

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA UNIDONSA SEGÚN LA NTC-ISO 9001:2000

CAROLINA RESTREPO LOZA

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO-MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA**

2007

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA UNIDONSA SEGÚN LA NTC-ISO 9001:2000

CAROLINA RESTREPO LOZA

**Proyecto de Grado para optar por el título de
Ingeniera Industrial**

Director

JORGE ELIÉCER FIGUEROA VARGAS

Ingeniero Industrial

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO-MECÁNICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES

BUCARAMANGA

2007

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa su agradecimiento a:

Jorge Eliécer Figueroa Vargas, Ingeniero Industrial y Director de este proyecto de grado, por sus valiosas orientaciones.

Adriana Patricia García Osorio, Gerente General y Representante Legal de Unidonsa Ltda., por su constante apoyo durante el proyecto.

Norberto Morales Ballesteros, Ingeniero Industrial y Consultor de Althviz & Cia. Consultores Ltda., por su dirección y asesoría.

Todo el talento humano de Unidonsa Ltda., por su disposición y apertura para poder hacer realidad el proyecto de certificación.

DEDICATORIA

Este proyecto de grado está dedicado a DIOS, quien fue el que hizo posible que pudiera culminar la carrera y quien me ha acompañado desde que nací hasta el día de hoy. Le doy gracias por los padres, la hermana y el compañero que me dio, quienes siempre me apoyaron y animaron para no desfallecer en los momentos difíciles, quienes compartieron mis alegrías académicas a lo largo de la universidad y que hoy comparten la emoción por haber terminado ésta etapa de mi vida.

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE FIGURAS	11
LISTA DE TABLAS.....	12
RESUMEN	14
SUMMARY	15
INTRODUCCIÓN	16
1	OBJETIVOS..... 18
1.1	OBJETIVO GENERAL..... 18
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 18
2	ORGANIZACIÓN 20
2.1	SECTOR ECONÓMICO..... 20
2.2	MISIÓN..... 29
2.3	VISIÓN 29
2.4	RESEÑA HISTÓRICA..... 30
2.5	SERVICIOS..... 30

2.6	ORGANIGRAMA	38
3	MARCO METODOLÓGICO	40
3.1	FASE 0 DIAGNÓSTICO	40
3.2	FASE 1 PLANEACIÓN	46
3.2.1	POLÍTICA DE CALIDAD	52
3.2.2	OBJETIVOS DE CALIDAD	52
3.2.3	MAPA DE PROCESOS	54
3.2.4	DESPLIEGUE DE OBJETIVOS	63
3.2.5	RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC EN UNIDONSA	67
3.3	FASE 2 DOCUMENTACIÓN	68
3.4	FASE 3 IMPLEMENTACIÓN	79
	• AJUSTES A LA DOCUMENTACIÓN	81
	• VALIDACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	81
	• IMPLEMENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	81
3.4.1	AJUSTES A LA DOCUMENTACIÓN	81
3.4.2	VALIDACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	87
3.4.3	IMPLEMENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	87
3.5	FASE 4 EVALUACIÓN	89
3.5.1	AUDITORIA INTERNA	92
3.5.2	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	96
3.5.3	ESTABLECIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	96
3.5.4	SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES TOMADAS	104
3.5.5	MEJORAS PLANTEADAS EN LOS PROCESOS	105
3.5.6	AUDITORIA DE CERTIFICACIÓN	115
4	EVALUACIÓN DEL PROYECTO	117
4.1	CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS	117
4.2	CUMPLIMIENTO DEL PDT	119
4.3	PERFIL FINAL DEL SGC	121

CONCLUSIONES.....	122
RECOMENDACIONES	126
BIBLIOGRAFÍA	128
LISTA DE ANEXOS	130

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura N° 1. Nivel técnico y tecnológico	25
Figura N° 2. Nivel universitario	26
Figura N° 3. Nivel postgrado	27
Figura N° 4. Organigrama de UNIDONSA	38
Figura N° 5. Mapa de Procesos de UNIDONSA	53
Figura N° 6. Organigrama actual de UNIDONSA	74
Figura N° 7. Mapa de Procesos de UNIDONSA actualizado	90

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla Nº 1. Portafolio de servicios	30
Tabla Nº 2. Diagnóstico inicial de la organización	41
Tabla Nº 3. Alcances de empresas del sector de la salud	47
Tabla Nº 4. Matriz de Directrices Vs. Requisitos	50
Tabla Nº 5. Matriz de Contribución de Procesos con los Objetivos de Calidad	56
Tabla Nº 6. Despliegue de Objetivos de UNIDONSA	63
Tabla Nº 7. Encabezado de los documentos del SGC	69
Tabla Nº 8. Códigos de los procesos	70
Tabla Nº 9. Códigos de los documentos	71
Tabla Nº 10. Pie de Página de los documentos del SGC	73
Tabla Nº 11. Modelo de caracterización de un proceso en UNIDONSA	76
Tabla Nº 12. Auditores de cada proceso	89

Tabla Nº 13. Plan de Acción de Mejora	105
Tabla Nº 14. Cumplimiento de Objetivos	116
Tabla Nº 15. Convenciones para el avance de actividades	118

RESUMEN

TITULO*

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA UNIDONSA SEGÚN LA NTC-ISO 9001:2000

AUTOR

CAROLINA RESTREPO LOZA**

PALABRAS CLAVES

ISO 9001, CALIDAD, SISTEMA DE GESTIÓN, NORMA DE CALIDAD, AUDITORÍA, CLÍNICA ODONTOLÓGICA, UNIDONSA

DESCRIPCIÓN

El presente trabajo de grado consistió en la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) para la clínica odontológica Unidonsa Ltda. Su alcance estaba delimitado hasta la primera auditoría externa. Su objetivo general era el de lograr la implementación del SGC bajo la Norma Técnica Colombiana (NTC) ISO 9001:2000; y sus objetivos específicos consistían en la realización de un diagnóstico inicial, la planeación del SGC, la documentación del SGC, la implementación del SGC y finalmente la evaluación del SGC.

La metodología utilizada para la consecución del proyecto fue la siguiente: primero se realizó un diagnóstico para determinar el nivel de calidad en que se encontraba la clínica, luego se planearon todas las actividades necesarias para lograr la implementación, luego se dio inicio a las capacitaciones para sensibilizar a todo el personal, más adelante se empezaron a realizar todos los documentos necesarios, se revisaron y aprobaron; posteriormente se dio inicio a la implementación del sistema por parte de los responsables de cada proceso y de todos los involucrados en el mismo; y por último se dio inicio a la etapa de evaluación, para lo cual se capacitaron los responsables de cada proceso como auditores internos, luego se realizó la primera auditoría interna, seguida de la pre-auditoría y finalizada con la auditoría de certificación.

Como resultado principal del proyecto se logró la implementación de un SGC en Unidonsa Ltda. y la creación de una cultura de calidad que hace parte de la organización. Se logró identificar el potencial de la clínica, definir su capacidad instalada, mejorar el servicio al cliente, incrementando la satisfacción de los pacientes, reducir el nivel de quejas y reclamos, y aumentar la motivación del talento humano de Unidonsa Ltda.

* Trabajo de Grado Modalidad Práctica Empresarial

** Facultad de Ingenierías Fisicomecánicas. Programa de Ingeniería Industrial. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Director Ing. Jorge Eliécer Figueroa Vargas.

SUMMARY

TITLE*

DESIGN, DOCUMENTATION, IMPLEMENTATION AND EVALUATION OF A QUALITY SYSTEM FOR UNIDONSA ACCORDING TO THE NTC-ISO 9001:2000

AUTHOR

CAROLINA RESTREPO LOZA**

KEY WORDS

ISO 9001, QUALITY, QUALITY SYSTEM, QUALITY NORM, AUDITORY, DENTIST CLINIC, UNIDONSA

DESCRIPTION

The present graduation work consists in the implementation of a Quality System (QS) for the dentist clinic Unidonsa Ltd. Its reach was limited until the first external audit. Its general goal is to achieve the implementation of the QS under the Colombian Technical Norm (NTC) ISO 9001:2000; and its specific goals in the realization of initial diagnoses, the planning of the QS, the documentation of the QS, the implementation of the QS, and finally the evaluation of the QS.

The methodology used for the achievement of the project is the following: first making a diagnosis to determine the quality level of the clinic, then planning all the activities necessary to achieve the implementation. The capacity of all the employees was then determined to plan for all necessary documents. The documents were checked and approved during the post implementation of the system by those responsible for each process. Employees involved in the beginning of the evaluation that were responsible and involved were trained to conduct the internal audit. This process produced the first intern audit. Lastly, this process followed by the pre-audit and finished with the certification audit.

As a primary result of the project the implementation of the QS in Unidonsa Ltd. and the creation of a quality culture is now part of the organization. We were able to identify the market potential of the clinic, defined its installed capacity, and improved the customer service, all contributing to the patients' satisfaction. This reduced the level of complaints and increased the motivation of the employees' talent of Unidonsa Ltd.

* Graduation Work Modality Internship

** Faculty of Physic Mechanics Engineers, Industrial Engineering Program, School of Industrial, and Enterprise Studies. Director of the project Engineer. Jorge Eliécer Figueroa Vargas.

INTRODUCCIÓN

La apertura de nuevos mercados ha proporcionado una amplia gama de productos y servicios, a los cuales el consumidor final puede acceder de acuerdo a sus necesidades. Debido a la gran competencia que se presenta en la actualidad es indispensable que las organizaciones se encuentren preparadas para satisfacer al cliente y superar sus expectativas. Por tal motivo se hace necesario crear fortalezas en servicio, tecnología, procesos, métodos y personal competente, y proporcionando únicamente servicios de alta calidad.

Los Sistemas de Gestión de la Calidad permiten que las empresas consideren sus fortalezas bajo un proceso de mejoramiento continuo, buscando la satisfacción de los clientes y la conformidad de los servicios que exigen.

UNIDONSA, es una Unidad Odontológica de Santander, que con su servicio y tecnología busca prestar a sus clientes la satisfacción plena de sus expectativas, para lo cual considera estratégico y oportuno implementar un Sistema de Gestión de la Calidad; convirtiendo a UNIDONSA en una clínica odontológica con altos niveles de calidad y con un gran valor agregado a sus servicios.

En este documento se presenta el trabajo realizado para la implementación del sistema de gestión de la calidad para los procesos de odontología general y ortodoncia y ortopedia maxilar en todas sus etapas, enunciando con mayor énfasis en cada uno de sus capítulos las actividades necesarias para llevar a cabo las etapas de diseño, documentación, implementación y evaluación del sistema de gestión de la calidad para UNIDONSA según la NTC-ISO 9001:2000.

1 OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar un Sistema de Gestión de la Calidad en UNIDONSA bajo los parámetros definidos por la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001:2000 versión 2005 para los procesos de Odontología General y de Odontología Especializada, concretamente Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar un diagnóstico de la situación actual de la organización que permita analizar el cumplimiento de los requisitos exigidos por la norma.
- Identificar los procesos necesarios, y su interacción, para la eficaz implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

- Documentar el Sistema de Gestión de la Calidad para UNIDONSA elaborando el manual de calidad, los procedimientos e instructivos necesarios.
- Implementar los procedimientos del Sistema de Gestión de la Calidad bajo los lineamientos de la Norma ISO 9001, con la participación de directivos y empleados.
- Realizar una auditoría interna, con el fin de controlar y verificar el cumplimiento del SGC.
- Establecer el plan de acción de mejora basado en los resultados de la auditoría interna.
- Entrar en el proceso de certificación.
- Realizar la 1ª auditoría de certificación con un ente certificador.

2 ORGANIZACIÓN

En esta primera fase se realizó la identificación de la organización para poder dar inicio al desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad.

2.1 SECTOR ECONÓMICO

UNIDONSA hace parte del Sector Salud, específicamente de Odontología.

Para entender acerca del Sector de la Odontología en Colombia, adjuntamos unos apartes del artículo publicado en la página Web del Observatorio Nacional de la Salud Bucal y la Práctica Odontológica, <http://onsb.udea.edu.co/>, acerca del foro realizado el año pasado sobre “El presente y futuro de los odontólogos en Colombia”²; en el cuál se debaten diferentes temas y posiciones.

