollo de métodos novedosos para el diagnóstico y el tratamiento de cada vez más enfermedades. Las posibilidades de sobrevivencia ante condiciones antes mortales son cada vez mayores y los límites de la vida se han ampliado tanto en sus inicios (bebés cada vez más prematuros, que pueden sobrevivir gracias a los avances en la neonatología) como en el final de la vida (el cual se puede retrasar con nuevas medidas terapéuticas, unidades de cuidado intensivo, nuevos medicamentos, etc.).

Son múltiples los ejemplos de avances: la lectura del mapa genético, ha generado toda suerte de posibilidades en materia de detección temprana de enfermedades; el uso de células madre con fines terapéuticos y la clonación de órganos, dan nuevas esperanzas y abren expectativas no previstas para millones de pacientes que necesitan trasplantes o regeneración de tejidos lesionados; la telemedicina y los desarrollos en el envío de imágenes digitales modifican el escenario de la práctica y facilitan la ejecución de los tratamientos aún a grandes distancias; la robótica, la nanotecnología y la informática, hacen lo propio y generan modificaciones, casi a diario, para agilizar y hacer más y mejores tratamientos. La tecnología contribuye a que tengamos información en línea sobre los antecedentes de

los pacientes en tiempo real, lo cual puede ser definitivo a la hora de atender un paciente con una urgencia vital; las imágenes diagnosticas han evolucionado hasta cortes y proyecciones antes inimaginables y permiten conocer en su intimidad más profunda la anatomía y el funcionamiento del cuerpo humano. En muchos casos, es posible programar en computador la intervención (por ejemplo radioterapia) para garantizar la máxima precisión a través de simuladores y anticipar los posibles resultados de una intervención determinada. La lista de logros y posibles desarrollos sería interminable. Todos estos elementos, contribuyen a mejorar la calidad de la vida y hacen posible en forma directa o indirecta que la esperanza de vida al nacer sea cada vez mayor.

Otros factores relacionados con el mejoramiento en las condiciones generales de vida de la población y las facilidades de la vida moderna, inciden en un mayor acceso a los servicios y ponen al alcance del público conocimientos sobre las nuevas posibilidades tecnológicas, de tal forma que por una parte hay una oferta amplia de servicios y por otra una creciente demanda de los mismos.

Aparte las repercusiones directas e indirectas sobre la vida de las personas, todos estos cambios, generan discusiones sobre los costos crecientes e incontrolables de la aplicación de dichas

CORTESIA REVISTA

### NORMAS & CALIDAD



Doctor Carlos Edgar Rodríguez  
Director de Acreditación en Salud  
ICONTEC

tecnologías, la medicalización creciente de la vida del ser humano, el poco desarrollo de métodos similares para la prevención de enfermedades, la despersonalización y cosificación de los sujetos, la injusticia en la distribución de los beneficios de la ciencia y la evidente necesidad de implementar medidas para el acceso equitativo a dichos beneficios, todo lo cual constituye parte fundamental de los retos actuales de las profesiones de la salud y de la

justicia sanitaria. El desarrollo de nuevos medicamentos o tecnologías y la posibilidad de que los reciban enfermos sin capacidad de pago, constituye un ejemplo puntual de los retos mayores de los sistemas de salud en todo el mundo.

Detrás de los logros maravillosos de la ciencia, hay entonces crecientes efectos paradójicos. Algunas de las críticas mayores al fenómeno de la tecnificación, Continua

Pag.  
2



# E

# ditorial

Apreciados lectores: Es motivo de gran satisfacción presentar a ustedes la edición número dieciocho del periódico Visión Informativa, nuestro medio de comunicación.

En esta ocasión agradecemos de manera muy especial a nuestros invitados por sus aportes con temas de interés para la comunidad gerencial y directiva del sector público en el área de influencia de nuestra organización. De la misma manera esperamos sus aportes en próximas ediciones.

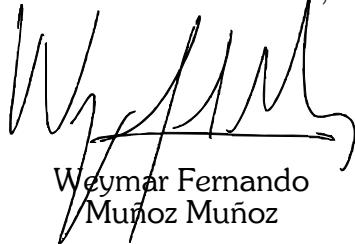
Arrancamos el 2011 llenos de expectativas por lo que será el cierre de este periodo de Gobierno y Gerencia en el país y en medio de los preparativos de unos procesos electorales que esperamos lleven a los cargos a personas idóneas y con la competencia necesaria para dirigir los destinos de nuestra instituciones.

Es importante recordar que de la elección inteligente de nuestros gobernantes dependerá el resultado para nuestras comunidades y regiones y así mismo será en el sector gerencial al que esperamos le pase lo mejor en los procesos de meritocracia.

Es un reto también para las instituciones el 2011 y los entes territoriales el proceso de adaptación e implementación de la reforma a la salud que se aprobó y que se espera sea la cuota inicial de una profunda transformación en el sector en el país.

Recordemos que a pesar de sus falencias este sistema es uno de los más fuertes en Latinoamérica y a pesar de sus problemas en cada rincón de este país alguien trabaja todos los días para brindar buenos servicios a la comunidad que es a la que nos debemos.

Éxitos a todos en el 2011,



Weymar Fernando  
Muñoz Muñoz



Pag.  
1

se relacionan con las imposiciones de poder que ejerce el sector salud sobre el resto de la sociedad, dada la asimetría de información, entre quienes ostentan y determinan el uso de la tecnología y aquellos que la requieren. Es evidente una medicalización creciente de la sociedad. La presión para que se destinen cada vez mayores recursos a los sistemas de salud, pone de presente el riesgo de excesos en los gastos, que no siempre repercuten en resultados positivos para la sociedad y que pueden generar desbalances con otros sectores que necesitan recursos para poder obtener los beneficios que la sociedad espera de ellos, por ejemplo el sector educativo. La presión de uso de los servicios de salud, por múltiples razones (nuevas enfermedades, influencias de los medios de comunicación, mayor información de la población sobre los riesgos, difusión de las ventajas de la tecnología, etc.) hace además que los propios pacientes demanden tecnología como una respuesta a su enfermedad o a sus síntomas y que se muestren a veces más

interesados en la solicitud de exámenes costosos que en el diálogo y la comunicación sincera con los profesionales de la salud tratando de encontrar en forma conjunta soluciones o en atender los elementos que contribuyan a mejorar su salud. Algunos ven en los exámenes diagnósticos una función curativa que la mayoría no tienen.

En este sentido, la medicina se ha convertido en un ritual tecnológico, en el que tanto profesionales como enfermos, delegan parte de los fines de las actuaciones en la tecnología.

