

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

**PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA
A SERVICE MODEL PROPOSAL IN A PHYSICAL THERAPY SERVICE**

CAROLINA ROJAS ARIAS

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
ESPECIALIZACIÓN GESTIÓN EN REHABILITACIÓN
CHÍA, CUNDINAMARCA
AGOSTO DE 2014**

TABLA DE CONTENIDO

	Página
Resumen	3
1. Justificación	4
1.1. Marco Teórico	4
2. Diagnóstico	9
3. Identificación del Problema	9
4. Población Sujeto	10
5. Propósito	10
6. Objetivo General	10
7. Objetivos Específicos	10
8. Matriz del Marco Lógico	11
9. Matriz de Procesos	11
10. Plan Operativo de Procesos	12
10.1. Proceso 1. Gestión Estratégica	12
10.2. Proceso 2. Gestión Humana	13
10.3. Proceso 3. Diseño del Servicio	14
11. Riesgos	15
12. Bibliografía	16
Anexos	18

RESUMEN

El fortalecimiento de las unidades de rehabilitación funcional en Colombia constituye un paso fundamental para el logro de una rehabilitación con enfoque integral como se describe en la legislación actual. Este proyecto de gestión inicia con el análisis de la situación de un servicio de fisioterapia dentro del Departamento de Rehabilitación Física de un hospital universitario de alta complejidad en la ciudad de Bogotá y finaliza con el diseño de un modelo de atención dentro del marco de la política pública, acorde a las necesidades de la institución y alineado a su política de contribuir al bienestar de las personas y la comunidad.

ABSTRACT

Strengthening functional rehabilitation units in Colombia is instrumental to achieve a comprehensive rehabilitation approach. This project starts with an analysis of a physical therapy service within the Department of Physical Rehabilitation at a Level 1 University Hospital in Bogotá and finish with a proposal of a model of physical therapy care according to the current public health model in Colombia and to the needs of the institution.

1. JUSTIFICACIÓN

Se estima que alrededor del 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad y debido a la mayor expectativa de vida y al incremento de los problemas crónicos asociados a discapacidad, esta cifra va en aumento (OMS, 2011).

En Colombia, la rehabilitación se brinda a través de instituciones, centros o consultorios dependiendo del nivel de complejidad. Dentro de los requerimientos para la habilitación/rehabilitación integral se encuentran los servicios de rehabilitación con apoyo de equipos profesionales y tecnología apropiada; estas unidades se encuentran en hospitales especializados como el Hospital Universitario Fundación Santa Fé de Bogotá (HUFSFB).

Teniendo en cuenta que el gobierno y las instituciones están uniendo esfuerzos para fortalecer las unidades de rehabilitación funcional existentes, como eje fundamental del proceso de rehabilitación integral, es inquietud tanto de la gestora del proyecto como de las Directivas de la FSFB, el mejoramiento del servicio de fisioterapia aprovechando todos los recursos institucionales para crecer a la par con las demás unidades del hospital y que refleje su filosofía de compromiso, integridad, profesionalismo y excelencia en salud.

1.1. MARCO TEÓRICO

A través de los tiempos la discapacidad ha sido abordada desde diferentes modelos que reflejan el pensamiento y las creencias de las comunidades según el momento histórico en el que se desarrollaron y van desde la exclusión total de la persona con discapacidad (Modelo de Prescendencia), hasta el reconocimiento de las mismas como individuos igualmente útiles y valiosos para la comunidad, además de la aceptación de la responsabilidad por las barreras sociales impuestas que no han permitido una verdadera inclusión (Modelo Social) ¹.

La Política Pública en Discapacidad en Colombia retoma dos modelos: El Modelo Médico donde las acciones se centran en el individuo y se reconoce la utilidad de la persona con

¹ Palacios, A. (2008). El Modelo Social de Discapacidad: Orígenes, y Plasmación en la Convención Internacional

Sobre los derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid. pp. 37 – 151

discapacidad para la sociedad pero una vez haya sido “tratada”, “rehabilitada” ó “normalizada”, y el Modelo Social en donde las causas de la discapacidad son sociales y responsabiliza a la sociedad por no responder efectivamente a las necesidades de las personas con discapacidad. A su vez la política pública, es producto de los diferentes tratados internacionales que han surgido como reflejo de la evolución del concepto del ser humano y su papel en la sociedad. Dentro de ellos están, entre otros:

- *La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)* publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980, la cual modificó la percepción de las personas con discapacidad pero a través de un modelo lineal, con un abordaje negativo hacia las deficiencias, visto como un hecho individual y con un escaso enfoque social.
- *La Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad*, publicada por La Organización de los Estados Americanos en 1999, la cual se centra en acciones para la equiparación de oportunidades pero no está enfocada en la rehabilitación. (Colombia la ratifica en 2005).
- *La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)* aprobada por la OMS y que surge de la revisión de la CIDDM desde 1993 hasta el 2001 cuando es publicada para ser empleada a nivel internacional. Esta clasificación dió a la discapacidad un enfoque biopsicosocial, introdujo el término de universalidad, adoptó un modelo más integrador y unificó un lenguaje común para hablar de discapacidad, usando los conceptos de función corporal, limitación en la actividad y restricción en la participación.
- *La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, promovida por México y publicada en el 2007, constituyendo el primer tratado internacional sobre los derechos fundamentales en igualdad de condiciones para las personas con discapacidad, que abarca todos los ámbitos y aspectos de la vida en comunidad, con el fin de posibilitar el desarrollo y crecimiento tanto individual como colectivo de todas las personas que hacen parte de la sociedad y en la cual se dictan normas y prácticas específicas encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida de las mismas. (Colombia adopta la Convención en 2009).
- *El Informe Mundial sobre la Discapacidad* publicado por la OMS y El Banco Mundial (BM) en 2011, con el fin de facilitar la aplicación de La Convención y donde se reúne y analiza la mejor información disponible sobre discapacidad y se dan una serie de recomendaciones para la adopción de medidas con el propósito de mejorar la vida de las personas con discapacidad.