Presentación 3: Dra. Sofía Jácome. Odontóloga Directora de la División de Educación de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología ACFO.

La doctora Jácome hace una reflexión sobre [los desafíos para la relación entre la formación del talento humano odontológico y el ejercicio profesional.](#)

² Observatorio Nacional de Salud Bucal y la Práctica Odontológica. Foro “El presente y el futuro de los odontólogos en Colombia”. Colombia. Octubre 6 de 2006. <http://onsb.udea.edu.co/>

“No podemos hablar de la situación laboral de los odontólogos, sin tocar el tema de su formación. En ese sentido la idea a plantear hoy, es la de los desafíos que se nos están planteando para esta relación de la formación de talento humano en las facultades y el perfil profesional que están necesitando los servicios. [...] Si queremos hablar de la relación de la formación con el perfil profesional, tenemos que hablar de las necesidades sociales de la población. ¿Cuáles serían esas necesidades a tener en cuenta en el perfil de formación y por ende en el perfil laboral? Primero que se asuma la salud como un derecho y que se asuma la salud y la enfermedad como fenómenos producidos socialmente. Asumir la salud y la enfermedad como productos sociales, es hoy día un discurso que de alguna manera se está promoviendo en muchas Facultades pero desafortunadamente ese discurso no se aterriza en los currículos reales y mucho menos en los servicios”.

Doctor Alfonso Castro C. Presidente de la Federación Odontológica Colombiana FOC.

“Con mis escasos conocimientos financieros me atrevo a pensar que la pérdida macroeconómica, ocasionada con la formación de este personal que ha tenido que emigrar o dedicarse a otras profesiones, es de una magnitud tan difícil de calcular y eso sin agregarle el costo del capital industrial que se ha quedado inactivo, perdiéndose estos dos elementos como generadores de riqueza.

En mi concepto personal la Ley 30 sobre autonomía universitaria ha sido mal aplicada porque ha debido enfatizarse su aplicación sobre la parte de la academia, pero regular el cupo de ingreso a ellas, lo que al no hacerlo ha creado esta situación calamitosa del exceso de mano de obra odontológica.

Yo, que soy mal pensado, afirmo que esta situación fue creada en forma premeditada para poder introducir el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya experimentado en otros países del mundo, como todos los sabemos, con resultados poco satisfactorios y aquí aprovechar el exceso de profesionales desempleados o semi-empleados, para contratarlos con remuneraciones de hambre que riñe con los mínimos postulados de dignidad como se debe tratar a un ser humano y aprovecharse de la necesidad para apropiarse de los excedentes que les quedan a las EPS y que son dineros de los profesionales de la salud que laboran para esas EPS”

Doctor Fabio Humberto Rivera R. Presidente del Concejo de Medellín

“En Medellín hay 2’200.000 habitantes, de estos 1’100.000 están en Sisben 1, 2 y 3, ese 1’100.000 está limitado a ese POS pequeño que tiene la ley pero también no tiene capacidad de pago para poder acudir a las otras atenciones que necesariamente requiere un paciente en materia de salud oral. Del otro 1’100.000, con seguridad el 80% son asalariados que ganan entre 1 y 1.5 salarios mínimos que hacen que tenga derecho a la salud contributiva pero tampoco tienen capacidad de pago para hacerse esos tratamientos especializados o que se requieran en materia de salud oral. Por lo tanto entre el 75-80% de la población de Medellín no se va a hacer una atención completa en materia de salud oral. Frente a ese panorama es posible que haya suficientes odontólogos, pero se quedan muchos de los servicios, muchas de las demandas, muchas de las patologías orales sin satisfacer, sin cumplir y por lo tanto ahí no estamos prestando servicios con calidad”.

Del artículo podemos concluir que existe una oferta mayor a la demanda nacional de odontólogos, el problema es que los profesionales están saliendo, en algunos casos, de universidades no acreditadas, que no cumplen con los requerimientos de calidad, haciendo que los odontólogos calificados se vean obligados a competir con precios muy bajos.

La sobreoferta está logrando que los precios de atención sean muy reducidos y los profesionales prefieran salir del país o trabajar en otro empleo, antes de ofrecer sus servicios por una remuneración no compensatoria.

Además podemos ver la influencia del gobierno en planes de salud obligatorios, para cubrir las necesidades principales, dejando de lado los servicios de salud bucal; haciendo que los pacientes que deseen acceder a un servicio odontológico tengan que pagarlo de manera particular. Esto reduce considerablemente el número de pacientes.

En Santander la situación no es muy diferente, aquí también existe un gran número de instituciones que ofrecen programas de odontología que no cumplen con los requisitos de calidad, por lo que sus egresados tienen tarifas muy reducidas.

Para UNIDONSA particularmente, la competencia es muy alta, con gran número de clínicas no autorizadas que se encuentran por toda la ciudad, con tarifas muy bajas, con las que se hace imposible competir.

Tan sólo en las Páginas Amarillas en Internet aparecen 50 instituciones en Bucaramanga, donde no aparece UNIDONSA.

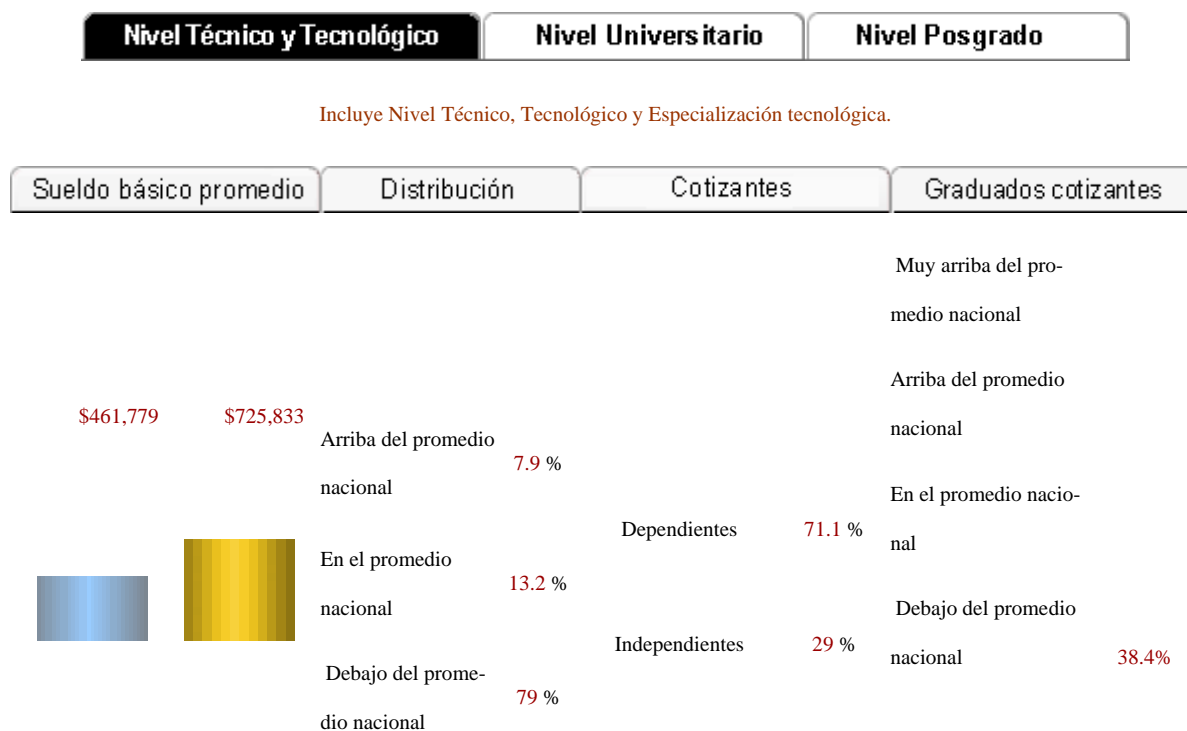
Los clientes actuales de UNIDONSA acuden a la institución debido a la calidad del trabajo y de los materiales.

UNA OFERTA CON TARIFAS COMPENSATORIAS

En el mundo, por el contrario, la situación es alentadora, debido a la rigurosidad de los gobiernos en cuanto a las instituciones educativas del sector de la salud; regulando desde la academia la oferta y permitiendo que las tarifas sean compensatorias para los profesionales. Es por ello que muchos odontólogos profesionales han decidido irse a trabajar por fuera del país para encontrar mejores oportunidades de desempeño.

Para ilustrar la compensación económica del sector odontológico en Colombia en los últimos años, tomamos algunas estadísticas del sueldo básico promedio reci-

bido por profesionales odontológicos; los datos fueron tomados de la página Web del Ministerio de Educación, <http://saces.mineduacion.gov.co/>.³



Los graduados en el nivel **Tecnológico** de **ODONTOLOGIA** tienen un ingreso menor que el promedio nacional de nivel **Tecnológico**

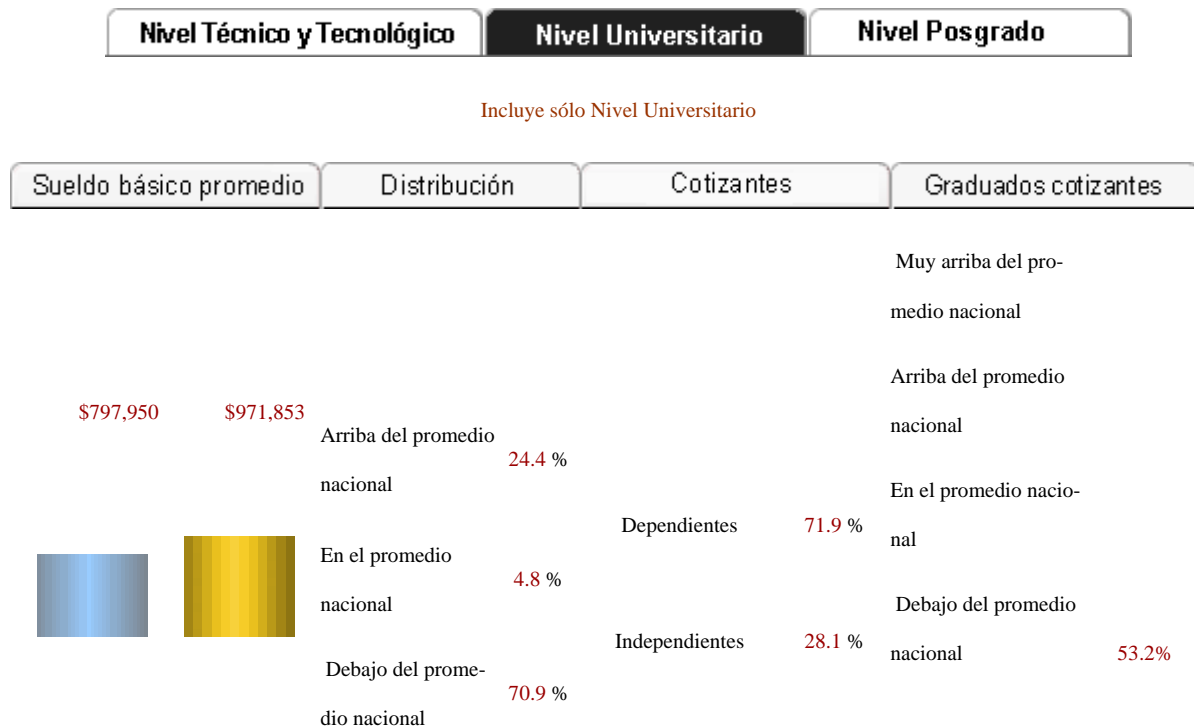
Fuente: Base de datos de Graduados Colombia, MPS y RUA. 2005 correspondiente a la cohorte de 2001 a 2004-I

³ Ministerio de Educación. Base de datos de Graduados en Colombia. Sector Odontológico. Colombia. 2005. http://saces.mineduacion.gov.co/ole/ol_r_folder3.php?NBC_CONSULTA=47

Figura N° 1. Nivel Técnico y Tecnológico

Fuente: Base de datos de Graduados Colombia, MPS y RUA. 2005 correspondiente a la cohorte de 2001 a 2004-I

En la Figura N° 1 podemos ver claramente que la mayoría de los técnicos y tecnólogos en el sector odontológico están recibiendo un sueldo por debajo del promedio nacional, es decir, menos de \$725,833 pesos; lo que nos lleva a inferir la evidencia de la sobreoferta, incluso a nivel tecnológico.