Esta situación genera problemas estructurales que deben ser objeto de atención: los crecientes costos, los riesgos de uso innecesario con costos mayores para los sistemas de salud, las restricciones de actuación de los profesionales de la salud, que conducen a no intervenir a menos que se cuente con determinados requisitos tecnológicos (lo que en ocasiones, lejos de favorecer a los pacientes los afecta), constituyen ejemplos puntuales para entender los



## Consejo Editorial

**Weymar Fernando Muñoz Muñoz**  
**Paola Rocio Muñoz Muñoz**  
**Ivan Dario Gómez González**

## INVITADOS

**DOCTOR CARLOS EDGAR RODRÍGUEZ**  
 Director de Acreditación en Salud  
**ICONTEC**

**ELIANA MILENA PARDO**  
 Magíster en Ingeniería Industrial.

**ANDREA ROJAS**  
 Magíster en Ingeniería Industrial

**ELISA MORALES**  
 Magíster en Ingeniería Industrial

**OSCAR URIEL BRAVO DÍAZ**  
 Ingeniero Industrial



La Autora de la **GUIA TECNICA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE** publicada en la edición No. 17 es la Doctora Martha Yolanda Ruiz Valdez, Consultora del Ministerio de la Protección Social

efectos que el uso de la tecnología plantea. Desde esta perspectiva la aplicación de la tecnología puede omitir, a veces, los intereses legítimos de los seres humanos a quienes va dirigida y convertirse en un factor de deshumanización en beneficio de otros intereses; muchos ejemplos podrían ser concluyentes, baste el del llamado encarnizamiento terapéutico en el que se excede innecesariamente la aplicación de recursos tecnológicos sin claros beneficios para los pacientes, sobre todo si dichos servicios están cubiertos por un determinado seguro.

Ala vez, es notoria y creciente, una distancia cada vez mayor entre profesionales de la salud y pacientes. A las limitaciones en la comunicación propias de la vida moderna, se suma un lenguaje técnico difícil de entender, fragmentación de la atención dado que diferentes profesionales estudian diferentes "partes" del paciente y en muchos casos hay exclusión del enfermo como unidad total y parte activa de la relación. Esta deshumanización, es reflejo de la ocurrencia de fenómenos sociales similares en materia de comunicación entre seres humanos y tiene importancia especial en el caso de los servicios de salud, pues es justamente cuando el ser humano enferma, que requiere mayor atención, diálogo y proximidad.

Las relaciones humanas en general se han trivializado y el ritmo acelerado de la vida moderna impone formas de comunicación y esquemas de lenguaje marcados por la superficialidad; la relación entre los profesionales de la salud y los usuarios de los mismos es influída por este fenómeno colectivo, que en el caso de la atención en salud, se hace más doloroso para quien lo padece, el enfermo su familia y el propio trabajador de la salud.

Por otra parte la deshumanización creciente no es únicamente resultado de las dificultades de comunicación o del ritual tecnológico explicado antes. Las propias instituciones de salud contribuyen desde

su estructura y sus procesos a la pérdida de contacto entre los seres humanos. A veces los edificios en los que se atiende la salud, carecen de comodidades y sus estructuras son hostiles y poco sensibles a las necesidades de los usuarios; con mucha frecuencia se trasgreden la intimidad y la privacidad, a veces las áreas de trabajo son ruidosas e impiden el reposo de los enfermos. Además las instituciones también pueden expresar signos de deshumanización hacia sus propios colaboradores, imponiéndoles condiciones de trabajo poco dignas, vulnerando sus derechos o limitando sus posibilidades de desarrollo.

El problema de la deshumanización, es entonces mucho más que un problema de relación entre seres humanos, es un problema sistémico y debe ser visto en forma más global para ser entendido y atendido. El trabajador de la salud, no es la causa de la deshumanización, es solo una de sus víctimas. Las instituciones son un factor crítico a analizar en la etiología del fenómeno, pero también lo es el sistema de salud. Es evidente que la práctica clínica está cada vez más institucionalizada y es mediada por agentes externos diversos, en nuestro caso las aseguradoras y demás pagadores, los directivos de las instituciones en las que se atienden los pacientes, los productores de tecnología, etc. Los nuevos modelos de relación laboral entre profesionales de la salud y las instituciones en las que trabajan y las demandas crecientes de tecnología se constituyen en factores que contribuyen a la deshumanización: turnos prolongados, asignación de cada vez más pacientes en el mismo tiempo de atención, inestabilidad laboral como consecuencia de mecanismos de contratación, alta rotación que hace que el paciente no tenga seguimiento por un solo profesional, sino que cada vez sea visto por alguien diferente, menosprecio de la medicina general y tendencia a la especialización y subespecialización, tiempos de

espera prolongados e insatisfacción creciente, entre otros.

La existencia de múltiples planes de beneficios y la exclusión resultante de acuerdo con el nivel socio económico y de cobertura del sistema, genera resentimiento que se transfiere a los trabajadores de la salud y mayor tensión en la relación. En algunos casos el exceso de papeleo y la necesidad de diligenciar multitud de formatos por razones administrativas, termina afectando el tiempo disponible para el contacto con el paciente, convirtiéndose en otro factor crítico de la deshumanización.

Estos elementos terminan fragmentando la atención y afectan la calidad de la relación entre el paciente y el profesional de la salud.

Digamos hasta aquí, que un exceso de presión de uso de la tecnología, problemas asociados con el diálogo y la comunicación entre los seres humanos, una institucionalidad que desde su cultura organizacional, puede no contribuir con sus orientaciones administrativas y técnicas al mejoramiento de las condiciones de trabajo y de relación entre los seres humanos y las características propias del sistema de salud, constituyen factores críticos para entender la creciente deshumanización de los

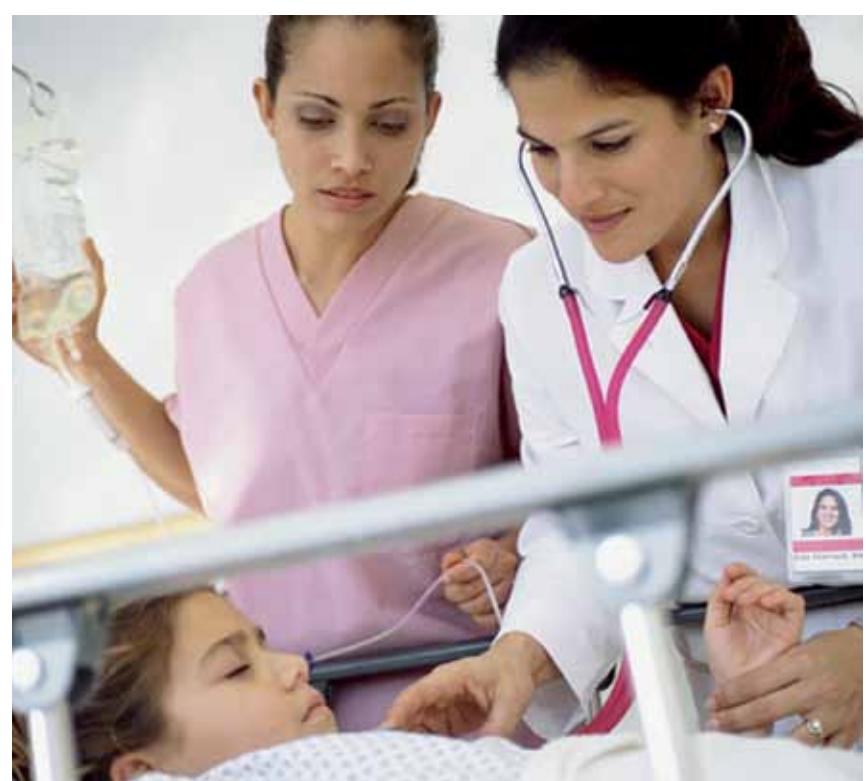
servicios de salud.