En Colombia, el primer decreto relacionado con la Rehabilitación fue el 2358 de 1981 de la presidencia de la República, por medio del cual se crea el Sistema Nacional de Rehabilitación y en 1990 por medio del artículo cuarto de la Ley 10, se organiza el Sistema Nacional de Salud y se incluye a la rehabilitación dentro del mismo.

A partir de la *Constitución de 1991*, donde se encuentran diferentes artículos relacionados con la protección, atención, apoyo e integración social de las personas con discapacidad, se inició un proceso de construcción de la política pública en discapacidad que representa el interés y compromiso del país de cumplir a través de su legislación los principios contemplados en las normas internacionales en relación con la discapacidad.

La Ley 361 de 1997 fue la primera ley de discapacidad en el país “por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones”, esta ley habla de prevención, educación, rehabilitación, integración laboral, bienestar social y accesibilidad, y da paso a la creación del Comité Consultivo Nacional para las Personas con Limitaciones y a la Red de Solidaridad Social.

Siguiendo estos lineamientos, se formula el *Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad 1999-2002* con el objetivo de fortalecer y ampliar los servicios para las personas con discapacidad y estimular a su vez la consolidación de redes de apoyo de carácter interinstitucional e intersectorial para la atención de esta población.

En 2002 se divulga el *Manual Operativo del Plan Nacional de Atención a Personas con Discapacidad* el cual sirve como base para la formulación del Plan Nacional 2002-2006.

En el 2004 el Departamento de Planeación Nacional generó el *CONPES 80 de Discapacidad* por el cual se destina un rubro económico para las políticas enfocadas a la disminución del riesgo de discapacidad a través de estrategias de reducción, mitigación y superación del riesgo.

La Política Pública para la Discapacidad en Colombia responde a tres áreas específicas: la construcción de entornos protectores, la rehabilitación con participación familiar y social, donde la rehabilitación se centra en el desarrollo de capacidades de acuerdo a la deficiencia y la discapacidad en el ámbito cotidiano, y la equiparación de oportunidades que hace referencia a la accesibilidad.²

La Rehabilitación en el marco de la política pública en discapacidad y dentro del Plan Nacional de Discapacidad 2003-2006, es considerada como un programa estratégico de intervención y en 2004 el Ministerio de Protección Social publica los *Lineamientos de Política de Habilidad/Rehabilitación Integral para el Desarrollo Familiar, Ocupacional y Social de las Personas con Discapacidad* donde se da un abordaje biopsicosocial a la discapacidad involucrando no sólo a la persona y su familia en el proceso de rehabilitación sino también al entorno. Allí se describen acciones, requerimientos y estrategias que buscan a través de diferentes procesos, el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad y su plena integración a la sociedad, así como también las competencias de cada actor involucrado en esta problemática social.

² Boada, J. y Moreno, M. (2013). Las ARP y el Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Maestría en Discapacidad e Inclusión Social. pp. 35 – 41.

Todo lo anterior representa un gran avance en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad como iguales dentro de la sociedad y evidencia la voluntad y el compromiso de la nación en trabajar en los temas relacionados con la discapacidad, sin embargo es fundamental la creación de leyes específicas de obligatorio cumplimiento para que los diferentes sectores sociales inicien los ajustes necesarios que finalmente den comienzo a la inclusión de las personas en situación de discapacidad en los ámbitos educativo, cultural, recreativo, laboral, entre otros.

Es por ello que el Congreso de la República, en concordancia con los tratados internacionales aprueba las siguientes leyes relacionadas con el tema:

- *Ley 1145 de 2007* “por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones”, donde se busca crear una política pública coordinada y articulada entre las entidades públicas, las organizaciones de personas con discapacidad y la sociedad para garantizar sus derechos fundamentales.
- *Ley 1346 de 2009* por medio de la cual se aprueba la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- *Ley 1618* de febrero de 2013, donde se dictan las medidas y acciones a tomar para la inclusión efectiva y productiva en todos los ámbitos de la vida en sociedad de las personas con discapacidad en el marco de los derechos humanos.

Dentro de la ley 1618, el artículo 9 habla del Derecho a la Habilitación y Rehabilitación Integral de las personas con discapacidad, y define la Rehabilitación Integral como el “mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, a través procesos terapéuticos, educativos y formativos que se brindan acorde al tipo de discapacidad”. Y da plazos de entre 2 y 10 años para que las diferentes instituciones del sector público y privado y la comunidad en general adopten las medidas necesarias y hagan los ajustes razonables pertinentes para crear un entorno favorecedor dentro del proceso de inclusión.