Los graduados en el nivel **Universitario** de **ODONTOLOGIA** tienen un ingreso menor que el promedio nacional de nivel **Universitario**

Fuente: Base de datos de Graduados Colombia, MPS y RUA. 2005 correspondiente a la cohorte de 2001 a 2004-I

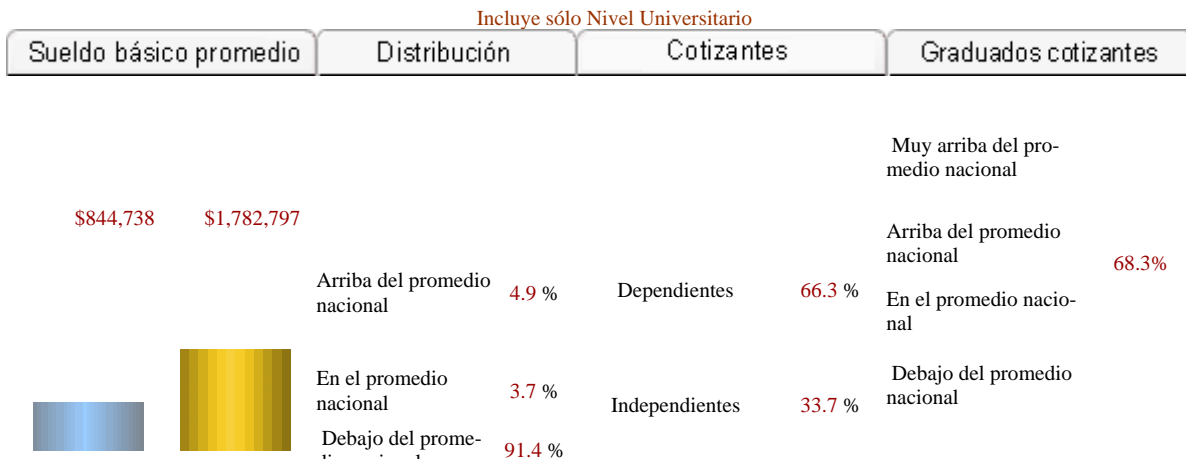
Figura N° 2. Nivel Universitario.

Fuente: Base de datos de Graduados Colombia, MPS y RUA. 2005 correspondiente a la cohorte de 2001 a 2004-I



A nivel universitario, en la Figura N° 2, también podemos observar que la mayoría de los profesionales están devengando un sueldo inferior el promedio nacional.

Además podemos ver que la mayoría de los profesionales se están desempeñando como empleados; esto permite que sean los empleadores, teniendo en cuenta la sobreoferta, quienes decidan los sueldos de los odontólogos.



Los graduados en el nivel **Posgrado** de **ODONTOLOGIA** tienen un ingreso menor que el promedio nacional de nivel **Posgrado**
 Fuente: Base de datos de Graduados Colombia, MPS y RUA. 2005 correspondiente a la cohorte de 2001 a 2004-I

Figura N° 3. Nivel Postgrado

Fuente: Base de datos de Graduados Colombia, MPS y RUA. 2005 correspondiente a la cohorte de 2001 a 2004-I

Incluso a nivel de postgrado, ver Figura N° 3, podemos advertir que la gran mayoría de los egresados están recibiendo salarios inferiores al sueldo promedio nacional. Lo cual lleva a los profesionales a cuestionarse si deben invertir grandes sumas de dinero en especializaciones y postgrados cuando su remuneración no les alcanzará para cubrir su inversión. Esto conlleva a que el servicio odontológico sea menos especializado cada vez y por ende menos profesional.

2.2 MISIÓN

La Misión de UNIDONSA se declara de la siguiente manera: “Somos una institución prestadora de servicios integrales de salud oral, conformada por un grupo de profesionales idóneos y competentes en el área de la odontología general y especializada. Contamos con tecnología de avanzada que nos permite brindar atención segura, oportuna y personalizada a todos nuestros usuarios”.

2.3 VISIÓN

La visión actual de UNIDONSA se presenta así: “En el 2016 seremos reconocidos como líderes en la prestación de servicios integrales de salud oral, estaremos posicionados a nivel departamental. Utilizaremos las últimas técnicas, materiales y la mejor tecnología de punta que este a la vanguardia de la odontología general y especializada. Estableceremos convenios, alianzas estratégicas, nuevos proveedores, con personal competente e idóneo que nos permitan ofrecer tratamientos de estética facial y oral, que contribuyan al mejoramiento de la imagen y bienestar integral de nuestros usuarios”.

2.4 RESEÑA HISTÓRICA

UNIDONSA fue creada el 5 de diciembre de 1995 por 9 Odontólogos fundadores, unidos por el deseo de prestar servicios odontológicos, mediante contratos individuales, empresariales y a través de consulta inmediata.

UNIDONSA está legalmente constituida por escritura pública y con Cámara de Comercio matrícula 05-051982-03 del 6 de diciembre de 1995 NIT 804001324-2.

Durante estos 12 años de servicio, la IPS, ha adoptado y modificado en varias oportunidades su esquema administrativo, debido a la compra y venta de cuotas por parte de los socios odontólogos.

Actualmente, UNIDONSA, está conformada por 5 socios odontólogos, quienes orientan sus esfuerzos hacia el cierre del ciclo de mejoramiento, ajustando los procesos críticos de la IPS.

Su máxima autoridad es la Junta de Socios, y en su Dirección General está el Gerente General o Representante Legal.

2.5 SERVICIOS

UNIDONSA ofrece a sus clientes servicios de Odontología General y Especializada. Los servicios de odontología especializada realizados dentro de la clínica

son los de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar, los demás servicios de odontología especializada son realizados por especialistas externos asociados a la clínica.

A continuación se muestra un listado de todos los servicios proporcionados por la clínica, dentro y fuera de sus instalaciones.

Tabla N° 1. Portafolio de Servicios

Fuente: Portafolio de Servicios de UNIDONSA

PREVENCION

Tratamiento

1. Profilaxis
2. Aplicación tópica de fluor
3. Sellantes fotocurado (1 diente)
4. Instrucciones higiene oral

PERIODONCIA

Tratamiento

5. Consulta con especialista
6. Profiflex 2 (limpieza ultrasónica)
7. Desensibilizacion de dientes (desensitron-2/por diente)
8. Remoción cálculo supragingival campo cerrado sextante
9. Remoción cálculo subgingival campo abierto sextante
10. Gingivectomia y/o gingivoplastia (por diente)

11. Colgajo desplazado lateral
12. Cirugía preprotésica (por diente)
13. Cirugía preprotésica (por cuadrante)
14. Injertos óseos (no incluye material)

ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR

Tratamiento

15. Ortopedia maxilar
16. Rejilla lingual
17. Ortodoncia convencional
18. Plano inclinado
19. Bompereta labial

RADIOLOGIA

Tratamiento

20. Radiografías periapicales
21. Radiografías panorámicas

OPERATORIA

Tratamiento

22. Amalgamas
23. Amalgama de 1 superficie

ENDODONCIA

Tratamiento

24. Urgencia

25. Consulta con especialista
26. *Endodoncia odontólogo general*
27. Endodoncia uniradiculares (dientes anteriores)
28. Endodoncia biradiculares (premolares)
29. Endodoncia multiradiculares (molares)
30. Tratamiento de perforaciones
31. Cirugía periradicular en dientes anteriores
 - Incluye obturación retrógrada, 3 controles
32. Cirugía periradicular en dientes premolares
 - Incluye obturación retrógrada, 3 controles
33. Cirugía perirradicular en molares
 - Incluye obturación retrógrada, 3 controles
34. Ferulización (trauma dental)
35. Desobturación de conductos (por diente)
36. Retratamiento de conductos dientes anteriores
37. Retratamiento de conductos dientes premolares
38. Retratamiento de conductos en molares
39. Terapia hidróxido de calcio
40. *Endodoncia especialista*
41. Endodoncia dientes anteriores (convencional)
42. Endodoncia dientes premolares (convencional)
43. Endodoncia multiradiculares (molares)
44. Amalgama de 2 superficies
45. Amalgamas de 3 superficies

Resinas de fotocurado (calzas blancas)

46. Resinas de 1 superficie

47. Resinas de 2 superficies

48. Resinas de 3 superficies

Resinas estéticas posteriores y ant

49. Resinas de 1 superficie

50. Resinas de 2 superficies

51. Resinas de 3 superficies

52. Resina involucra borde incisal

53. Ionómeros de vidrio

54. Carillas de fotocurado

CIRUGIA ORAL

Tratamiento

55. Extracción simple

56. Extracción abierta simple (incluye cordales)

57. Extracción abierta compleja (incluye cordales)

58. Frenillectomia labial

59. Frenillectomia lingual

60. Remoción capuchón pericoronarios

61. Implantes óseo integrados (unidad implante y rehabilitación)

REHABILITACION ORAL

Tratamiento

62. Urgencia

63. Consulta con especialista

64. Corona acrílica (temporal termocurado)

65. Corona metal porcelana. cerámico

66. Corona metal porcelana. vita vmk
67. Corona metal porcelana. Vita 3d master
68. Remoción coronas y puentes
69. Coronas in ceram (solo cerámica)
70. Núcleos dientes uniradiculares
71. Núcleos dientes premolares
72. Núcleos en molares
73. Carillas ceromero
74. Prótesis fija ceromero (máximo 3 dientes)
75. Prótesis removible (metal base)
76. Prótesis removible (remanium)
77. Diente ivoclar adicional
78. Prótesis flexident
79. Prótesis muco soportada
80. Diente duratone adicional
81. Prótesis total superior e inferior (duratone)
82. Prótesis total superior e inferior (convencional)
83. Carillas cerámicas
84. Blanqueamiento dental (home bleach)
85. Blanqueamiento dental (power bleach)
86. Blanqueamiento dental (zomm-1 hora)
87. Blanqueamiento por diente (sesión)
88. Placa neuro miorelajante (acrílica)
89. Trainer (placa neromiorelajante en policarbonato)

ODONTOPEDIATRIA

Tratamiento

90. Adaptación por sesión
91. Formas plásticas en anteriores
92. Coronas de acero (posteriores)
93. Resina preventiva
94. Terapia conducto radicular (anteriores)
95. Terapia conducto radicular (posteriores)
96. Pulpectomía
97. Pulpotomía con pulpectomía
98. Sellantes de fotocurado (por diente)
99. Resina fluida

ESTETICA DENTAL

Tratamiento

100. Cierre de diastemas por diente
101. Alargamiento de bordes incisales por diente
102. Carilla directas
103. Carillas en cerómero
104. Incrustaciones en cerómero
105. Núcleo cerámico diente uniradicular
106. Núcleo cerámico diente biradicular
107. Núcleo cerámico diente multiradicular
108. Coronas cerámicas
109. Prótesis fija cerómero (máximo 3 dientes)
110. Blanqueamiento dental (home bleach)
111. Blanqueamiento dental (power bleach)

- 112. Blanqueamiento dental (power bleach instantáneo)
- 113. Blanqueamiento dental (zoom-1 hora)
- 114. Blanqueamiento por diente (sesión)
- 115. Jeringa de blanqueamiento casero adicional
- 116. Refuerzo de blanqueamiento 3 jeringas
- 117. Fundas de blanqueamiento
- 118. Placa de protección

2.6 ORGANIGRAMA

UNIDONSA cuenta con 4 socios, odontólogos generales; todos hacen parte de la Junta de Socios, la cuál es el organismo superior de la organización. Los diferentes cargos de subdirección, dentro de la clínica, se encuentran ocupados por los mismos socios. La elección de estos cargos se hace por consenso en la Junta de Socios; estos cargos son: Gerente General-Representante Legal, Coordinador Odontológico y Coordinador Financiero. La clínica además cuenta con una Secretaria que también desempeña el cargo de recepcionista, un Contador, una Auxiliar Odontológica Jefe y 3 Auxiliares Odontológicas en práctica, y una persona de servicios generales que se desempeña también como mensajera. Para un total de 10 empleados.