En los últimos años, ha tenido un auge importante el desarrollo de procesos de calidad en las instituciones de salud. Los sistemas de gestión de calidad sirven a las instituciones para orientar mejor su trabajo y obtener resultados positivos para los pacientes, sus familias y la comunidad en general. En el caso de los servicios de salud, los modelos de evaluación con estándares específicos para salud han tenido una acogida importante, en especial la acreditación en salud.

La especificidad de la evaluación de los estándares de acreditación en salud sirve para que las instituciones mejoren en aspectos significativos para la vida de los usuarios, que es el fin último de las actuaciones de todos los trabajadores de la salud. Desde esa perspectiva los ejes actuales de la acreditación en salud en Colombia son: seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión de la tecnología, enfoque de riesgo, transformación de la cultura y responsabilidad social.

La definición de ejes concretos del trabajo de calidad es útil para enfocar la atención de las instituciones y sus trabajadores, evitar la dispersión y el exceso de requisitos que

Continúa  
Pag.  
4



hagan demasiado burocrático el sistema.

Los estándares de la acreditación en salud promueven alternativas para que las instituciones sepan cómo abordar en forma concreta, soluciones a los problemas descritos anteriormente. Es importante resaltar que el énfasis que se ha dado en el sistema a la seguridad de paciente, tiene como premisa que la seguridad es también una forma concreta de demostrar humanización por el paciente. A la vez, es una forma concreta de mostrar respeto y consideración por los trabajadores de la salud, pues en la medida que se implementan requisitos de bioseguridad, se protege a los trabajadores. Estas consideraciones mínimas demuestran que se considera al trabajador en su dimensión de ser humano.

En cuanto al abordaje de los problemas que el uso de la tecnología supone, es relevante mencionar la existencia de estándares de acreditación concretos para la gestión de tecnología, con los cuales se promueve una visión integral del uso de la misma que parte del análisis de las necesidades, la planeación de adquisición, la implementación y la gerencia de su uso, su mantenimiento y definición de obsolescencia, su reemplazo etc. Algunos estándares aportan además a la humanización de la gestión de la tecnología centrando los intereses de la misma en el paciente y sus necesidades.

Es claro que en materia de humanización de la atención, los estándares de acreditación son una guía valiosa, con suficiente especificidad, por ejemplo en las exigencias sobre derechos y deberes para los pacientes, el respeto de la privacidad y de la dignidad de la persona, el consentimiento informado, la información al usuario y su familia, entre otros. Las instituciones acreditadas o en proceso, han mostrado avances significativos en la materia para beneficio de los pacientes.

Para continuar los avances en este campo, es importante

generar una visión de la humanización de la atención en salud en la que se aborden los problemas mencionados antes (tecnología, cultura organizacional, abordaje integral del talento humano, entre otros) en forma sistémica. El desarrollo actual de la humanización se debe en buena parte a los trabajos de sensibilización hechos por las comunidades religiosas, en especial la comunidad de los curas Camilos, los centros de pastoral de la salud, entre otros y a las orientaciones dadas al tema desde la perspectiva de la bioética y los aportes de la filosofía y la antropología. A estas visiones deben agregarse los esfuerzos concretos que la acreditación promueve, con una mirada centrada en el cumplimiento de ciertos estándares que contribuyen a una atención humanizada y que pueden ser objeto de evaluación explícita en las instituciones de salud.

Desde esta perspectiva hemos propuesto un nuevo paso en la humanización de la atención en salud que se incluirá en la próxima versión de estándares de acreditación y que incluye entre otros los siguientes aspectos:

- Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.
- La privacidad es respetada mientras el paciente se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación).
- La privacidad debe ser visual y auditiva (de afuera hacia adentro), excepto cuando se trate de consultorios odontológicos modulares.
- La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del paciente y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.
- La privacidad debe mantenerse cuando se administran sustancias o medicamentos que lo ameritan.
- En laboratorio clínico e Imagenología se debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente en toda toma de muestra, realización de examen y entrega de resultados. A los pacientes se les provee, en los casos que así se ameriten, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes.
- Procedimientos para la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los pacientes y sus preferencias, dando priorización a niños, adultos mayores, obstétricas y pacientes en condiciones críticas.
- Desarrollo a todo el personal de habilidades para la comunicación y el diálogo.
- Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.
- Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos: horarios articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y dolor.
- Abordaje integral del manejo del dolor.
- Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables.
- Respeto del cadáver y apoyo emocional a familiares. Políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promover condiciones de silencio.
- Inclusión de elementos de humanización en la infraestructura de atención. (Comodidades, información, etc.)
- Interés de las instituciones por el arte, las expresiones culturales y el abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los pacientes.
- Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas, filas etc.
- Análisis de las condiciones biométricas (peso, talla) en las condiciones de la atención.
- Se desarrollan estrategias para promover atención cortes y respetuosa a pacientes y familiares.



Con estos elementos y otros que se incluyen en diferentes partes del nuevo manual de estándares aspiramos a que la acreditación en salud, se convierta en un fuerte impulsor de la humanización de la atención tal cual ocurrió hace seis años con la seguridad de la atención a los pacientes y que esto contribuya a que las instituciones acreditadas o en proceso sean ejemplo de trato digno, de calidez y amor por los pacientes.

# LA "FALTA DE TIEMPO" UN RETO PARA EL CAMBIO EN LAS ORGANIZACIONES, ESTRATEGIAS PARA SU MANEJO.

En el libro “La danza del cambio”, Peter Senge (1999), define el cambio profundo en una organización como: “un cambio organizacional que combina modificaciones internas de los valores de la gente, sus aspiraciones y conductas, con modificaciones externas en procesos, estrategias, prácticas y sistemas”. Para conseguir este cambio la organización debe tomar medidas que motiven la organización misma, a cada individuo que la conforma y al rol que éste desempeña. Sin embargo, como Senge menciona “nada crece para siempre” y las organizaciones experimentan procesos limitantes para efectuar un cambio organizacional.

A estos procesos limitantes Senge los llama retos y los define como fuerzas que se oponen al cambio profundo, o condiciones del ambiente que regulan el crecimiento, afirmando que: “En la naturaleza todo crecimiento proviene de la interacción entre procesos impulsores y procesos limitantes”. Para explicar estos retos los divide