Dentro del marco conceptual de la estrategia de Habilitación/Rehabilitación Integral, donde se adopta la definición de discapacidad de la OMS que incluye déficits a nivel corporal (deficiencias), a nivel individual (limitación en la actividad) y a nivel social (restricción en la participación), la Rehabilitación Integral abarca procesos relacionados no sólo con el sector salud si no con diversos sectores sociales y exige de la participación tanto de la persona como de la familia, múltiples profesionales y la comunidad; requiriendo de acciones en promoción y prevención en salud, de medidas terapéuticas y de la integración socio-ocupacional, ya sea a nivel educativo, laboral o funcional.³

³ Ministerio de la Protección Social, 2004. Lineamientos de Política Habilitación/Rehabilitación Integral para el Desarrollo Familiar, Ocupacional y Social de las Personas con Discapacidad.

Finalmente en diciembre de 2013 y para ser consecuentes con la Convención, se rediseña la política pública nacional de discapacidad e inclusión social a través del *CONPES 166*, dándole un enfoque de derechos y no abordándola desde el manejo social del riesgo.

En este sentido, teniendo en cuenta que Colombia apenas comienza a pensar en la inclusión de las personas con discapacidad, se evidencia la necesidad de empezar con lo básico y fortalecer los servicios de rehabilitación existentes dándoles un enfoque integral, buscando alcanzar niveles óptimos de funcionamiento y autonomía que contribuyan a disminuir a su vez las barreras en educación y trabajo (reconocimiento hecho por el Gobierno Nacional al evaluar la Política Pública Nacional de Discapacidad en el 2012).

“Cuando las personas no reciben la atención en salud adecuada, sus condiciones adversas se exacerban significativamente aumentando la exclusión social”.⁴

Es por ello que dentro de la construcción del Modelo de Rehabilitación Integral para Colombia se están formulando los Lineamientos de la Rehabilitación Funcional como paso fundamental para la Rehabilitación Integral, con la participación de expertos en rehabilitación, personas con discapacidad, familias, cuidadores y demás interesados.

La Rehabilitación Funcional se define como el “proceso de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes”.⁵ Desde este punto de vista, la Rehabilitación Funcional es competencia del sector salud y es nuestra responsabilidad (la de todos los trabajadores de la salud) dar los primeros pasos brindando una rehabilitación funcional de calidad, que le de al individuo autonomía e independencia para desarrollarse en otros ámbitos de la vida, como primer paso para el logro de una rehabilitación integral y de un país verdaderamente inclusivo.

⁴ Ministerio de Salud y Protección Social, 2013. Encuentros Académicos. Hacia la Construcción de Lineamientos de Rehabilitación Funcional en el Marco de la Formulación del Modelo Rehabilitación Integral.

⁵ Organización Mundial de la Salud OMS, Resolución 48/96. 1994, Ley Estatutaria 1618 República de Colombia. 2013.

2. DIAGNÓSTICO

La Fundación Santa Fé es una entidad privada sin ánimo de lucro, que trabaja en salud. Dentro de sus programas principales está el Hospital Universitario, el cual abrió sus puertas hace más de 31 años, durante los cuales se ha consolidado como uno de los principales hospitales de alta complejidad en el país con todas las especialidades médicas y cuenta con acreditación nacional (ICONTEC) e internacional (Joint Commission International) (Portal FSFB).

Existen en Bogotá 19 hospitales que prestan servicios de alta complejidad.⁶ En una investigación secundaria a través de sus páginas web, se identificaron dos clínicas privadas (además del HUFSEB) que brindan servicios especializados en el norte de Bogotá dirigidos al mismo grupo poblacional. Las dos cuentan con fisioterapia como parte de los servicios de apoyo terapéutico y tienen definidos su papel y objetivos dentro de la institución. Y aunque el HUFSEB cuenta con una sección de Terapias dependiente del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional ni siquiera son mencionados dentro de los servicios de la institución.

Si se piensa en el fortalecimiento de los servicios de rehabilitación funcional existentes, un modelo de atención que permita que fisioterapia se articule con otros programas no sólo del hospital si no de la Fundación como la educación, la investigación y la salud comunitaria, es necesario para el desarrollo tanto del servicio como de la institución en general, si se tiene en cuenta que en el contexto mundial, la rehabilitación tiene un peso significativo en la calidad de vida de las personas y el bienestar de las comunidades.

3. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Pobre crecimiento de fisioterapia dentro del Hospital, que no es consecuente con el desarrollo de la Fundación como “entidad que busca la excelencia y la generación de conocimiento, contribuyendo a mejorar la salud de las personas y la comunidad”,⁷ desaprovechando los recursos de la institución para la construcción de un servicio líder en rehabilitación funcional, como lo son diferentes áreas del Hospital, cada una en su quehacer particular.

4. POBLACIÓN SUJETO

Profesionales que laboran en el servicio de fisioterapia del HUFSEB.

Pacientes que asisten a fisioterapia en el HUFSEB.

⁶ <http://www.achc.org.co/documentos/libertadEscogencia/RankingIPSMInproteccion.pdf>

⁷ <http://www.fsfb.org.co>

5. PROPÓSITO

Ser reconocidos en Bogotá por la calidad en la prestación del servicio, la actividad académica y el crecimiento profesional.