El siguiente es el Organigrama de UNIDONSA, ver Figura N° 4.

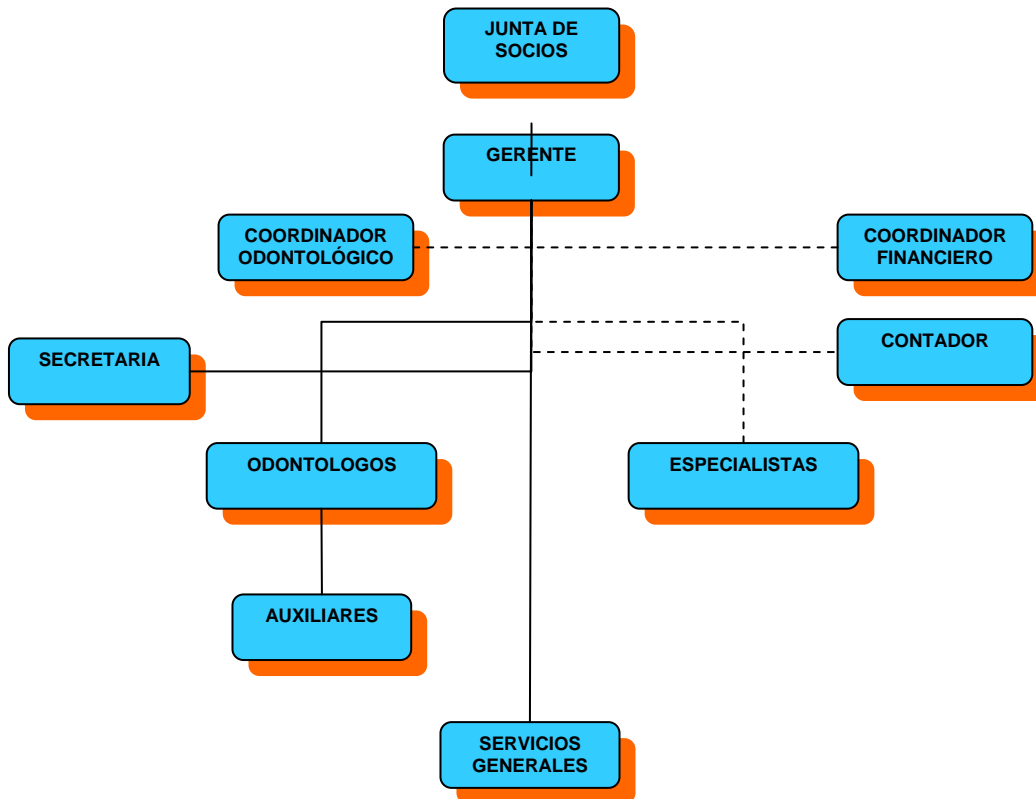


Figura N° 4. Organigrama de UNIDONSA

Fuente: Autor del proyecto

3 MARCO METODOLÓGICO

Antes de iniciar el proceso de Diseño, Documentación, Implementación y Evaluación de un Sistema de Gestión de la Calidad para UNIDONSA, según la NTC-ISO 9001:2000, la empresa decidió contratar a una persona que les ayudara con ese proceso, incorporándose a la organización como Coordinador de Calidad.

El Coordinador de Calidad decidió, por iniciativa propia, realizar el Diplomado de IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN DE LA CALIDAD ISO 9001:2000:2000 en el ICONTEC, para poder asesorar a la clínica con un conocimiento más amplio del tema.

Adjunto se anexa fotocopia del Diploma Obtenido. Anexo 1.

3.1 FASE 0 DIAGNÓSTICO

Lo primero que se realizó fue el diagnóstico de UNIDONSA para saber en qué punto estaba con respecto al Sistema de Gestión de la Calidad y a partir de allí comenzar con lo que hiciera falta.

A continuación se muestra una tabla, ver Tabla N° 2, para realizar el diagnóstico de la organización con respecto al Sistema de Gestión de la Calidad.

La puntuación va de 0 a 5, y a continuación se describe el significado de cada puntaje:

- **0** Cuando el requisito no aplica o no existe ni se ha diseñado o desarrollado.
- **1** Cuando el requisito existe pero todavía no se ha diseñado o desarrollado.
- **2** Cuando el requisito está en la fase de Diseño y Desarrollo.
- **3** Cuando el requisito se encuentra implementado.
- **4** Cuando el requisito ya fue auditado.
- **5** Cuando el requisito fue auditado y se encuentra en la etapa de mejoramiento.

Tabla N° 2. Diagnóstico inicial de la organización

Fuente: Autor del proyecto

Numeral del SGC	REQUISITO DEL SGC	0	1	2	3	4	5	COMENTARIOS
0	INTRODUCCIÓN		X					La organización se encuentra interesada en Certificarse bajo la NTC-ISO: 9001-2000, por lo cual tiene un leve conocimiento de la misma.
0.1	Generalidades	X						La organización no tiene claros los conceptos de calidad ni los de la NTC-ISO: 9001-2000.
0.2	Enfoque basado en proceso	X						La organización no tiene claro qué es un proceso.
0.3	Relación con la Norma ISO 9004	X						La organización no sabe de la existencia de la Norma ISO 9004.
0.4	Compatibilidad con otros Sistemas de Gestión	X						En el momento no existe ningún otro Sistema de Gestión implementado en la organización.
1	OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN	X						Todavía no se tiene claro el Objeto ni el Campo de Aplicación.
1.1	Generalidades	X						No saben cuáles son las generalidades.
1.2	Aplicación	X						No saben muy bien cuál es la aplicación de la Norma.
2	REFERENCIAS NORMATIVAS	X						No se tiene conocimiento de otras normas.

3	TÉRMINOS Y DEFINICIONES	X						No saben cuáles son los términos ni sus definiciones.
4	SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	X						No se tiene claridad de lo que es un SGC.
4.1	Requisitos Generales	X						Tampoco conocen cuáles son los requisitos generales.
4.2	Requisitos de la documentación	X						No saben cuáles son los requisitos de la documentación del SGC.
5	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN		X					Existe responsabilidad por parte de la dirección, pero no se ha definido cómo será dentro del SGC.
5.1	Compromiso de la Dirección		X					Existe compromiso por parte de la dirección, aunque no está claramente definido.
5.2	Enfoque al cliente			X				La organización tiene un claro enfoque hacia el cliente, pero todavía no lo ha implementado.
5.3	Política de la Calidad	X						No existe una Política de Calidad.
5.4	Planificación		X					Ya ha empezado la planificación con la definición del presupuesto a utilizar.
5.5	Responsabilidad, Autoridad y Comunicación	X						No se ha definido claramente la responsabilidad ni la autoridad dentro del SGC.
5.6	Revisión por la Dirección	X						Dado que no se ha implementado todavía el SGC, no puede hacerse la revisión por la dirección.
6	GESTIÓN DE LOS RECURSOS			X				La dirección ha establecido un presupuesto para implementar el SGC y poder certificarse.

6.1	Provisión de Recursos		X					Se tiene claro el presupuesto pero no cómo se iba a utilizar.
6.2	Recursos Humanos		X					Se cuenta con todo el personal de la organización pero no se tiene claridad del papel de cada uNº
6.3	Infraestructura		X					Se cuenta con la infraestructura adecuada para la implementación del SGC, pero no hay claridad acerca de su disposición.
6.4	Ambiente de trabajo		X					Existe un ambiente de trabajo adecuado para comenzar con la implementación del SGC.
7	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO		X					En general la realización del producto existe, debido a los servicios que la organización proporciona; pero el requisito no se encuentra diseñado ni desarrollado bajo los lineamientos del SGC.
7.1	Planificación de la realización del producto			X				Por ser una institución prestadora de salud sus servicios son planeados antes de llegar al cliente.
7.2	Procesos relacionados con el cliente		X					Existen procesos relacionados con el cliente aunque todavía no están diseñados ni desarrollados bajo los requisitos de la norma.
7.3	Diseño y Desarrollo	X						Este requisito no aplica para la institución, debido a que allí no se diseñan ni desarrollan productos.
7.4	Compras		X					Existe un proceso de compras que aún no se encuentra diseñado ni desarrollado por completo.
7.5	Producción y prestación del servicio			X				La prestación del servicio se encuentra en la fase de diseño y desarrollo, puesto que actualmente se están buscando nuevas estrategias para mejorar la calidad del servicio.

7.6	Control de los dispositivos de seguimiento y de medición			X					Se han diseñado y elaborado planes de mantenimiento de los equipos.
8	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	X							Aún no existe la cultura de mejora continua.
8.1	Generalidades	X							No se tiene conocimiento de la etapa de medición, análisis y mejora.
8.2	Seguimiento y medición	X							Aún no se realiza seguimiento y medición de ningún proceso.
8.3	Control del producto no conforme	X							Todavía no se tiene establecido un procedimiento de control del producto no conforme.
8.4	Análisis de datos	X							En este momento no se analizan datos del SGC.
8.5	Mejora	X							No se ha realizado ninguna mejora del SGC.
PROMEDIO									0.53846154

Para hallar el promedio se realizó la sumatoria de cada una de las calificaciones de todos los requisitos de la norma, siendo 0 la menor y 5 la mayor. Luego se dividió este resultado entre el total de requisitos y se obtuvo el valor.

La calificación del diagnóstico fue **0.53846154**, sobre **5.0**, mostrando una significativa brecha, lo cuál nos da un claro indicio de la necesidad de empezar desde el

principio y con cada uno de los requisitos de la Norma para poder implementar un SGC y lograr posteriormente la certificación.

Este resultado tan bajo exige que el trabajo se realice a partir de la planificación total del SGC, logrando que desde el comienzo se involucre a toda la organización.

Luego de realizar el diagnóstico se realizó la primera capacitación a todo el personal en “Fundamentos de ISO 9001:2000, Estructura y Análisis”. Con este Taller se logró involucrar a todos los empleados de la organización y hacerlos sentir parte fundamental del desarrollo del SGC. En la capacitación se definieron conceptos básicos del SGC y se habló del origen de la Norma y su propósito en la actualidad y particularmente en UNIDONSA

Adjunto se anexa el registro de asistencia a la capacitación “Fundamentos ISO 9001:2000”. Anexo 2.

3.2 FASE 1 PLANEACIÓN

Antes de iniciar la fase de planeación se realizó una capacitación a la Junta de Socios, donde se definieron los lineamientos básicos de un SGC, el enfoque por procesos y los elementos iniciales que debían ser definidos por la Organización.

Adjunto se anexa el registro de asistencia a la capacitación “Planeación del SGC”. Anexo 3.

En este punto también se crearon, con la Junta de Socios, **la misión y la visión** de UNIDONSA, puesto que no estaban constituidas todavía; para lo cual se realizó un taller donde cada uno de los socios aportó una idea escrita de la misión y la visión, estas ideas se leyeron por el moderador y con la ayuda de todos se construyó la misión y la visión en consenso.

Adjunto se anexa el registro de asistencia al taller “Lineamientos de la Organización”. Anexo 4.

Luego se definió **el alcance del SGC**, para lo cuál se identificaron los diferentes procesos existentes dentro de la organización. Allí se definieron 12 procesos y se escogieron los 2 procesos de realización más importantes en UNIDONSA para el alcance del SGC, el de Odontología General y el de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.

Para definir **los procesos** se realizó un taller con todos los socios, donde se retomaron los conceptos de proceso, procesos de dirección, procesos de realización y procesos de apoyo, allí los socios identificaron los principales procesos de UNIDONSA teniendo en cuenta todos sus servicios, las funciones dentro de la institución y su interacción con el resto de la organización.

Adjunto se anexa el registro de asistencia al taller “Definición de Procesos de de la Organización”. Anexo 5.