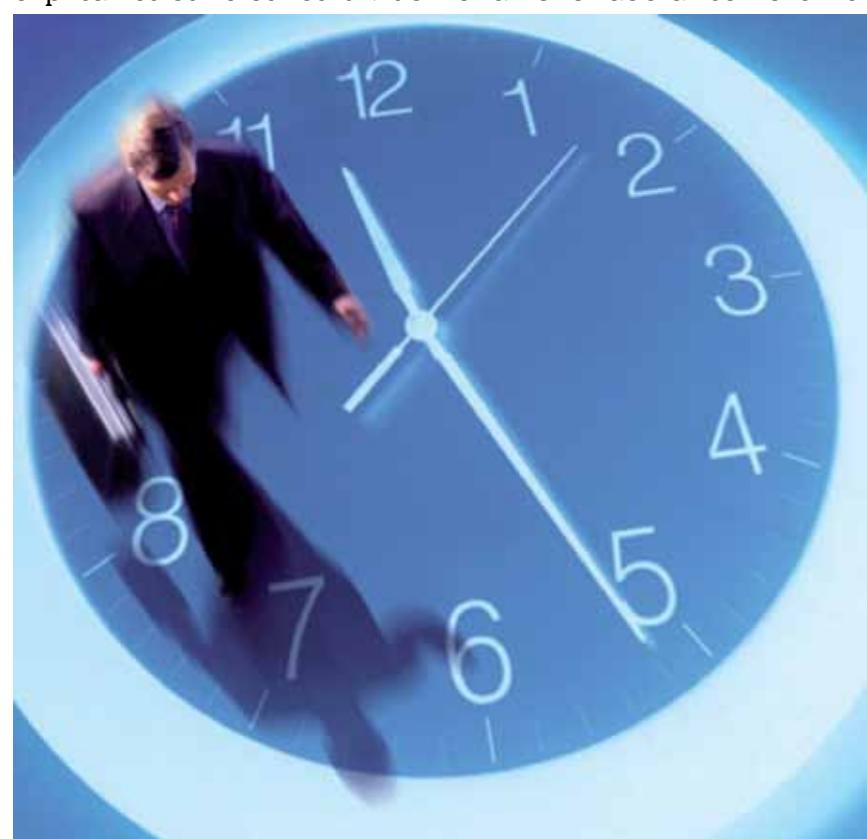
en tres grupos: Retos de iniciar, retos para sostener la transformación y retos para continuar rediseñando y pensando.

Los retos de iniciar se presentan cuando un grupo piloto (grupo de personas), sin importar el tamaño, trabajan en un proyecto específico y emprenden la realización de una iniciativa de cambio profundo pero no están coordinados o presentan formas de trabajo no comunes. Dentro de este grupo incluye: No tener suficiente tiempo, no tener ayuda o apoyo, pensar que no es relevante y el hacer lo que se dice.

En este escrito se hace énfasis en el primero: “Falta de Tiempo”, identificando en qué consiste, sus causas, estrategias de solución y algunas conclusiones.

## EL RETO “FALTA DE TIEMPO”

Este reto está relacionado con el control del tiempo, tanto en el ámbito laboral como en el



### ELIANA MILENA PARDO

Magíster en Ingeniería Industrial. Profesora Asistente Tiempo Completo. Facultad de Ciencias Administrativas y Contables. Universidad de la Salle, Bogotá, Colombia. Investigadora y Consultora en modelos organizacionales, aprendizaje organizacional, aplicación de herramientas cuantitativas para la toma de decisiones. E-mails: empardo@unisalle.edu.co; elipardom@gmail.com

**ANDREA ROJAS**  
Magíster en Ingeniería Industrial

**ELISA MORALES**  
Magíster en Ingeniería Industrial

personal. Los que toman parte de una iniciativa de cambio necesitan suficiente flexibilidad para dedicar tiempo a la reflexión y a la práctica. Este reto se presenta cuando los cambios en la organización se ven afectados por el manejo que dan al tiempo los individuos involucrados en el cambio.

Entre las causas más comunes de este reto, se tienen: no saber decir que “no” a las distracciones externas, no definir prioridades, no planear, plantear metas por encima de la capacidad para cumplirlas, interrupciones constantes durante el desarrollo de una actividad, no delegar, centralización excesiva, realización de reuniones sin objetivos claros, estimados inadecuados del tiempo que puede tomar una actividad, entre otras.

La estructura organizacional también puede ser una causa de la falta de tiempo, cuando se tiene demasiada burocracia en los trámites internos, en la toma de decisiones, cuando los procesos no tienen la discrecionalidad suficiente para llevar a cabo actividades en las que fácilmente podrían contribuir para evitar sobrecarga de trabajo a otros procesos, etc.

De otro lado, las manifestaciones de este reto pueden verse en situaciones

como: inasistencia a reuniones, incumplimiento de compromisos, trabajo en tiempo adicional de la jornada laboral, mantenimiento de un calendario totalmente ocupado, sobre carga de trabajo y abandono de iniciativas de cambio, por mencionar algunas.

Senge propone algunas estrategias para afrontar el reto de falta de tiempo, como: Dedicar tiempo exclusivo para reflexionar y administrar el tiempo; eliminar el trabajo innecesario (ej. Informes que se realizan pero no se utilizan); eliminar distractores (uso no moderado del correo electrónico, chats, llamadas telefónicas); integrar diversas iniciativas; programar tiempo para concentración y enfoque (pensar qué es lo que se va a hacer, enfocándose en la meta y cómo se va a realizar esa actividad); confiar en la gente (remunerarlos no por el tiempo que trabajan sino por los resultados que ellos presenten, crear confianza y demostrar a los trabajadores que son colaboradores y son el futuro de la organización dándoles toda la importancia que tienen dentro ella); trabajar de modo más inteligente y no durante más tiempo.

Además de las estrategias planteadas por Senge, existen otras alternativas para el manejo adecuado del tiempo, como:

procurar, dentro de lo que sea posible, respetar los compromisos y actividades previamente establecidas; asignar el tiempo a las actividades de acuerdo con el orden de prioridad e importancia; fijarse fechas límite para el cumplimiento de compromisos; no comprometerse con más de lo que se puede; concentrarse en cada actividad (trabajar ocho horas en un informe no es igual a trabajar una hora diaria durante ocho días).

Stephen Covey (Citado en artículo: Gestión del Tiempo, 2006), por ejemplo, propone una técnica para establecer prioridades en una lista de tareas, paso fundamental para administrar mejor el tiempo, compuesta por cuatro categorías: 1. Importante y urgente, 2. Importante, 3. No importante pero urgente, 4. Ni importante ni urgente. Esta técnica considera que hay que aprender a decir NO a las tareas de la categoría 4, como estrategia fundamental para el manejo efectivo del tiempo y que las ubicadas en la categoría 3 (urgente sin importancia) deben llevarse a cabo porque pueden volverse emergencias si no se realizan.

Adicionalmente, Watts S. Humphrey (1997), destacado consultor y gerente de IBM, propone que "para manejar el tiempo, es necesario planearlo, seguir el plan, y evaluar los resultados. Para esto, propone unas guías para la gestión del tiempo personal:

- » Entender cómo gastamos nuestro tiempo, pues esta semana gastaremos nuestro tiempo, generalmente de la misma manera como la semana anterior.
- » Para hacer planes realistas, usted debe registrar la forma como gasta el tiempo actualmente, con un nivel de detalle adecuado a sus tareas.
- » Para verificar la precisión de los estimados de tiempo y planes, documéntelos y luego compárelos con lo que realmente hizo.
- » Para hacer mejores planes, determine donde estuvo el error en su plan anterior y

que pudo haber hecho de mejor manera"

Para la utilización de las diferentes estrategias y técnicas expuestas, se debe considerar que afrontar el reto de la falta de tiempo en un proceso de cambio es un asunto que involucra tanto a los empleados como a la organización en sí misma.