6. OBJETIVO GENERAL

Contribuir al crecimiento del servicio de fisioterapia del Hospital Universitario Fundación Santa Fé de Bogotá, a través del diseño de un modelo de atención eficiente y sostenible que promueva el desarrollo profesional y la excelencia en salud.

7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la situación actual del servicio de fisioterapia de la FSFB por medio de la identificación de los aspectos que inciden en su funcionamiento con el fin de sustentar acciones de mejora.
- Diseñar un modelo de atención a través de los conceptos de gestión humana, gestión financiera y gestión del servicio que responda a las necesidades de la institución.

8. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION
PROYECTO GESTION EN REHABILITACIÓN COHORTE VIII
PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA

PROPOSITO

Ser reconocidos en Bogotá por la calidad en la prestación del servicio, la actividad académica y el crecimiento profesional

OBJETIVO GENERAL

Contribuir al crecimiento del servicio de fisioterapia del Hospital Universitario Fundación Santa Fé de Bogotá, a través del diseño de un modelo de atención eficiente y sostenible que promueva el desarrollo profesional y la excelencia en salud.

POBLACIÓN OBJETO

Profesionales que laboran en el servicio de fisioterapia de la FSFB
 Pacientes que asisten a fisioterapia en la FSFB.

LUGAR DE DESARROLLO DEL PROYECTO

Hospital Universitario Fundación Santa Fé de Bogotá.

OBJETIVO ESPECIFICOS	ESTRATEGIA	RESPONSABLE	INDICADORES ESTRATÉGICOS	FÓRMULA	2014- 2015	
					META	RESULTADO
Conocer la situación actual del servicio de fisioterapia de la FSFB por medio de la identificación de los aspectos que inciden en su funcionamiento con el fin de sustentar acciones de mejora	Reuniendo información acerca del funcionamiento del servicio.	Carolina Rojas A	Información	Información Obtenida / Información Solicitada	90%	95%
	Analizando la información obtenida.	Carolina Rojas A	Análisis	Información Analizada / Información Obtenida	100%	100%
Diseñar un modelo de atención a través de la aplicación de los conceptos de gestión humana y gestión financiera que responda a las necesidades de la institución.	Planteando un programa de desarrollo y talento humano para las terapeutas	Carolina Rojas A	Programa	# actividades realizadas / # actividades programadas	90%	95%
	Creando un modelo de servicio	Carolina Rojas A	Diseño	% de Avance del Proyecto	90%	90%

9. MATRIZ DE PROCESOS

PROCESO	RESPONSABLE	REQUISITOS LEGALES	OBJETIVO	RECURSO HUMANO	RECURSO FÍSICO	RECURSO TECNOLÓGICO	PRESUPUESTO	INDICADOR	PERIODICIDAD	META
Gestión Estratégica	Carolina Rojas Arias	Ley 528 de 1999 por medio de la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia.	Articular a fisioterapia con los diferentes programas de la Fundación a través de la realización de un diagnóstico, con el fin de alinear el servicio con las políticas institucionales.	Carolina Rojas A Asesores US Directivos FSFB Coordinadora de Terapias FSFB Fisioterapeutas	Sala de reunión del servicio	Computador personal	5.500.000	Permiso	Al finalizar entrevista con directivas	100%
								Visitas	En cada visita	90%
								Diagnóstico	Cada vez que se obtenga información	90%
Gestión Humana	Carolina Rojas Arias	Ley 528 de 1999 Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia. Ley 1164 de 2007 Ley de talento humano en salud.	Gestionar el recurso humano a través del fortalecimiento profesional con el fin de mejorar la prestación del servicio.	Carolina Rojas A Asesores US Directivos FSFB Fisioterapeutas	Salas de reunión	Computador personal	2.400.000	Capacitación	En cada visita	90%
								Inclusión	En cada visita	90%
Diseño del Servicio	Carolina Rojas Arias	Resolución 5261 de 1994 Manual de actividades, intervenciones y procedimientos según niveles de complejidad. Ley 528 de 1999. Ley 1618 de 2013, artículo 9 Derecho a la Habilitación/ rehabilitación de las personas con discapacidad.	Fomentar el desarrollo de fisioterapia en la FSFB a través de la construcción de un modelo de servicio que aproveche los recursos de la institución y promueva el desarrollo profesional y la excelencia en salud.	Carolina Rojas A Directivos FSFB Coordinadora de Terapias FSFB Fisioterapeutas	Sala de reunión	Computador personal	3.000.000	Diseño	Cada vez que se ejecuta una actividad	90%