Con el fin de determinar cómo se redactaría **el alcance**, el autor del proyecto investigó en la página Web del ICONTEC⁴, www.icontec.org.co, los diferentes alcances de las empresas certificadas hasta el momento en el sector de la salud; allí se encontraron nueve empresas con sus respectivos alcances, los cuales se muestran a continuación, ver Tabla N° 3:

Tabla N° 3. Alcances de empresas del sector de la salud

Fuente: ICONTEC. Colombia. 2007. www.icontec.org.co

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA – COMFAMILIAR HUILA	Prestación de servicios de créditos y aportes y subsidios en dinero y en especie en los Municipios de Neiva, Garzón, Pitalito y la Plata. Prestación de servicios de salud de primer nivel (IPS) - Neiva de consulta externa en medicina general, odontología y laboratorio clínico. Mercadeo de bienes al detal en el hipermercado de Neiva. Servicios de educación no formal y servicios de gestión y comercialización de vivienda de interés social en Neiva
CENTRO MÉDICO QUIRÚRGICO DE LA NARIZ LTDA. - CENTRO QUIRÚRGICO DE LA BELLEZA	Proveer la infraestructura, dotación y personal de asistencia médica para la realización de Cirugías Plásticas ambulatorias o con hospitalización
CLÍNICA ROSTRO Y FIGURA LTDA.	Proveer la infraestructura, dotación y personal de asistencia médica para la realización de cirugías plásticas, maxilofaciales y orales ambulatorias
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA – COHAN	Suministro de insumos para la prestación de servicios de salud. Diseño, producción y prestación de servicios de investigación y transferencia de tecnología para el sector salud y cooperativo
CORPORACIÓN CIDEIM	Investigación, formación en el campo biomédico y prestación de los servicios científicos y tecnológicos

⁴ ICONTEC. Colombia. 2007. www.icontec.org.co

	cos: análisis diagnósticos, moleculares, bioquímicos, farmacológicos, toxicológicos y ensayos clínicos
FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA - FCV. INSTITUTO DE INVESTIGACIONES	Diseño, elaboración y desarrollo de proyectos de investigación básica, clínica, epidemiológica y administrativa en el sector salud y ejecución de protocolos de investigación, propios y presentados por clientes externos
HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE	Preparación y distribución de mezclas enterales y teteros
HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE	Preparación de mezclas parenterales para antibioterapia ambulatoria, alivio del dolor, nutrición parenteral total (NPT) y oncología
HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE	Servicio de dispensación de medicamentos y material medico quirúrgico. Elaboración de preparados magistrales

Tomando la redacción de estos nueve alcances como ejemplo, se redactó el alcance para UNIDONSA, el cual quedó de la siguiente forma:

“Prestación de servicios de salud bucal en Odontología General, Ortodoncia y Ortopedia Maxilar”.

Posteriormente se definieron la política y los objetivos de calidad, con la participación de toda la Junta de Socios. Para ello se realizó un taller donde se explicó la forma de hacer una política y cómo los objetivos debían estar relacionados y dirigidos a cumplir con la política de calidad. En el taller se identificaron los requisitos del cliente y las principales metas organizacionales, mediante una matriz, para identificar las directrices que definirían la Política de Calidad de UNIDONSA y luego se definió un objetivo de calidad por cada directriz.

Adjunto se anexa el registro de asistencia al taller "Política y Objetivos de Calidad". Anexo 6.

La matriz realizada en el taller, ver Tabla N° 4, evaluaba la relación existente entre las Directrices de la Organización y los Requisitos del Cliente. Esta calificación se realizó entre 0 y 5, donde 0 en los requisitos (filas) significaba que la organización no podía seguir atendiendo a estos clientes; y 0 en las directrices (columnas) significaba que esa directriz no influía en la calidad.

Tabla Nº 4. Matriz de Directrices Vs. Requisitos

Fuente: Taller “Política y Objetivos de Calidad”

Directrices de la Organización Requisitos del Cliente	Competencia en el mercado	Excelentes profesionales	Rentabilidad Económica	Ética Profesional	Tecnología de Avanzada	TOTAL
Atención Oportuna	5	5	0	4	4	18
Trabajo de alta calidad	5	5	4	4	4	22
Excelente atención	2	4	2	4	4	16
Buenos precios	4	2	3	5	2	16
Garantía del servicio	2	4	3	5	5	19
TOTAL	18	20	12	22	19	

La política entonces corresponde a satisfacer los requisitos del cliente con mayor puntaje, mediante las directrices de mayor puntaje.

3.2.1 POLÍTICA DE CALIDAD

En UNIDONSA nos dedicamos a satisfacer las necesidades de nuestros usuarios a través de la prestación de un servicio óptimo en odontología general y especializada, con un alto nivel de calidad, mediante un talento humano calificado y comprometido, con gran capacidad técnica, ética profesional y permanente actualización tecnológica.

Desarrollamos y mantenemos un Sistema de Gestión de Calidad que soporta adecuadamente todos nuestros Procesos en Salud Oral, permitiendo al usuario obtener la mejor atención, a un costo razonable y con el menor riesgo posible.

3.2.2 OBJETIVOS DE CALIDAD

- *Cumplir las expectativas de cada usuario, en relación a la calidad del trabajo realizado y a la prestación oportuna de los servicios de odontología general y especializada.*

- *Brindar canales de comunicación para escuchar las necesidades de nuestros usuarios, y de esta manera poder dar soluciones y respuestas oportunas, que se manifiesten con la excelencia en nuestro servicio.*
- *Garantizar el mejoramiento continuo de nuestros procesos, a través de la capacitación permanente de todos nuestros profesionales.*
- *Desarrollar un sistema de información, completo y de fácil acceso, que permita obtener los datos de una manera oportuna y eficaz.*
- *Adquirir suministros que cumplan con las especificaciones técnicas y de calidad exigidas por los mecanismos de control competentes.*
- *Asegurar un servicio óptimo y con un mínimo riesgo a nuestros clientes, a través del cumplimiento de las normas básicas de atención.*
- *Mejorar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad de UNIDONSA*

Luego se realizó el Mapa de Procesos para definir la interacción entre los diferentes procesos, ver Figura N° 5.

3.2.3 MAPA DE PROCESOS

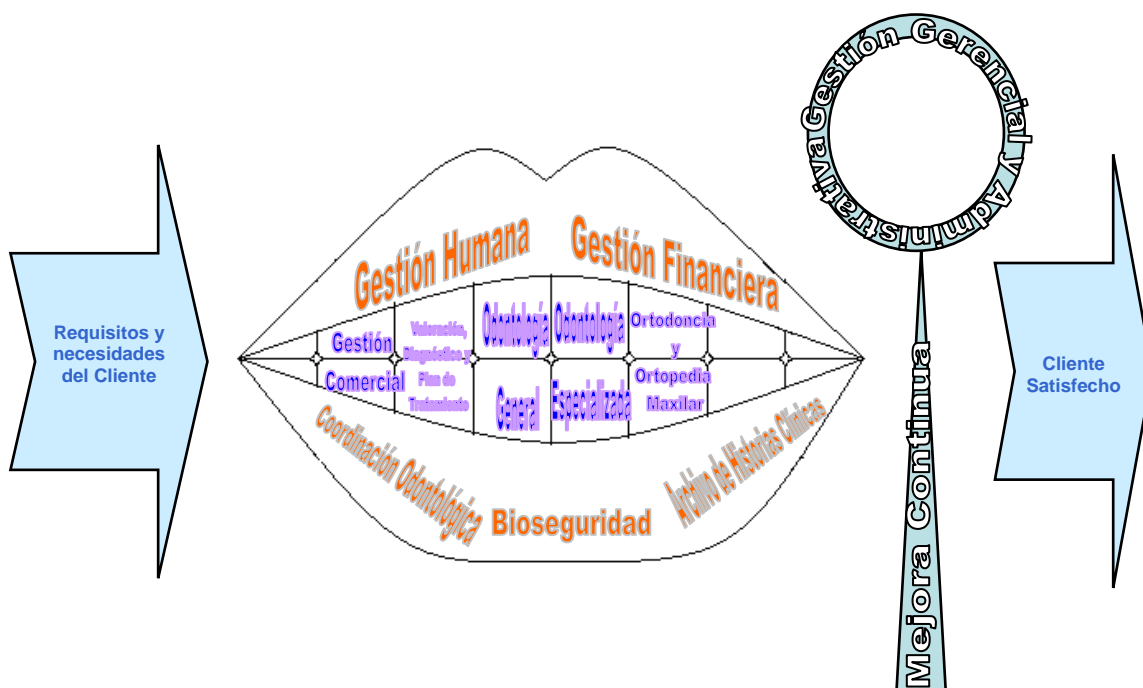


Figura Nº 5. Mapa de Procesos de UNIDONSA

Fuente: Autor del proyecto

El Mapa de Procesos de UNIDONSA tiene la forma de una boca haciendo alusión a su razón social.

Los diferentes procesos se encuentran divididos de la siguiente manera:

- **Procesos de Dirección** se encuentran en el espejo odontológico, que orienta y muestra el camino hacia donde debe ir la organización.
- **Procesos de Apoyo** se encuentran en los labios de la boca, que protegen los dientes evitando que elementos externos afecten los procesos allí ubicados.
- **Procesos de Realización** se encuentran en los dientes de la boca, que son los productos principales de la organización alrededor de los cuales gira toda la institución.
- **Requisitos y necesidades del cliente** se encuentran en una flecha entrando al sistema.
- **Cliente satisfecho** se encuentra en una flecha de salida como resultado final del sistema.

Podemos ilustrar la contribución de los diferentes procesos para lograr los objetivos de calidad mediante la siguiente matriz, ver Tabla N° 5, donde 0 implica que no existe ninguna contribución por parte del proceso con el objetivo de calidad y 5 implica que existe una contribución total por parte del proceso para alcanzar el objetivo de calidad.

Con el propósito de facilitar la realización de la matriz el autor decidió enumerar los objetivos de calidad.

- 1. Cumplir las expectativas de cada usuario, en relación a la calidad del trabajo realizado y a la prestación oportuna de los servicios de odontología general y especializada.*
- 2. Brindar canales de comunicación para escuchar las necesidades de nuestros usuarios, y de esta manera poder dar soluciones y respuestas oportunas, que se manifiesten con la excelencia en nuestro servicio.*
- 3. Garantizar el mejoramiento continuo de nuestros procesos, a través de la capacitación permanente de todos nuestros profesionales.*
- 4. Desarrollar un sistema de información, completo y de fácil acceso, que permita obtener los datos de una manera oportuna y eficaz.*
- 5. Adquirir suministros que cumplan con las especificaciones técnicas y de calidad exigidas por los mecanismos de control competentes.*
- 6. Asegurar un servicio óptimo y con un mínimo riesgo a nuestros clientes, a través del cumplimiento de las normas básicas de atención.*
- 7. Mejorar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad de UNIDONSA*

Tabla Nº 5. Matriz de Contribución de Procesos con los Objetivos de Calidad

Fuente: El autor del proyecto

Procesos Obj. De Calidad	Gestión Gerencial y Administrativa	Mejora Continua	Gestión Humana	Gestión Financiera	Coordinación Odontológica	Biosseguridad	Archivo de Historias Clínicas	Gestión Comercial	Tratamiento	Valoración, Diagnóstico y Tratamiento	Odontología General	Odontología Especializada	Ortodoncia y Ortopedia Maxilar	TOTAL
1	3	4	4	1	5	4	3	1	4	5	5	5	5	45
2	5	5	4	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	21
3	4	5	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21
4	4	5	3	2	0	0	4	0	0	0	0	0	0	22
5	3	4	0	5	0	5	0	0	0	0	0	0	0	22
6	3	4	5	0	4	5	0	0	5	5	5	5	5	47
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	67
TOTAL	27	32	26	18	14	19	12	10	14	15	15	15		

De la matriz anterior podemos observar que el proceso que contribuye con la mayoría de los objetivos de calidad es el Proceso de Dirección “**Mejora Continua**”, seguido de los procesos de “**Gestión Gerencial y Administrativa**” y “**Gestión**

Humana”, con lo que podemos inferir claramente que por ser UNIDONSA una organización prestadora de servicios, su principal recurso es el Talento Humano.