La organización, como sugiere Senge, puede hacer uso de las herramientas para vencer el reto de la falta de tiempo, pero es necesario romper algunos modelos mentales típicos como: el control excesivo; la falta de delegación y confianza en los individuos y en los grupos de trabajo; la no valoración del tiempo no estructurado como espacio de reflexión y de creación de redes informales de comunicación, de donde se pueden desprender nuevas ideas para la organización.

Dado que la planeación y la priorización, son herramientas fundamentales para el mejor manejo del tiempo, a continuación se cita una anécdota tomada del artículo: Administración de tiempo/Poniendo prioridades (2006), relacionada con el tema:

*"Charles M. Schwab, quien transformó la compañía Bethlehem Steel en la más grande productora independiente de acero en el mundo, en una ocasión planteó un desafío durante la comida a un consultor en gerencia llamado Ivy Lee: "Muéstreme una forma en que pueda lograr hacer más cosas con mi tiempo y le pagaré los honorarios que quiera, dentro de lo razonable". Lee le extendió una hoja de papel en blanco. "Escriba cada noche las cosas que tenga que hacer mañana", dijo, y numérelas por orden de importancia. Por la mañana, lo primero que debe hacer es empezar a trabajar en el número 1 de su lista y continuar hasta que lo haya terminado. Luego inicie con el número 2..., el 3..., etc. Al término del día deseche su lista y elabore una nueva. No se preocupe si no logra terminar todas las actividades de su lista. Si no puede con*



*este método, no podrá hacerlo con ningún otro. Pruébelo por unos días y luego págueme lo que crea que vale este consejo".*

*Poco después, Schwab le envió a Lee un cheque por \$25,000 USD. Más tarde dijo que ésta era la lección más rentable que pudo aprender en su carrera empresarial."*

Está historia representa una de las situaciones en las cuales el sólo uso de la definición de prioridades trae como consecuencia mayor eficiencia y mejoramiento de los resultados a nivel personal y organizacional.

organizaciones, el primer paso errado es que la gerencia olvide que los cambios, son un proyecto, en toda la extensión de la palabra. Esto implica que necesitan un líder del proyecto que se haga cargo del mismo en todos los niveles, involucrando un alcance y unos objetivos a alcanzar, un plan de trabajo, basado en una estimación de costos y recursos físicos y humanos; y utilizando en muchos casos, algunas herramientas y equipos especializados.

El segundo error, generalmente inconsciente, es esperar que el cambio suceda espontáneamente. La posición típica, es que alguien, el líder designado para implementar el cambio haga de "ciego guiando a otros ciegos". Pronto en la empresa se escuchan frases del estilo "como tu eres tan eficiente y comprometido, con certeza nos dirás cómo es que tendremos que hacer las cosas de aquí en adelante, para implementar el cambio". Así, el líder del cambio lo estudia, analiza, cambia los procedimientos y formatos de operación, los distribuye por correo electrónico a todos en la compañía y se espera tácitamente, que una vez recibido el correo, todos actúen de otra forma. Es aquí cuando la gerencia y el líder del cambio se dan cuenta que el asunto involucra a más de uno.

El tercer error típico es, que ni la gerencia ni el responsable del cambio identifican la forma cómo la organización

va a participar, aprender y a sacar tiempo para abordar la iniciativa. La responsabilidad de definir las nuevas prácticas es dada a algún profesional respetable y a un par de compañeros de soporte, y la gerencia espera que ellos sigan haciendo su trabajo habitual y en paralelo haga el cambio. En realidad, no hay tiempo para la iniciativa de cambio, y como la evaluación de desempeño típicamente se da por el cumplimiento de los compromisos y proyectos de la operación regular, lentamente, el equipo responsable del cambio se da cuenta que no vale la pena sacrificarse y robarle tiempo a la vida personal, en pos del cambio. Al final, esto acaba con el entusiasmo, y la iniciativa de cambio, lentamente empieza a disminuir, hasta desaparecer por completo.

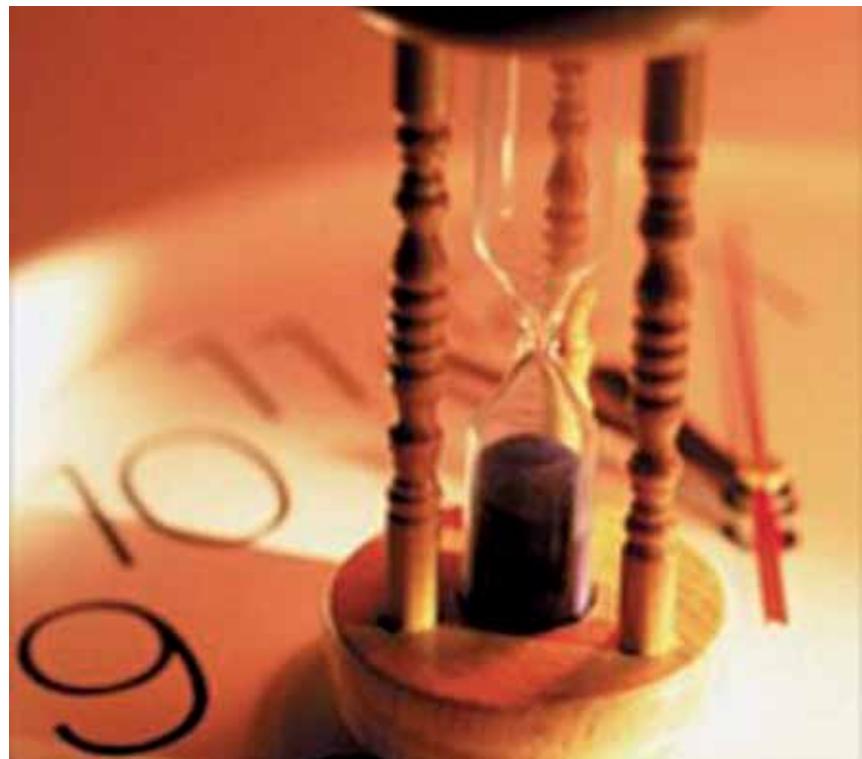
Lo anterior puede desencadenar en sentimientos de frustración. Un ejemplo de ello, se puede presentar cuando las personas designadas para revisar y aprobar algunos cambios reciben la introducción del tema, junto con todo el detalle del cambio, se acuerda con ellos un tiempo de análisis y cuando se reúnen para discutir los detalles, ni siquiera han leído los documentos. Siempre hay una buena excusa, amparada en los compromisos de la operativa diaria, que obligan a las personas a no revisar los cambios, o más peligroso aún, a aprobarlos sin ningún análisis y a esperar que en la marcha las rutinas se ajusten ante cada tropiezo.

Lo más común, es que pase

algun tiempo para que la empresa se de cuenta que el cambio es un proyecto real, que consume tiempo y que son todas las personas las llamadas a cambiar, que es como una danza, de la cual no se es espectador, sino bailarín. Y eso implicará que alguien debe reunir, motivar, mostrar por qué es importante danzar, contar cuál es el repertorio de obras a danzar, conformar el equipo de bailarines, definir el vestuario, la coreografía de movimientos, el cronograma de ensayos para preparar la serie de presentaciones contratadas.