10. PLAN OPERATIVO DE PROCESOS

10.1. Proceso 1. Gestión Estratégica

NOMBRE DEL PROCESO: GESTIÓN ESTRATÉGICA				INDICADOR : PERMISO VISITAS		META : 100%	
OBJETIVO: Articular a fisioterapia con los diferentes programas de la FSFB a través de la realización del diagnóstico, con el fin de alinear el servicio con las políticas institucionales.				DIAGNÓSTICO		90%	
ACCIÓN	CUANDO		RESPONSABLE	% DE AVANCE REPORTADO	% DE EJECUCIÓN ESPERADO	% DE CUMPLIMIENTO	
	Inicio	Fin					
1	Solicitar cita con el Director Médico de la FSFB.	20-nov-13	20-nov-13	Carolina	100%	100%	100%
2	Plantear la idea del proyecto al Director Médico.	27-nov-13	27-nov-13	Carolina	100%	100%	100%
3	Solicitar carta de presentación a la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la US.	22-feb-14	22-feb-14	Coordinadora Especialización	100%	100%	100%
4	Entregar la carta de presentación a la gestora del proyecto.	22-feb-14	1-mar-14	Secretaria Facultad	100%	100%	100%
5	Solicitar cita con el Director de la División de Educación de la FSFB.	3-mar-14	3-mar-14	Carolina	100%	100%	100%
6	Conseguir el permiso para la realización del proyecto	10-mar-14	21-mar-14	Director CIES FSFB	100%	100%	100%
7	Realizar cronograma de visitas de observación a la FSFB.	12-may-14	16-may-14	Carolina	100%	100%	100%
8	Efectuar las visitas al servicio de fisioterapia.	19-may-14	20-jun-14	Carolina	100%	100%	100%
9	Identificar a fisioterapia dentro del organigrama de la institución.	19-may-14	23-may-14	Carolina	100%	100%	100%
10	Solicitar información sobre el proceso de solicitud de citas.	19-may-14	23-may-14	Carolina	100%	100%	100%
11	Entregar la información sobre el proceso de solicitud de citas.	19-may-14	23-may-14	Coordinadora Servicio	100%	100%	100%
12	Solicitar información sobre las estadísticas del servicio del último año.	19-may-14	23-may-14	Carolina	100%	100%	100%
13	Entregar la información estadística.	26-may-14	30-may-14	Jefe Depto. de Sistemas	50%	100%	50%
14	Solicitar información sobre los costos de funcionamiento del servicio.	26-may-14	30-may-14	Carolina	100%	100%	100%
15	Entregar información financiera.	2-jun-14	6-jun-14	Jefe de costos FSFB	100%	100%	100%
16	Solicitar información acerca de las actividades académicas en las que participa fisioterapia	26-may-14	30-may-14	Carolina	100%	100%	100%
17	Entregar información de actividades académicas	26-may-14	30-may-14	Coordinadora Servicio	100%	100%	100%
18	Elaborar una encuesta de pertenencia y satisfacción con la institución y expectativas laborales de las profesionales que trabajan actualmente en el servicio.	26-may-14	30-jun-14	Carolina	100%	100%	100%
19	Realizar la prueba piloto de la encuesta.	2-jun-14	6-jun-14	Carolina	100%	100%	100%
20	Aplicar la encuesta	9-jun-14	13-jun-14	Carolina	100%	100%	100%
21	Analizar cualitativa y cuantitativamente la información obtenida.	16-jun-14	27-jun-14	Carolina	100%	100%	100%
22	Construir la planeación estratégica del servicio, alineada a las políticas institucionales.	16-jun-14	27-jun-14	Carolina	100%	100%	100%
23	Revisar el diagnóstico y la planeación estratégica.	7-jul-14	11-jul-14	Asesores US	100%	100%	100%
24	Construir el diagnóstico final.	14-jul-14	18-jul-14	Carolina	100%	100%	100%
Actividades		24	% de avance		98%	100%	
						% de Cumplimiento sobre 100%	98%