También podemos observar que el objetivo de calidad al que más procesos contribuyen para su ejecución es el número 7: *Mejorar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad de UNIDONSA*. Lo que era de esperarse dado que el SGC es un sistema continuo que evoluciona con el tiempo y debe ser alimentado por TODOS los procesos de la organización.

Luego de definir la contribución de cada proceso con la obtención de cada objetivo de calidad, se especificó el objetivo y responsable de cada uno de los procesos.

- **Gestión Gerencial y Administrativa**

Objetivo:

Planear y verificar los destinos de los recursos, tomar decisiones con el fin de garantizar un mejoramiento continuo en el SGC de UNIDONSA

Responsable:

Gerente General: Dra. Adriana Patricia García

- **Mejora Continua**

Objetivo:

Garantizar el buen funcionamiento del SGC de acuerdo con los lineamientos de la Norma ISO 9001 Versión 2000, los requisitos del cliente, los lineamientos de UNIDONSA y los requisitos de ley.

Responsable:

Gerente General: Dra. Adriana Patricia García

- **Gestión Humana**

Objetivo:

Realizar los procesos pertinentes a la Gestión de Recursos Humanos, como selección de personal, reclutamiento y capacitación.

Responsable:

Gerente General: Dra. Adriana Patricia García

- **Gestión Financiera**

Objetivo:

Realizar los estados financieros de UNIDONSA y proporcionar toda la información contable necesaria. Realizar los procesos de compra e informar del flujo de caja.

Responsable:

Coordinador Financiero: Dra. Clara Elena Vargas

- **Coordinación Odontológica**

Objetivo:

Proporcionar un canal de comunicación entre UNIDONSA y los odontólogos y especialistas externos.

Responsable:

Coordinador Odontológico: Dra. Vivian Guzmán

- **Bioseguridad**

Objetivo:

Garantizar la seguridad e higiene de todo el personal y equipo odontológico.

Responsable:

Auxiliar Odontológico Jefe: Oliva Morales

- **Archivo de Historias Clínicas**

Objetivo:

Garantizar el adecuado manejo, archivo y control de las historias clínicas.

Responsable:

Auxiliar Odontológico Jefe: Oliva Morales

- **Gestión Comercial**

Objetivo:

Realizar la gestión de publicidad y mercadeo propia de UNIDONSA, para garantizar su vigencia y permanencia en el mercado.

Responsable:

Gerente General: Dra. Adriana Patricia García

- **Valoración, Diagnóstico y Plan de Tratamiento**

Objetivo:

Hacer la valoración, diagnóstico y plan de tratamiento a cada uno de los pacientes de UNIDONSA.

Responsable:

Odontólogo General: Dr. Juan Carlos Valbuena

- **Odontología General**

Objetivo:

Realizar actividades odontológicas de promoción, prevención y tratamiento correctivo a nuestros usuarios, en busca de satisfacer sus necesidades odontológicas.

Responsable

Odontólogo General: Dr. Juan Carlos Valbuena

- **Odontología Especializada**

Objetivo:

Realizar actividades odontológicas especializadas de y a nuestros usuarios, en busca de satisfacer sus necesidades.

Responsable:

Coordinador Odontológico: Dra. Vivian Guzmán

- **Ortodoncia y Ortopedia Maxilar**

Objetivo:

Realizar impresiones diagnósticas para llevar a cabo un plan de tratamiento que permita obtener funcionalidad y estética en la cavidad bucal de acuerdo a los requerimientos del cliente.

Responsable:

Ortodoncista y/o Ortopedista: Dr. Juan Carlos Valbuena

Luego se identificaron los Indicadores de Gestión con el Despliegue de Objetivos, donde se definió el método de cálculo de cada indicador, la meta esperada, la fre-

cuencia de medición, las fuentes de datos, los responsables de tomar los datos y el proceso al que pertenecen.

Para ello se realizó una reunión con los responsables de cada proceso y en una lluvia de ideas todos aportaron en la ejecución del Despliegue de Objetivos.

Adjunto se anexa la asistencia a la reunión “Despliegue de Objetivos”. Anexo 7.

3.2.4 DESPLIEGUE DE OBJETIVOS

En la siguiente página se muestra una matriz del Despliegue de Objetivos de UNIDONSA, ver Tabla N° 6.

Tabla Nº 6. Despliegue de Objetivos de UNIDONSA.
Fuente: El autor del proyecto

DIRECTRIZ POLITICA DE LA CALIDAD	OBJETIVOS DE CALIDAD	ESTRATEGIAS	INDICADORES DE GESTION	METODO DE CALCULO	META	FRECUENCIA DE MEDICION	FUENTES DE DATOS	RESPONSABLE	PROCESO
Satisfacer las necesidades de nuestros usuarios a través de la prestación de un servicio optimo en odontología general y especializada	Cumplir las expectativas de cada usuario, en relación a la calidad del trabajo realizado y a la prestación oportuna de los servicios de odontología general y especializada.	<p>Verificar la correcta asignación de citas para optimizar la prestación del servicio</p> <p>Reducir el tiempo de preparación de los equipos.</p> <p>Evaluar el número de reclamos y disminuir de un periodo a otro.</p> <p>Crear y aplicar la encuesta de satisfacción de los servicios.</p>	Índice de satisfacción.	Encuestas con calificación mayor o igual a bueno / el número total de encuestas.	≥80%	Trimestral	Resultado de encuestas de satisfacción del cliente	Gerente. Líder de proceso gestión comercial	Gestión Comercial
			Índice de Oportunidad en atención	No de pacientes atendidos oportunamente / total de pacientes atendidos	El 70 % de los pacientes sean atendidos en un tiempo no mayor a 30 minutos (desde que llega el paciente hasta que ingresa al consultorio)	Semanal	Asignación de citas	Recepcionista	Gestión Gerencial

	Brindar canales de comunicación para escuchar las necesidades de nuestros usuarios, y de esta manera poder dar soluciones y respuestas oportunas, que se manifiesten con la excelencia en nuestro servicio.		Índice de funcionamiento de líneas telefónicas	Nº de fallas en las líneas telefónicas al mes	Disminuir el número de fallas en un 10% en relación al mes anterior	Mensual	Asignación de citas	Recepcionista	Gestión Comercial
Talento humano calificado, comprometido, con gran capacidad técnica y ética profesional	Garantizar el mejoramiento continuo de nuestros procesos, a través de la capacitación permanente de todos nuestros profesionales	Diagnosticar las necesidades de capacitación del personal	Índice de capacitación	Capacitaciones recibidas / No de capacitaciones programadas	90%	Semestral	Programa de capacitación UNIDONSA	Gerente	Gestión Administrativa
Prestar un servicio óptimo en odontología general y especializada.	Desarrollar un sistema de información, completo y de fácil acceso, que permita obtener los datos de una manera oportuna y eficaz.	Adquisición de un Software Especializado para la implementación adecuada de datos en las diferentes áreas. Verificar que dicho Software sea aplicable a los requerimientos de	Índice de eficacia del software	Información arrojada de manera correcta / Información solicitada	85%	Inmediata	Software Odontológico. Agendas. Sistema Contable.	Secretaria. Auxiliar. Odontólogo. Contador.	Gestión Administrativa

		UNIDONSA Capacitar al personal a cargo en la utilización de dicho Software,							
Desarrollar y mantener un sistema de garantía de calidad que soporte adecuadamente los procesos en Salud Oral	Adquirir suministros que cumplan con las especificaciones técnicas y de calidad exigidas por los mecanismos de control competentes.	Compra de suministros de alta calidad. Verificar las especificaciones técnicas de los suministros. Establecer un procedimiento de selección y evaluación de proveedores.	Índice de calidad en los suministros	Pedidos que cumplan con las especificaciones / Pedidos Recibidos	95%	Con cada pedido de suministros recibidos	Cardes	Auxiliar de odontología.	Gestión Administrativa
Asegurar a nuestros usuarios obtener la mejor atención, a un costo razonable con el menor riesgo posible.	Asegurar un servicio óptimo y con un mínimo riesgo a nuestros clientes, a través del cumplimiento de las normas básicas de atención.	Seguir el protocolo de bioseguridad establecido por la Secretaría de Salud. Supervisar el proceso de esterilización paso a paso.	Índice de esterilización de equipos	Instrumental Esterilizado / Instrumental Utilizado	85%	Semanal	Libro de registro de Bioseguridad	Auxiliar de odontología.	Bioseguridad

3.2.5 RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC EN UNIDONSA

3.2.5.1 LÍDERES

Los líderes del SGC, quienes serán responsables de orientar, motivar y gestionar todas las capacitaciones necesarias a toda la organización, son el Gerente General y el Coordinador de Calidad.

3.2.5.2 EQUIPO AUDITOR

El equipo auditor, encargado de programar, realizar y evaluar las auditorías internas, estará conformado por los responsables de cada proceso.

3.2.5.3 COORDINADOR DE CALIDAD

El coordinador de calidad, estará a cargo de la elaboración de toda la documentación del SGC, de acuerdo con los parámetros establecidos en el Procedimiento Documentado “Control de Documentos y Registros”; y de asesorar permanentemente al talento humano de la organización con el fin de implementar el SGC.

En la actualidad el Coordinador de Calidad es el mismo autor del proyecto quien se encuentra en calidad de practicante universitario; con el propósito de dar continuidad al SGC la organización ha decidido vincular a un Coordinador de Calidad de planta.

3.2.5.4 COMITÉ DE CALIDAD

Para dar vigencia y permanencia al Sistema de Gestión de Calidad se conformó un Comité de Calidad, compuesto por el Gerente General y Representante Legal, el Coordinador de Calidad, el Coordinador Financiero y el Coordinador Odontológico.

Este comité tiene como propósito mantener actualizados a los principales responsables del SGC, evaluar cómo va el sistema, compartir inquietudes, tomar acciones y alimentar el sistema.

Para dar continuidad al sistema se programará una reunión mensual del Comité de Calidad.

3.3 FASE 2 DOCUMENTACIÓN

Antes de iniciar la fase de documentación se realizaron dos capacitaciones con los responsables de cada proceso. En la primera se definieron los parámetros de la

documentación y se estandarizó la forma de documentar. En la segunda se definieron los documentos necesarios para alimentar el sistema y cómo se debían realizar, qué debían contener y cómo se podían utilizar.

Adjunto se anexan las asistencias a las capacitaciones "Documentación del SGC". Anexo 8 y "Documentación necesaria en UNIDONSA" Anexo 9.

Después de la primera capacitación se elaboró el procedimiento documentado para el **Control de Documentos y Registros**.

A continuación se presenta la parte de normalización de los documentos de UNIDONSA tomada del procedimiento documentado **Control de Documentos y Registros**.

NORMALIZACIÓN DE LOS DOCUMENTOS


A continuación se describe la manera como se controlan los documentos del SGC de la clínica odontológica UNIDONSA:

Encabezado

Los documentos del SGC de UNIDONSA (Manuales, Procedimientos, Planes de Calidad, Fichas Técnicas, Instructivos y Otros), tendrán el siguiente encabezado, el cual estará ubicado en todas las hojas del documento, ver Tabla N° 7.

Tabla N° 7. Encabezado de los documentos del SGC

Fuente: Procedimiento Documentado “Control de Documentos y Registros” de UNIDONSA

	NOMBRE DEL DOCUMENTO	CODIGO	XX-YY-ZZ
		VERSIÓN	#
	NOMBRE DEL PROCESO	PAGINA	# de #

- **EL LOGO:** Identificación grafica de UNIDONSA
- **TÍTULO O NOMBRE DEL DOCUMENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD:** Se escribe centrado, en negrilla y letra Arial 11.
- **TÍTULO O NOMBRE DEL PROCESO:** Identifica el proceso al que pertenece el documento del Sistema de Gestión de Calidad, se escribe centrado, en negrilla y letra Arial 11.
- **CÓDIGO:** Identificación alfanumérica que se asigna a cada documento del SGC. Se escribe en letra Arial 10, sin negrilla y centrado. Este código se lo asigna el Coordinador de Calidad.