Cuando se da esta conciencia, de que un cambio organizacional es un asunto de cambio de cultura, prácticas y de modelos mentales ya sea porque la gerencia ha contratado a un experto que comparte las implicaciones del cambio, ha tenido la oportunidad de compartir las historias de éxito con otras firmas, o ha llegado a la suma frustración ante el fracaso recurrente, por alcanzar el cambio, es cuando finalmente la organización entra en el verdadero camino hacia el cambio.

Es en este punto en que la organización puede determinar qué tipo de ayuda, soporte y entrenamiento necesita, cuántas personas van a participar, y cuál será la disponibilidad de tiempo del equipo líder para el proyecto de cambio. Paralelamente, los compromisos de las personas del equipo líder son renegociados, algún personal de apoyo es contratado, las agendas son ajustadas, los



proyectos son priorizados y planeados detalladamente y todos inician un proceso de aprendizaje conceptual que poco a poco se va trasladando en aprendizaje operacional, mejorando día a día, un poco a la vez, con metas medibles y alcanzables y con herramientas de apoyo que faciliten la gestión del conocimiento de la empresa, a fin de que el conocimiento perdure y evolucione en el tiempo.

## CONCLUSIONES

Vencer el obstáculo de la falta de tiempo implica reflexionar y replantear la forma como se llevan a cabo las labores diarias y observar cómo la estructura organizacional en sí misma puede ser un obstáculo o un facilitador de iniciativas, para realizar los cambios necesarios ayudando a que los

empleados también tengan un manejo del tiempo individual adecuado.

El buen manejo del tiempo es fundamental para el éxito de las organizaciones, por tanto la delegación y la capacidad para decir que no son herramientas fundamentales para conseguirlo.

El tiempo es un recurso no recuperable e inmodificable, cada día tiene 24 horas y no hay nada que se pueda hacer, excepto manejarlo efectivamente. Por ello el manejo del tiempo se constituye en una habilidad fundamental para el éxito personal, profesional y organizacional. Aunque, existen diferentes metodologías y herramientas para lograr hábitos positivos en el manejo del tiempo, casi todas se basan en planear, organizar, priorizar y delegar actividades de acuerdo con su importancia y urgencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Senge, Peter (1999). *The Dance of Change: The Challenges of Sustaining Momentum in Learning Organizations*, London, Nicholas Brealey Publishing Limited.
2. Watts S. Humphrey (1997). *Introduction to the Personal Software Process*, Pittsburg, Pennsylvania, Carnegie Mellon University, Addison Wesley.
3. Bill Curtis (1995), et all, *People Capability Maturity Model*, Carnegie Mellon University, Addison Wesley.

## REFERENCIAS DE INTERNET:

1. El tiempo si alcanza, consultado en: <http://www.clickempleo.com/BancoConocimiento/t/tiempo-planear/tiempo-planear.asp?IdArticulo=3057>, el 21 de junio de 2006.
2. Cuando el tiempo es oro, consultado en <http://www.suleasing.com/plus/html/Plus6/primerplano2.htm>, el 20 de junio de 2006.
3. Gestión del tiempo, consultado en [http://es.wikipedia.org/wiki/Gesti%C3%B3n\\_del\\_tiempo](http://es.wikipedia.org/wiki/Gesti%C3%B3n_del_tiempo), el 20 de junio de 2006.
4. Administración de tiempo/Poniendo prioridades, consultado en: [http://es.wikibooks.org/wiki/Administraci%C3%B3n\\_de\\_tiempo/Poniendo\\_prioridades](http://es.wikibooks.org/wiki/Administraci%C3%B3n_de_tiempo/Poniendo_prioridades) el 20 de junio de 2006.

# REFORMA A LA SALUD

## Una reforma equitativa y con calidad para la gente

### ANTECEDENTES

El Sistema General de Seguridad Social en Salud funciona en nuestro país desde 1993 cuando fue promulgada la Ley 100. Desde entonces ha sufrido modificaciones y ajustes por distintas vías: circulares, resoluciones, jurisprudencia y hasta una nueva Ley, la 1122 de 2007, que prometía reestructurar definitivamente el sistema.

Durante el año 2009 se escucharon en el país varias voces que anunciaban la llegada de un hito catastrófico para el sistema de salud colombiano: la desfinanciación del sistema, que amenazaba con hacer colapsar todo el sistema. A partir de entonces, el Gobierno Nacional comenzó a trabajar en una reforma de contingencia, que solventara este y otros problemas crónicos, y promulgó en diciembre el decreto que declaró la emergencia social y, al amparo de éste, una serie de decretos que pretendían ser esa solución esperada.

La emergencia social fue declarada inexequible por la Corte Constitucional, dejando sin piso la mayoría de las acciones que pretendía tomar el gobierno. La Corte avaló temporalmente solo algunas de ellas, con el fin de ganar tiempo mientras se produce, ahora sí, esa reforma estructural.

Las reformas al sistema de salud que propone el Gobierno son de fondo, mantienen el

modelo de aseguramiento e introducen cambios profundos a los aspectos que no están funcionando, de manera que los principales beneficiarios sean los usuarios, especialmente los más pobres, buscando que hayan servicios de calidad, acceso equitativo en condiciones de igualdad, en un marco de sostenibilidad, así lo reiteró el Ministro de la Protección Social, Mauricio Santa María Salamanca.

Por ello a continuación y para que nos sirva al proceso de reflexión, presentamos el comunicado de prensa del Ministerio de la Protección Social, que resume los principales puntos de la reforma del sistema de salud colombiano, que se aprobó en el Congreso de la República.

### PRINCIPALES PUNTOS DE LA REFORMA A LA SALUD

Como resultado de un amplio proceso de participación y consulta con la comunidad y los principales actores del sector de la salud, se debate en el Congreso un ambicioso proyecto de reforma el cual incorpora conclusiones de las mesas temáticas por la salud, aportes de la academia, la comunidad médica, los gremios y las regiones. El proyecto se centra en mejorar la calidad y acceso de los servicios, promoviendo la equidad en un marco de sostenibilidad. Algunos de los principales puntos:

### LAS REFORMAS SI

- » Garantizan la portabilidad nacional del servicio: para que los colombianos puedan ser atendidos en cualquier lugar del país y no solo en su municipio de residencia.
- » Fortalecen la red hospitalaria pública, con nuevos recursos, mayor capacidad de gestión e incentivos para que se actualicen tecnológicamente.
- » Promueven el saneamiento fiscal y financiero de la red pública: se introducen medidas para agilizar la liquidación de contratos, cobros de cartera y una disposición para que el Fosyga se ponga al día con prestadores y aseguradores durante 2011.
- » Agilizan el flujo de recursos y asegurar la sostenibilidad financiera: se generan recursos anuales por \$800.000 millones para financiar el sistema. Además, se disminuye la intermediación, mediante el giro directo de los recursos del Régimen Subsidiado a las EPS.
- » Garantizan la libre escogencia del usuario: con base en información pública sobre resultados de salud, satisfacción y gestión, los usuarios podrán escoger el asegurador de su preferencia.
- » Actualizan y unifican los



Ing. Oscar Uriel Bravo Díaz.

Planes de Beneficios, empezando en 2011 se actualizará el plan de beneficios de manera integral cada 2 años para que incluya los procedimientos necesarios para atender las condiciones que afectan la salud de los colombianos, se define un cronograma para que en 2015 los afiliados del Régimen Subsidiado y del Régimen Contributivo tengan los mismos servicios.