10.2. Proceso 2. Gestión Humana

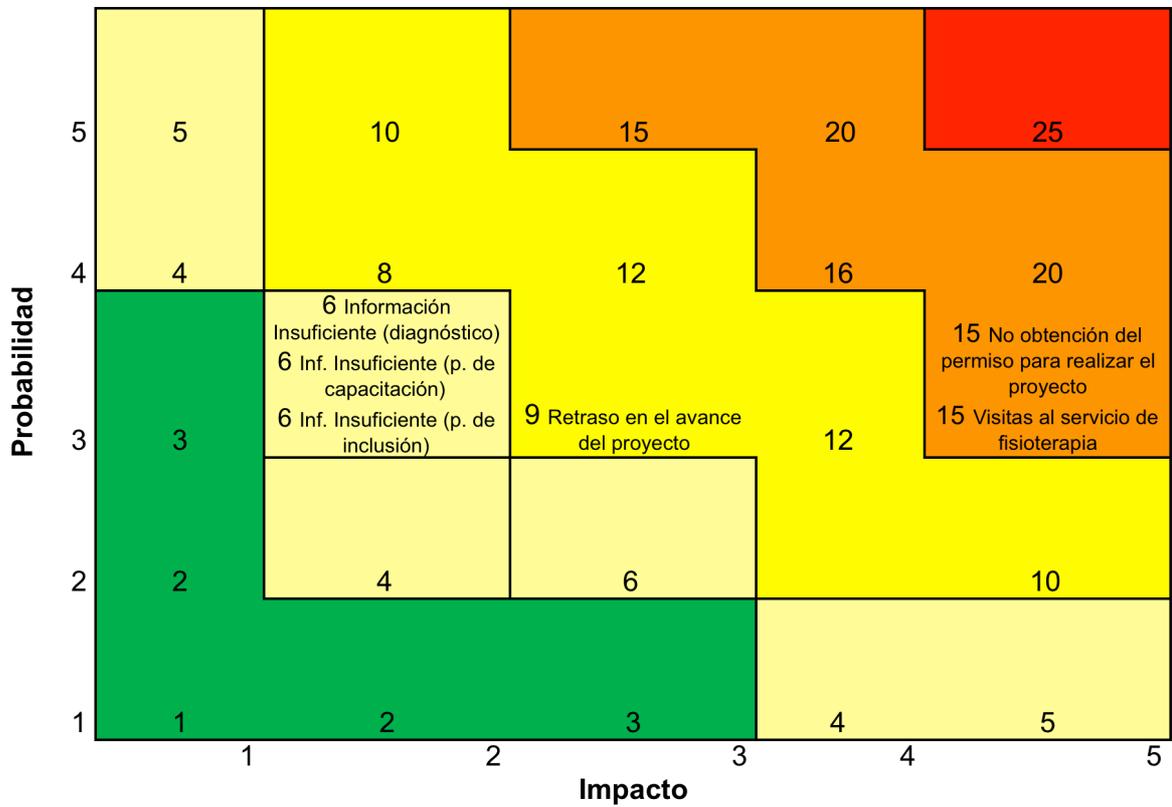
NOMBRE DEL PROCESO: GESTIÓN HUMANA							
OBJETIVO: Gestionar el recurso humano a través del fortalecimiento profesional con el fin de mejorar la prestación del servicio.					INDICADOR: CAPACITACIÓN INCLUSIÓN		META: 90% 90%
ACCION	CUANDO		RESPONSABLE	% DE AVANCE REPORTADO	% DE EJECUCIÓN ESPERADO	% DE CUMPLIMIENTO	
	Inicio	Fin					
1	Solicitar información acerca de las competencias de las profesionales que trabajan en el servicio	2-jun-14	6-jun-14	Carolina	100%	100%	100%
2	Obtener la información	9-jun-14	13-jun-14	Fisioterapeutas	80%	100%	80%
3	Solicitar información acerca de programas institucionales en donde se requiera la participación de fisioterapia	9-jun-14	13-jun-14	Carolina	100%	100%	100%
4	Obtener la información	9-jun-14	13-jun-14	Coordinadora Servicios Ambulatorios	100%	100%	100%
5	Solicitar información acerca de preferencias y afinidades de las profesionales con los programas institucionales	16-jun-14	20-jun-14	Carolina	100%	100%	100%
6	Obtener la información	16-jun-14	20-jun-14	Fisioterapeutas	80%	100%	80%
7	Solicitar información acerca de la política de capacitación de profesionales en la institución	23-jun-14	27-jun-14	Carolina	100%	100%	100%
8	Obtener la información	30-jun-14	4-jul-14	Director Gestión de Talento Humano	100%	100%	100%
9	Diseñar el plan de capacitación	7-jul-14	18-jul-14	Carolina	100%	100%	100%
10	Verificar el plan de capacitación frente al objetivo de la misma	21-jul-14	25-jul-14	Asesores US	100%	100%	100%
11	Diseñar programa de inclusión de las profesionales	7-jul-14	18-jul-14	Carolina	100%	100%	100%
12	Verificar el plan de inclusión	21-jul-14	25-jul-14	Asesores US	100%	100%	100%
13	Revisar el plan de desarrollo y talento humano y realizar acciones de mejora	28-jul-14	1-ago-14	Carolina	100%	100%	100%
Actividades		13	% avance		97%	100%	
% de Cumplimiento sobre 100%							97%

10.3. Proceso 3. Diseño del Servicio

NOMBRE DEL PROCESO: DISEÑO DEL SERVICIO					INDICADOR : DISEÑO		META: 90%
OBJETIVO: Fomentar el desarrollo de fisioterapia en la FSFB a través de la construcción de un modelo de servicio que aproveche los recursos de la institución y promueva el desarrollo profesional y la excelencia en salud.							
ACCION	CUANDO		RESPONSABLE	% DE AVANCE REPORTADO	% DE EJECUCIÓN ESPERADO	% DE CUMPLIMIENTO	
	Inicio	Fin					
1	Conocer las expectativas de las directivas frente al rol de la fisioterapia en la institución.	14-jul-14	18-jul-14	Carolina	100%	100%	100%
2	Planear el diseño del servicio.	14-jul-14	18-jul-14	Carolina	100%	100%	100%
3	Conocer los requisitos esenciales para la prestación del servicio de fisioterapia en instituciones hospitalarias ante la secretaría de salud.	21-jul-14	25-jul-14	Carolina	100%	100%	100%
4	Verificar la habilitación del servicio	21-jul-14	25-jul-14	Carolina	100%	100%	100%
5	Solicitar información los convenios institucionales existentes y el listado de tarifas por sesión de ft	21-jul-14	25-jul-14	Carolina	100%	100%	100%
6	Entregar la información	28-jul-14	1-ago-14	Jefe de Convenios	50%	100%	50%
7	Revisar conveniencia de horarios para la atención de pacientes.	28-jul-14	1-ago-14	Carolina	100%	100%	100%
8	Revisar la frecuencia de turnos que realizan las profesionales.	28-jul-14	1-ago-14	Carolina	100%	100%	100%
9	Definir punto de equilibrio del servicio	28-jul-14	1-ago-14	Carolina	100%	100%	100%
10	Realizar borrador del documento.	4-ago-14	8-ago-14	Carolina	75%	100%	75%
11	Verificar el diseño según objetivos.	11-ago-14	15-ago-14	Asesores US	30%	40%	75%
12	Tomar acciones de mejora en el diseño del servicio.	19-ago-14	22-ago-14	Carolina	0%	0%	
13	Elaborar el documento que sustente el modelo de atención para la FSFB.	25-ago-14	29-ago-14	Carolina	0%	0%	
14	Presentar los resultados.	1-sep-14	5-sep-14	Carolina	0%	0%	
Actividades		14	% avance		68%	74%	
% de Cumplimiento sobre 100%							92%