Los documentos del Sistema de Gestión de Calidad de UNIDONSA, dependiendo de las necesidades de los procesos, se identifican de la siguiente forma, exceptuando los formatos:

- Estructura del Código: XX-YY-ZZ

Donde, **XX** dos letras, iniciales representativas al nombre consecutivo por procesos según mapa de UNIDONSA, ver Tabla N° 8:

Tabla N° 8. Códigos de los procesos

Fuente: Procedimiento Documentado “Control de Documentos y Registros” de UNIDONSA

XX	PROCESO
GG	Gestión Gerencial y Administrativa
MC	Mejora Continua
GC	Gestión Comercial
VD	Valoración y Diagnostico
OG	Odontología General
OE	Odontología Especializada
OR	Ortodoncia y Ortopedia Maxilar

GH	Gestión Humana
GF	Gestión Financiera
CO	Coordinación Odontológica
BS	Bioseguridad
AH	Archivo de Historias Clínicas

(-): Es un guión de separación

Donde, **YY**: Es el prefijo que identifica el tipo de documentos, ver Tabla N° 9:

Tabla N° 9. Códigos de los documentos

Fuente: Procedimiento Documentado “Control de Documentos y Registros” de UNIDONSA

YY	TIPO DE DOCUMENTO
M	Manual
PR	Procedimiento
P	Protocolos
I	Instructivos
G	Guías

F	Formatos
OD	Otros Documentos

(-): Es un guión de separación

ZZ: Es un numero consecutivo de dos dígitos.

Por ejemplo: El código MC-PR-01, corresponde al proceso de Mejora Continua, es un Procedimiento documentado y 01 es el número consecutivo del procedimiento en este proceso.

Versión: Identifica el número de ediciones que ha tenido el documento; cuando se modifique la documentación del Sistema de Gestión de Calidad (SGC), la versión aumenta de la siguiente manera, Versión 1, Versión 2, etc. Se escribe en letra Arial 10, sin negrilla y centrado.

Pie de Página

Se colocará como pie de página en la primera hoja de todos los documentos del SGC, el cuadro que identifica la persona y cargo de quien elaboró, revisó y

aprobó el documento con su fecha respectiva, como se muestra a continuación, ver Tabla N° 10:

Tabla N° 10. Pie de Página de los documentos del SGC

Fuente: Procedimiento Documentado “Control de Documentos y Registros” de UNIDONSA

Elaborado por: Carolina Restrepo Loza	Revisado por: Adriana Patricia García	Aprobado por:
Cargo: Coordinador de Calidad	Cargo: Gerente General	Cargo: Comité de Calidad
Fecha: 06/09/2006	Fecha: 08/09/2006	Fecha: 07/10/2006

Luego se realizaron los principales formatos para alimentar el SGC.

Posteriormente se realizó el Manual de Perfiles y Responsabilidades.

Adicionalmente se modificó la estructura organizacional incluyendo ahora al coordinador de calidad, por lo que el nuevo organigrama quedó de la siguiente forma, ver Figura N° 6:

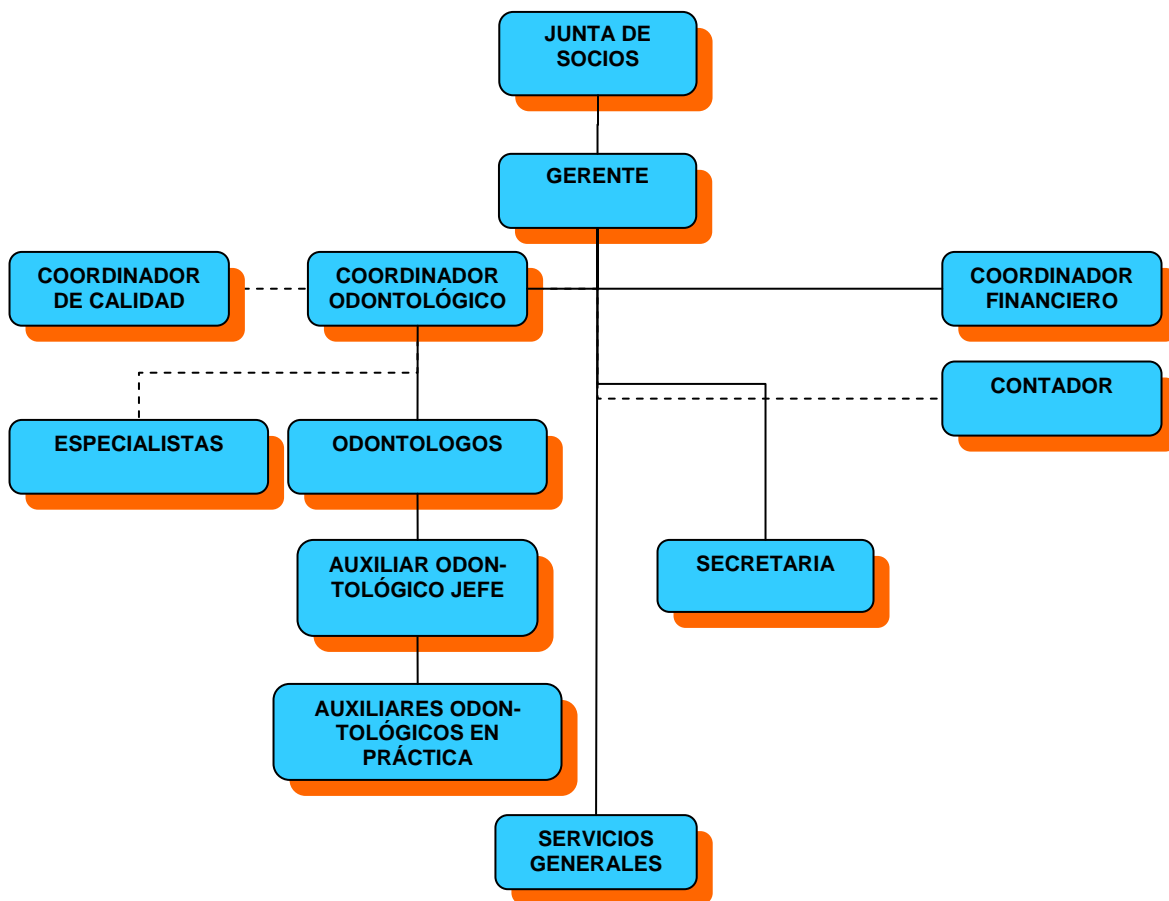


Figura N° 6. Organigrama actual de UNIDONSA

Fuente: Autor del proyecto

Luego se realizaron los 4 procedimientos documentados que hacían falta:

- Control de Producto no conforme.
- Auditoria Interna.

- Acciones correctivas, preventivas y de mejora, el cual se realizó como un solo procedimiento.

Luego se realizó una capacitación para orientar a los responsables de cada proceso acerca de la realización de una caracterización y, con ayuda del coordinador de calidad, se realizaron las 12 caracterizaciones.

Adjunto se anexa la asistencia a la capacitación “Cómo hacer una Caracterización”. Anexo 10.

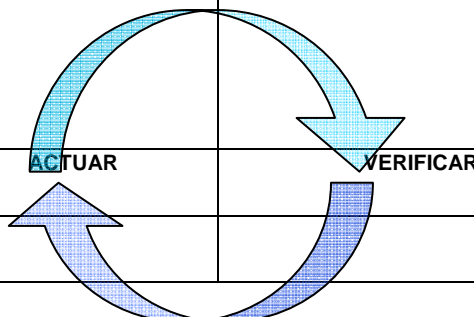
En la siguiente página se muestra el modelo que se utilizó para realizar las caracterizaciones de los 12 procesos, ver Tabla N° 11.

Adjunto se anexan las 12 caracterizaciones realizadas en UNIDONSA Anexos 11 al 22.

Tabla N° 11. Modelo de caracterización de un proceso en UNIDONSA

Fuente: Autor del proyecto

CARACTERIZACIÓN PROCESO DE ...					
OBJETIVO			REQUISITOS		
TIPO DE PROCESO			RECURSOS DE PERSONAL		
RESPONSIBLE			RECURSOS TECNICOS		
PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES		SALIDAS	CLIENTE
		PLANEAR	HACER		
		ACTUAR	VERIFICAR		



PARAMETROS DE SEGUIMIENTO:					
PARAMETROS DE MEDICION:					
PROCESOS DE APOYO:			DOCUMENTOS SOPORTE:		

3.4 FASE 3 IMPLEMENTACIÓN

Una vez finalizadas las etapas de planificación, documentación, capacitación y sensibilización del personal, se cuenta con la base de datos necesaria para dar inicio a la etapa de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Para dar inicio a la fase de implementación se realizaron actividades de socialización de los documentos.

Para ello se realizaron reuniones por procesos y de todo el personal.

Las primeras reuniones realizadas fueron las del Coordinador de Calidad con el responsable de cada proceso. Debido al tamaño de la organización todas las reuniones se realizaron el mismo día.

Adjunto se anexan las actas de las reuniones:

“Socialización de documentos del proceso de Gestión Gerencial y Administrativa”. Anexo 23

“Socialización de documentos del proceso de Mejora Continua”. Anexo 24

“Socialización de documentos del proceso de Gestión Humana”. Anexo 25

“Socialización de documentos del proceso de Gestión Financiera”. Anexo 26

“Socialización de documentos del proceso de Coordinación Odontológica”. Anexo 27

“Socialización de documentos del proceso de Bioseguridad”. Anexo 28

“Socialización de documentos del proceso de Archivo de Historias Clínicas”. Anexo 29

“Socialización de documentos del proceso de Gestión Comercial”. Anexo 30

“Socialización de documentos del proceso de Valoración, Diagnóstico y Plan de Tratamiento”.
Anexo 31

“Socialización de documentos del proceso de Odontología General”. Anexo 32

“Socialización de documentos del proceso de Odontología Especializada”. Anexo 33

“Socialización de documentos del proceso de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar”. Anexo 34

Posterior a las reuniones por procesos se realizó una reunión con todo el personal para la divulgación de los procedimientos documentados de UNIDONSA.

Adjunto se anexa el acta de la reunión “Divulgación de los Procedimientos Documentados de UNIDONSA” Anexo 35.

Durante la etapa de implementación se realizaron ajustes a la documentación y su proceso básicamente consistió en el acompañamiento a todo el personal de la organización para que fueran ellos quienes ejecutaran el SGC de UNIDONSA conforme a las disposiciones planificadas.

A continuación se detallan las etapas del proceso de implementación del SGC de UNIDONSA:

- **AJUSTES A LA DOCUMENTACIÓN**
- **VALIDACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN**
- **IMPLEMENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN**

3.4.1 AJUSTES A LA DOCUMENTACIÓN

A medida que se iba creando un documento o registro se realizaba su respectivo estudio, directamente con la persona encargada de utilizarlo, teniendo en cuenta aspectos como: facilidad de manejo, utilidad dentro del proceso, facilidad de comprensión, facilidad de diligenciamiento y relevancia en el SGC.