- » Garantizan que los recursos de salud se inviertan en salud: se define un porcentaje máximo que las EPS podrán usar en gastos de administración, y se prohíbe rotundamente que los ingresos se destinen a actividades diferentes a la prestación de servicios de salud.
- » Mejoran la calidad en la prestación de los servicios, para lo cual es necesario que los actores del sistema hagan

Continúa  
Pag.  
9





la información sobre resultados de salud de tal manera que los usuarios tengan los elementos suficientes para elegir a los mejores, y los organismos de control puedan ejercer sus funciones.

• Fortalecen la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante un modelo de Atención Primaria que articula las acciones de salud pública, atención básica y atención especializada. El gobierno nacional junto con departamentos, distritos y municipios establecerá objetivos, metas e indicadores para hacer seguimiento a las actividades de promoción y prevención.

• Ponen fin a los recobros No POS. Los recobros de prestaciones por fuera del Plan de Beneficios hoy le cuestan al sistema cerca de \$ 2,6 billones, es un gasto insostenible y un trámite tortuoso para los usuarios. Estos recursos que serían suficientes para afiliar a 10 millones de personas en el Régimen Subsidiado, hoy se destinan a atender a 500 mil usuarios. El proyecto de Ley Estatutaria pone fin a los recobros y define un mecanismo expedito para mejorar el acceso a dichos servicios, surtido en una instancia técnica, compuesta por médicos especialistas que tengan la capacidad de analizar y comprender las condiciones particulares del paciente, en el que los jueces no reemplacen a los médicos.

• Apoyan la formación de talento humano en salud: Se incentiva la formación de especialistas y se generan mejores condiciones laborales, en un marco de autonomía profesional.

• Buscan que los medicamentos sean de mejor calidad y más baratos: las medidas propuestas tienen como objetivo común mejorar el acceso a los medicamentos mediante la inclusión de sistemas más eficientes de

negociación y compras conjuntas. Se introducen también disposiciones sobre garantía de la calidad de los medicamentos, para que las ganancias de los usuarios sean tanto en precio como en calidad. Esto se complementa con medidas tomadas por el Ministerio de la Protección Social para controlar abusos en los precios de los medicamentos.

• Fortalecen la inspección, vigilancia y control, mediante una Superintendencia Nacional de Salud fuerte y con presencia activa en todo el país.

• Retoman la rectoría del Sistema en cabeza del Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sector.

• Son resultado de un amplio proceso de participación y debate, este proyecto ha sido presentado, debatido y consultado en 9 Audiencias Regionales, 12 mesas temáticas, 35 Diálogos por la Salud, 1 Acuerdo por la Prosperidad en Salud, y múltiples reuniones con los actores del Sistema.

## LAS REFORMAS NO

• NO reduce los recursos para los hospitales públicos ni privatiza el sector: el proyecto asegura que el 10% del Sistema General de Participaciones que antes se dedicaba a subsidios a la demanda se destine a la financiación de la red pública hospitalaria (\$600 mil millones), ampliando la financiación contemplada en la normatividad vigente, además de crear un Fondo de Garantías para proteger a los hospitales que enfrenten crisis con recursos cercanos a \$150.000 millones anuales.

• NO disminuye el porcentaje de contratación con la red pública del 60% al 40%: este se mantiene en 60% para el Régimen Subsidiado. Este porcentaje podrá disminuir si no cumple con los estándares de calidad,

nuestro compromiso es con el usuario.

• NO le quita a los municipios y departamentos los recursos para promoción y prevención: los gobernadores y alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública, bajo los lineamientos de política que defina el Ministerio de la Protección Social. Los alcaldes son los llamados a conformar las redes para ejecutar las acciones de salud pública, promoción y prevención, y las EPS continuarán haciendo las que hoy tienen a su cargo.

• NO reduce los recursos del Régimen Subsidiado: por el contrario suman \$ 700.000 millones anuales, adicionales a los \$ 800.000 millones que genera la Ley 1393 de 2010 y el billón que se incorpora con cargo del Presupuesto General de la Nación, a partir de 2012.

• NO favorece a ningún actor en particular, favorece al usuario: promueve el mayor acceso a servicios de excelente calidad e introduce disposiciones para mejorar y endurecer los controles a todos los que participan del sistema.

• NO promueve intermediarios que no agregan valor: con el giro directo de los recursos al prestador final de los servicios, la definición de plazos para agilizar

los pagos entre agentes y la prohibición de la contratación por capitación bajo ciertas circunstancias que es la versión más nefasta y dañina de la intermediación, así como medidas que aprovechan las economías de escala se favorece el uso eficiente de los dineros del sector.

• NO promueve la integración vertical ni modifica las normas que hoy regulan esa materia: mantiene el límite del 30% para la integración vertical entre EPS y prestadores de servicios.

• NO se centra ni limita a aspectos de sostenibilidad y financieros, por el contrario se concentra en garantizar un acceso equitativo y de calidad a los servicios.

• NO limita la autonomía médica, por el contrario la reconocen y establece que el criterio médico prevalezca.

Este proceso de reforma apenas empieza, y la aprobación de las leyes estatutaria y ordinaria que hacen curso en el Congreso, y que muy seguramente no estarán exentas de un amplio debate, es solo la primera etapa de un proceso necesario de reformas estructurales. El gobierno requiere que todos los sectores que participan del Sistema se hagan responsables y solidarios con el propósito de que lo fundamental es la salud de los colombianos.

# ABAJO MULTIMILLONARIAS SANCIONES

La Superintendencia Nacional de Salud, levanta la multimillonaria sanción impuesta a Saludcoop EPS, y a 1.118 entes territoriales por vicios en todos los actos administrativos. A continuación lea los comunicados de prensa en los que la Supersalud anuncia que lo hace para evitar futuras demandas con repercusiones económicas para la nación.

## COMUNICADO DE PRENSA GCEII- 006

### Supersalud suspenderá resoluciones que ordenaban a Saludcoop EPS OC restituir su liquidez

Bogotá, 4 de febrero de 2011. La medida será adoptada la próxima semana y responde a un acuerdo de conciliación suscrito entre la Superintendencia Nacional de Salud y Saludcoop EPS OC, ante la Procuraduría Sexta Judicial Administrativa de Bogotá, porque la EPS demandaría a la Superintendencia por más de \$ 650 mil millones de pesos.

El Comité de Conciliación, conformado por funcionarios de la Superintendencia, consideró que la orden impartida por la pasada administración presenta vicios de nulidad al quebrantarse el debido proceso, puesto que se profirió una sanción como producto de una visita de inspección y no de una investigación administrativa, formalmente abierta.

Si bien, el entonces Superintendente Nacional de Salud, podía para la fecha de los hechos, impartir órdenes a los vigilados, la medida que se adoptó solo puede aplicarse cuando hay un proceso de investigación abierto.

También, existió inadecuada interpretación normativa con respecto a la inversión de recursos de la UPC en infraestructura para la prestación de servicios de salud

y faltó, además, el análisis de la naturaleza cooperativa de la entidad.