11. RIESGOS

MAPA DE RIESGO INDICADORES DE PROCESO



Riesgo Extremo	>20	Requiere acción inmediata
Riesgo alto	>14 - <=20	Necesita atención alta dirección
Riesgo moderado	>7 <=14	Debe especificarse responsabilidad gerencial
Riesgo menor	>=4 - <=7	Revisión de la aplicación de procedimientos de rutina
Riesgo bajo	<4	Administrar mediante procedimientos de rutina

12. BIBLIOGRAFÍA

Palacios, A. (2008). El Modelo Social de Discapacidad: Orígenes, Caracterización y Plasmación en la Convención Internacional Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid. Pp. 37 – 151

Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. (2011) Informe Mundial sobre la Discapacidad. Malta.

Presidencia y Junta de Gobierno de CONAPRED 2007 (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación) y la Asamblea Consultiva. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Protocolo Facultativo. México, DF.

Boada, J. y Moreno, M. (2013). Las ARP y el Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Maestría en Discapacidad e Inclusión Social. Pp. 35 – 41.

República de Colombia. (2007). Ley 1145. Bogotá.

República de Colombia. (2013). Ley 1618. Bogotá.

Ministerio de Protección Social. (2004). Lineamientos de Política Habilidadación/Rehabilitación Integral para el Desarrollo Familiar, Ocupacional y Social de las Personas con Discapacidad.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Encuentros Académicos. Hacia la Construcción de Lineamientos de Rehabilitación Funcional en el Marco de la Formulación del Modelo Rehabilitación Integral.

Vicepresidencia de la República. (2005). Marco Legal de la Discapacidad. Bogotá.

Documento Conpes Social 80. (2004). Política Pública Nacional de Discapacidad. Departamento Nacional de Planeación. Bogotá.

OMS (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud. Ginebra.

Documento Conpes Social166. (2013). Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social. Departamento Nacional de Planeación. Bogotá.

Ordenamiento de instituciones prestadoras de servicios de salud IPSs (Primera versión – 2006). Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Calidad de Servicios. <http://www.achc.org.co/documentos/libertadEscogencia/RankingIPSMInproteccion.pdf>.

Página Web Fundación Santa Fé de Bogotá. Accedida en Enero y Julio de 2014. <http://www.fsb.org.co>.

Página Web Clínica del Country. Accedida en Enero y Julio de 2014. <http://www.clinicadelcountry.com>.

Página Web Clínica Colsánitas. Reina Sofía. Accedida en Enero y Julio de 2014. <http://portal.colsanitas.com/portal/web/clinica-reina-sofia/>.

República de Colombia. (1999) Ley 528. Bogotá.

República de Colombia. (2007). Ley 1164. Bogotá.

Resolución 6251 de 1994. Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos. <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCIÓN%205261%20DE%201994.pdf>

ANEXO 1

ENCUESTA INSTITUCIONAL FISIOTERAPIA

Para la creación de un nuevo modelo de atención en fisioterapia, es muy importante conocer como se siente usted en la institución. A continuación encontrará una serie de preguntas que me permitirán obtener dicha información.

Al contestar, por favor, tenga en cuenta lo siguiente:

1. La información aquí recolectada se procesa en forma anónima y general, su tratamiento es confidencial y estadístico.
2. Responder en forma individual.
3. Todas las preguntas deben ser contestadas
4. Señale solamente una respuesta con x por cada pregunta.
5. Siéntase en libertad de contestar lo que Usted piensa, pues de su sinceridad depende el éxito de este proceso.
6. Lea el enunciado detenidamente teniendo en cuenta el criterio que se encuentra sombreado en la parte superior.
7. Marque de 1 a 5 de acuerdo con su percepción, siendo el 1 la calificación menor y 5 la mayor.
8. Si tiene alguna duda por favor comuníquela.

Marque con una X

Rango de antigüedad en la Institución.	
Menos de 1 año	
1.1 año – 3 años	
3.1 – 5 años	
5.1 – 10 años	
Más de 10 años	

Cuanto tiempo espera permanecer en la institución:	
1 - 2 años	
2.1- 5 años	
Más de 5 años	

Señale los dos aspectos principales por los cuales usted permanece en la institución	
Desarrollo personal y profesional	
Prestigio y reconocimiento	
Reto del trabajo	
Estabilidad	
Remuneración	
Hoja de vida	
Relaciones interpersonales	

Tiene algún énfasis o especialización:	
Asistencial	
Docente	
Administrativa	
Otra	
Ninguna	

Apoya algún programa en el hospital?
Si
No
Le gustaría apoyar algún programa?
Si
No