El superintendente nacional de salud, Conrado Adolfo Gómez Vélez aclaró que las resoluciones 296 y 983 de 2010 en ningún momento están afirmando que SALUDCOOP deba restituir dineros al Estado o al Sistema de Salud, y tampoco estableció que se hayan sustraído recursos o que la EPS se haya apropiado de dineros del Sistema.

Las resoluciones ordenan a Saludcoop EPS OC la conversión de más de \$ 318 mil millones de pesos, invertidos en activos fijos e infraestructura como clínicas, en dinero líquido para ser usados dentro de Saludcoop y para la atención en salud de sus afiliados.

El funcionario aseguró que "Las resoluciones que dieron lugar a la posible demanda no han sido revocadas y que la Superintendencia no pierde ni renuncia a sus facultades y puede, si es del caso, después de hacer los análisis pertinentes abrir una investigación"

También, enfatizó en que "La revocatoria de las resoluciones solamente se hará efectiva si la Procuraduría Judicial y el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, aprueban la Conciliación.

Finalmente, recalcó que la Conciliación evita el enorme riesgo que hoy existe de un detrimento patrimonial para la Nación, una vez que podría

ser condenada por perjuicios, consecuencia de las graves irregularidades que dieron origen a la Sanción.

"Lo que estamos haciendo como Superintendencia Nacional de Salud es velar porque los recursos de la Nación se salvaguarden frente a decisiones inadecuadas de la administración, teniendo en cuenta que son los recursos de todos los colombianos los afectados por estas, que tendríamos que pagar finalmente a través de impuestos", subrayó el alto funcionario.

## COMUNICADO DE PRENSA GCEII- 009

Se caen 1118 Investigaciones Administrativas contra Entes Territoriales de todo el país

Bogotá, 8 de febrero de 2011. La Superintendencia Nacional de Salud decidió revocar 1118 investigaciones administrativas que se venían adelantado contra algunos Entes Territoriales, por el presunto incumplimiento en la identificación, selección y priorización de los beneficiarios del Régimen Subsidiado y la gestión y supervisión al acceso a la prestación de los servicios de salud para esta población, entre otras razones.

El anuncio fue hecho por el Superintendente Delegado para la Atención en Salud, Gilberto Álvarez Uribe, quien aclaró que la medida "no limita las facultades de

vigilancia y control que tiene la Superintendencia frente a los Entes Territoriales, los cuales podrán ser requeridos cuando se conozca de fallas en sus funciones".

Según Álvarez Uribe la determinación fue tomada luego de que la Delegada de Atención en Salud y la Oficina Jurídica encontraran una serie de fallas legales y vicios presentados en las investigaciones adelantadas.

"Los entes territoriales fueron objeto de exigencias de requisitos que legalmente no estaban consagrados en las normas. Así mismo la anterior administración permitió la ejecución de acciones de Inspección, Vigilancia y Control sobre los entes territoriales, por terceros de carácter privado mediante subcontratación que de estos realizaron universidades públicas contratadas para este fin, como también se hizo apertura de investigaciones sin auto de visita", aseguró Álvarez Uribe, quien enfatizó en que los contratos con las Universidades Públicas fueron firmados por la Superintendencia en la pasada administración y ejecutados durante los años 2008, 2009 y 2010.

Con esta medida la Superintendencia busca garantizar el debido proceso para los Entes Territoriales vigilados, actuar en justicia y evitar futuras demandas con repercusiones económicas para la Nación.



## GRADUACIÓN DIPLOMADO SEGURIDAD DEL PACIENTE

POPAYÁN FEBRERO DE 2011



Jhon Alexander Realpe, Jesus Enrique Casas, Sara Patricia Diaz Navia, Doris Adriana Pino Acosta, , Sandra Liliana Clavijo Molina, Marisol Alarcon Urbano, Jesus German Quelal Tobar, Maria Cecilia Medina, Sandro Pino, Luis Albeiro Giron Santacruz, Nestor Javier Tobar Guerrero, Maria Del Carmen Salas Oino Claudia Ines Velasco Mosquera, Jose Luis Lopez Erazo, Bayron Erney Collazos Q., Wilder Morales, Sonia Bedoya Manrique

# PORTAFOLIO 2011

## Servicios Fundación Visión Salud

### ASESORÍAS, CAPACITACIÓN Y CONSULTORÍAS

EN:

- Desarrollo del Meci 1000:2005
- Implementación de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública GP1000:2009
- Gestión de Calidad en el Sector Salud: Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
- Gestión Ambiental
- Responsabilidad Social
- Seguridad y Salud Ocupacional.
- Desarrollo de Proyectos de Salud Pública
- Desarrollo de Actividades del Plan de Intervenciones Colectivas
- Promoción y Prevención
- Proyectos de Desarrollo Social y Comunitario
- Proyectos de Investigación
- Desarrollo de Imagen Corporativa

### CAPACITACIÓN EN:

- Desarrollo Gerencial.
- Liderazgo.
- Clima y Cultura Organizacional.
- Cultura De Calidad en Empresas del Sector Público y Sector Salud.
- Desarrollo Comunitario Para Organizaciones de Base.
- Calidad en Educación Para Docentes.
- Orientación Profesional a Estudiantes de Grado Once y Juventudes.
- Gestión de Proyectos de Desarrollo Social.
- Gestión Pública.



**Solo Litocentral te Ofrece**  
**Libro y PIN Pre-ICFES 2011**  
[www.sabermas.com.co](http://www.sabermas.com.co)

Neiva-Huila  
Carrera 1 No.28-16  
PBX: 8758014  
neiva@litocentral.com

Bogotá D.C.  
Carrera 21 No.56-40/L2  
Tel: 2491910  
bogota@litocentral.com

# DIPLOMADOS PRIMER SEMESTRE 2011

IBAGUÉ - TOLIMA

- **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**Programa Paciente Seguro PPS**

Documentación Aplicada Manual ICONTEC para la Seguridad del Paciente

Marzo 11 de 2011

- **ACREDITACIÓN EN SALUD**

Estándares de Acreditación en IPS Hospitalarias con Servicios Ambulatorios

Marzo 25 de 2011



**icontec**  
Internacional



## INFORMES E INSCRIPCIONES

IBAGUÉ: 311 2360652  
NEIVA: 873 2442 - 313 6522822  
CALI: 312 2066362

[direccionexecutiva@funvisionsalud.org](mailto:direccionexecutiva@funvisionsalud.org)  
[diplomados@funvisionsalud.org](mailto:diplomados@funvisionsalud.org)

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

# DIPLOMADOS

## FLORENCIA - CAQUETA MOCOA, PUERTO ASÍS - PUTUMAYO

- **Acreditación en Salud**
- **Seguridad del Paciente**
- **Seguridad y Salud Ocupacional**
- **NTC OHSAS 18000**
- **Certificación como Auditor Interno**
- **Gestión ambiental norma ISO 14000**
- **Certificación como Auditor Interno**
- **Sistemas Integrados - HSEQ**
- **Certificación como Auditor Interno**



**SOLICITE PROGRAMACIÓN**

[direccionexecutiva@funvisionsalud.org](mailto:direccionexecutiva@funvisionsalud.org)  
[diplomados@funvisionsalud.org](mailto:diplomados@funvisionsalud.org)

**www.funvisionsalud.org**