IDENTIDAD INSTITUCIONAL	
Me siento parte importante de esta institución.	
El trabajar en esta institución me aporta prestigio personal y cualifica mi hoja de vida.	
Mi trabajo tiene un significado especial; no es un trabajo más.	
Quiero trabajar aquí por mucho tiempo.	
Mi jefe de área promueve el sentido de pertenencia y los valores institucionales	
Las Directivas promueven el sentido de pertenencia y los valores institucionales	
COMUNICACIÓN	
Mi jefe informa los cambios y asuntos importantes a tiempo.	
Las Directivas son accesibles frente a las necesidades del personal.	
Mis ideas son valoradas y apreciadas por la institución.	
Mi jefe de área sabe escucharme y valora mis sugerencias.	
Las Directivas saben escucharme y valoran mis sugerencias	
Mi jefe de área me comunica , claramente lo que espera de mi trabajo.	
Las Directivas me comunican claramente lo que esperan de mi trabajo.	
RESPECTO	
Mi jefe de área es respetuoso en el trato con su equipo de trabajo.	
Las Directivas son respetuosas en el trato con su equipo de trabajo.	
El personal administrativo me atiende respetuosamente.	
Mi jefe de Área es objetivo e imparcial al tomar decisiones.	
Las Directivas son objetivas e imparciales al tomar decisiones.	
Mi jefe de área cumple y respeta las decisiones tomadas en el equipo de trabajo.	
Las Directivas cumplen y respetan las decisiones tomadas por el equipo de trabajo.	
Las Directivas tienen interés en estimular las iniciativas.	
Si hago un buen trabajo, la institución lo reconoce.	
Recibo un buen trato independiente del trabajo que realizo.	
TRABAJO EN EQUIPO	
Las Directivas incentivan el trabajo en equipo.	
Mi jefe de área incentiva el trabajo en equipo.	
Los miembros del área en la cual laboro están dispuestos a trabajar en equipo.	
El personal administrativo aporta positivamente al desempeño de mi labor.	

Observaciones. Que considera usted que se podría implementar para mejorar su compromiso con la institución (indique solamente 1 acción que se pueda implementar)
Gracias

ANEXO 2 Matriz de Riesgos vs Mitigación

PROCESOS	RISGO POTENCIALES		CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROCESOS ASOCIADOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	TOTAL	PREVENTIVO	CORRECTIVO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CUANDO	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	REGISTRO	ALTO	MEDIO	BAJO
	NO CONFORMIDADES	DESCRIPCIÓN																
Gestión Estratégica	Permiso para realizar el proyecto en la institución	Que no se obtenga el permiso para realizar el proyecto en el servicio de fisioterapia en la institución	Falta de interés en el proyecto por parte de la directiva. Imposibilidad de lograr una cita con el Director de la División de Educación para presentar el proyecto.	Imposibilidad de realizar el proyecto en esa institución	Gestión Estratégica Gestión Humana Diseño del Modelo	3	5	15	X		Obtener primero el aval del Director Médico de la institución	Carolina Rojas A	Planeación del Proyecto	Planeación del Proyecto	Cronograma de clases programadas	X		
	Visitas al servicio de fisioterapia	Imposibilidad de realizar la visita. No obtención de la información durante la visita.	Imposibilidad de ir a la institución. Ocupación laboral de los trabajadores de la institución. Imposibilidad para entregar la información.	Atraso del proyecto	Gestión Estratégica Gestión Humana Diseño del Modelo	3	5	15	X		Programar diversas actividades para realizar durante cada visita, en diferentes áreas de la institución	Carolina Rojas A	Planeación del Proyecto	Gestión Estratégica (durante el desarrollo de las visitas)	Registro de visitas	X		
	Información Insuficiente	Ausencia de información o información insuficiente para realizar el diagnóstico.	Información confidencial que no puede ser entregada. Falta de colaboración de los funcionarios para la entrega de información.	Diagnóstico incompleto	Gestión Estratégica Diseño del Modelo	3	2	6	X		Solicitar información similar o relacionada a diferentes fuentes	Carolina Rojas A	Planeación del Proyecto	Gestión Estratégica (durante el desarrollo de las visitas)	Actas de visitas	X		
Gestión Humana	Información Insuficiente para realizar el plan de capacitación	Ausencia de información o información insuficiente para realizar el plan de capacitación	Información confidencial que no puede ser entregada. Falta de colaboración de los funcionarios para la entrega de información.	Plan de capacitación incompleto	Gestión Humana Diseño del Modelo	3	2	6	X		Solicitar información similar o relacionada a diferentes fuentes	Carolina Rojas A	Planeación del Proyecto	Gestión Humana (durante el desarrollo de las visitas)	Actas de visitas	X		
	Información Insuficiente para realizar el programa de inclusión	Ausencia de información o información insuficiente para realizar el plan de inclusión.	Información confidencial que no puede ser entregada. Falta de colaboración de los funcionarios para la entrega de información.	Plan de inclusión incompleto	Gestión Humana Diseño del Modelo	3	2	6	X		Solicitar información similar o relacionada a diferentes fuentes	Carolina Rojas A	Planeación del Proyecto	Gestión Humana (durante el desarrollo de las visitas)	Actas de visitas	X		
Diseño del modelo	Retraso en el avance de proyecto	Imposibilidad de realizar las reuniones y entrevistas en el tiempo programado para la recolección de información.	Personal clave para la entrega de información específica no disponible. Citas muy distancadas entre reuniones.	Retraso del proyecto	Diseño del servicio	3	3	9	X		Solicitar información similar o relacionada a diferentes fuentes. Solicitar citas con varias semanas de anticipación al cronograma previsto	Carolina Rojas A	Planeación del Proyecto	Gestión Estratégica Gestión Humana Diseño del Modelo.	Documento Final	X		