En cada proceso se construyeron los siguientes documentos y registros:

- **Bioseguridad**
 - BS-F-01 Relación del proceso de esterilización
 - BS-F-02 Relación de instrumental a esterilizar
 - BS-PR-01 Capacitación del personal en Bioseguridad
 - BS-PR-02 Esterilización
- **Coordinación Odontológica**
 - CO-F-01 Atención por parte de Especialistas Internos
 - CO-F-02 Atención por parte de Especialistas Externos

- CO-F-03 Atención Odontológica
- CO-F-04 Planilla de entrega de trabajos a los pacientes
- CO-OD-01 Listado de especialistas
- CO-PR-01 Selección de Especialistas
- CO-PR-02 Evaluación de Especialistas
- Gestión Comercial
 - GC-F-01 Necesidades satisfechas en la gestión comercial
 - GC-F-02 Listado de clientes visitados
 - GC-PR-01 Plan de Mercadeo
- Ortodoncia y Ortopedia Maxilar
 - OR-I-01 Instrucciones de Ortodoncia
 - OR-I-02 Presupuesto y condiciones del tratamiento de ortodoncia
 - OR-I-03 Compromiso tratamiento de ortopedia
 - OR-F-01 Evaluación de resultados obtenidos
 - OR-F-02 Verificación del estado de cuenta
 - OR-PR-01 Asignación de citas
 - OR-PR-02 Preparación del paciente

- OR-PR-03 Atención Ortodóntica
- OR-PR-04 Atención Ortopédica
- OR-PR-05 Toma de Ayudas diagnósticas
- Gestión Financiera
 - GF-F-01 Orden de pedido de odontología
 - GF-F-02 Evaluación de proveedores
 - GF-OD-01 Listado de proveedores
 - GF-PR-01 Selección de proveedores
 - GF-PR-02 Evaluación de proveedores
 - GF-PR-03 Pago de proveedores y especialistas
 - GF-PR-04 Pago de personal
 - GF-PR-05 Realización de pedidos
 - GF-PR-06 Flujo de caja
- Mejora Continua
 - MC-F-01 Formato de tareas
 - MC-F-02 Registro de mejoramiento continuo
 - MC-F-03 Estado de las acciones correctivas, preventivas y de mejora

- MC-F-04 Felicitaciones, quejas, reclamos y sugerencias
- MC-F-05 Informe de gestión
- MC-F-06 Presentación de indicadores de gestión
- MC-F-07 Distribución de documentos
- MC-F-08 Control de citas de ortodoncia
- MC-F-09 Control de citas de odontología
- MC-F-10 Tiempo de espera
- MC-F-11 Efectividad del software
- MC-F-12 Necesidades de capacitación
- MC-F-13 Programación anual de capacitaciones
- MC-F-14 Facilidad de utilización del software
- MC-F-15 Eficacia del SGC
- MC-F-16 Funcionamiento de las líneas telefónicas
- MC-F-17 Cumplimiento de las Auditorias
- MC-PR-01 Revisión del SGC
- MC-PR-02 Análisis de datos

- Archivo de Historias Clínicas
 - AH-PR-01 Archivo de Historias Clínicas
 - AH-PR-02 Acceso a las Historias Clínicas

- Gestión Gerencial
 - GG-F-01 Cumplimiento de metas
 - GG-F-02 Plan de mantenimiento
 - GG-F-03 Mantenimiento de equipos
 - GG-F-04 Mantenimiento de infraestructura
 - GG-PR-01 Revisión por la dirección

- Gestión Humana
 - GH-F-01 Porcentaje de desempeño
 - GH-F-02 Personal capacitado
 - GH-M-01 Relación de cargos
 - GH-PR-01 Selección de personal
 - GH-PR-02 Inducción de personal
 - GH-PR-03 Evaluación de personal
 - GH-PR-04 Capacitación de personal

- Valoración y diagnóstico
 - VD-F-01 Control de la valoración, el diagnóstico y el plan de tratamiento en el odontograma
 - VD-F-02 Control de la valoración, el diagnóstico y el plan de tratamiento en la historia clínica
 - VD-PR-01 Valoración
 - VD-PR-02 Diagnóstico
 - VD-PR-03 Plan de tratamiento
- Odontología Especializada
 - OE-PR-01 Asignación de Citas
 - OE-PR-02 Remisión al Especialista
- Odontología General
 - OG-F-01 Tratamientos satisfactorios
 - OG-PR-01 Asignación de Citas
 - OG-PR-02 Preparación del Paciente
 - OG-PR-03 Atención Odontológica
 - OG-PR-04 Toma de Rayos X

3.4.2 VALIDACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

En varias reuniones, los jefes de proceso en compañía de la coordinadora de calidad socializaron los formatos, la forma de diligenciarlos y la importancia de la información registrada dentro del SGC, todo esto con el fin de vincularlos con el sistema y comprometerlos con la consecución de resultados, además de darle validez a la documentación del sistema.

En la validación se hizo entrega de los formatos a cada uno de los responsables de los procesos para que empezaran a utilizarlos en sus labores y así pudieran aportar todas las sugerencias de cambio que vieran necesarias. Esto permitió involucrar al personal de UNIDONSA en el diseño definitivo de la documentación del SGC.

3.4.3 IMPLEMENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

Posterior a la revisión y validación de los documentos siguió la etapa de comunicación e implementación. En esta etapa del proceso de implementación se realizaron actividades tales como:

- Reuniones cortas con el fin de explicar la documentación a implementar y la forma de diligenciamiento, dejando un período de prueba para los documentos.

- Seguimiento de los diferentes procesos por parte del Coordinador de Calidad para orientar al personal en el manejo, almacenamiento y conservación de los formatos, procedimientos y demás documentos del SGC.
- Acciones de mejoramiento a cada proceso para el adecuado diligenciamiento y manejo de la documentación.
- Alimentación de los indicadores de gestión, para identificar posteriormente acciones de mejoramiento con el fin de incrementar el desempeño del SGC de UNIDONSA

Durante la fase de implementación hubo varias modificaciones a los documentos buscando la practicidad de los mismos. Los empleados de UNIDONSA fueron quienes tomaron la última decisión respecto a la documentación, dado que eran ellos quienes los iban a utilizar.

Al principio se elaboraron varios documentos que después fueron simplificados en uno sólo, eliminando así algunos documentos. Esto permitió que la documentación fuera lo más práctica y sencilla posible.

3.5 FASE 4 EVALUACIÓN

Posterior a la culminación de las etapas de planificación, documentación, capacitación e implementación, surge la necesidad de evaluar la eficacia del SGC de UNIDONSA, con el fin de controlar y verificar la conformidad del sistema, teniendo en cuenta los requisitos del cliente, de la organización, de ley y de la norma NTC-ISO 9001:2000.

Para evaluar el sistema se realiza una auditoria interna, la revisión por parte de la dirección, se establecen acciones correctivas, se realiza un seguimiento de las acciones tomadas, se proponen mejoras en los diferentes procesos y finalmente se realiza la auditoria de certificación por parte del ente certificador, siendo para el caso particular el ICONTEC.

Los directivos de UNIDONSA, asesorados por Althviz Consultores, decidieron preparar a la organización para la auditoria de otorgamiento mediante una auditoria interna y una pre-auditoria de calidad.

Antes de realizar la auditoria interna se realizó un **curso de auditores**, bajo la dirección de Althviz Consultores, con los responsables de cada proceso.

Adjunto se anexa el acta del curso "Auditores Internos" Anexo 36.

En el curso se definió la fecha de la auditoria interna y quiénes iban a ser los auditores de cada proceso.

Tabla N° 12. Auditores de cada proceso

Fuente: Autor del Proyecto

PROCESO	RESPONSABLE	AUDITOR
Gestión Gerencial y Administrativa	Gerente General	Coordinador Financiero
Mejora Continua	Gerente General	Coordinador de Calidad
Gestión Humana	Gerente General	Coordinador Odontológico
Gestión Financiera	Coordinador Financiero	Gerente General
Coordinación Odontológica	Coordinador Odontológico	Odontólogo General
Bioseguridad	Auxiliar Odontológico Jefe	Odontólogo General
Archivo de Historias Clínicas	Auxiliar Odontológico Jefe	Coordinador Odontológico
Gestión Comercial	Gerente General	Coordinador Financiero
Valoración, Diagnóstico y Plan de Tratamiento	Odontólogo General	Coordinador Odontológico
Odontología General	Odontólogo General	Auxiliar Odontológico Jefe
Odontología Especializada	Coordinador Odontológico	Gerente General
Ortodoncia y Ortopedia Maxilar	Ortodoncista y/o Ortopedista	Coordinador Odontológico

El **curso de auditores** tuvo una duración de 24 horas, distribuidas de la siguiente forma:

Cuatro días hábiles de 7:00 am a 1:00 pm.

En el curso se hizo un repaso de toda la norma y todas las capacitaciones recibidas a lo largo del proceso, esto con el fin de afianzar todos los términos, conceptos y aplicación de la norma en UNIDONSA

Durante el curso se decidió eliminar uno de los procesos del SGC, siendo este el de Odontología Especializada, debido a que se realiza por fuera de UNIDONSA por especialistas externos. A continuación se muestra el mapa de procesos actualizado de UNIDONSA:

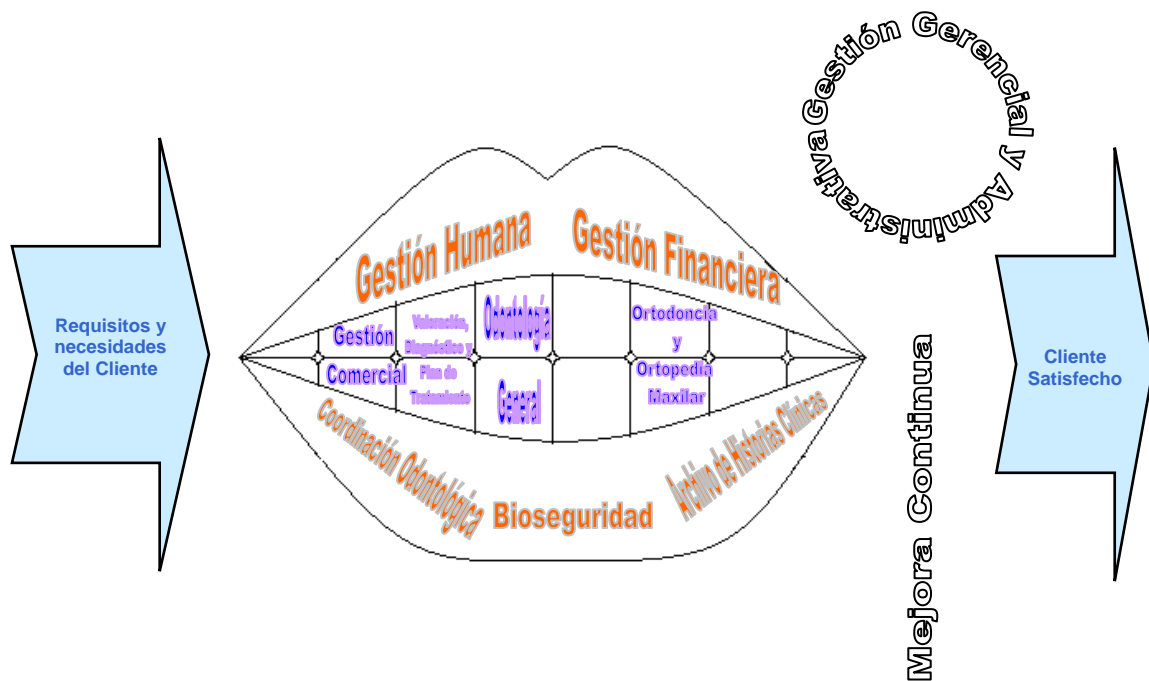


Figura Nº 7. Mapa de Procesos de UNIDONSA actualizado

Fuente: Autor del proyecto

Posterior al curso se realizó la primera auditoria interna a cargo de Althviz consultores, con el Ingeniero Norberto Morales.

3.5.1 AUDITORIA INTERNA

La auditoria interna se programó durante varias ocasiones, debido a inconvenientes de fuerza mayor que se presentaron en la organización, y finalmente quedó programada para el martes 22 y jueves 24 de mayo.

La auditoria se realizó siguiendo los lineamientos establecidos en el procedimiento documentado “Auditoria Interna” MC-PR-02. A continuación se presenta el contenido del documento:

AUDITORIA INTERNA

1 OBJETIVO

Normalizar la ejecución de las Auditorias Internas en UNIDONSA, cómo se programan, realizan, evalúan, aprueban e implementan las acciones resultantes de las mismas.

2 ALCANCE

Aplica a todas las Auditorias Internas realizadas en UNIDONSA

3 DEFINICIONES

- **Acción correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.
- **Auditor:** Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoria.
- **Auditoria:** Análisis sistemático, independiente y documentado para determinar si las actividades de calidad cumplen las disposiciones establecidas, si éstas son implantadas eficazmente y son apropiadas para alcanzar objetivos.
- **Equipo Auditor:** Uno o más auditores internos que llevan a cabo una auditoria.
- **Evidencia de la auditoria:** Registros, evaluaciones o cualquier otra información pertinente y verificable para los criterios de auditoria.
- **No Conformidad:** Incumplimiento de requisito.
- **Programa de auditoria:** Conjunto de una o más auditorias planificadas en un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.
- **Responsable del área auditada:** Área o persona que ejecuta, verifica, controla o dirige una actividad o proceso que será auditado.

4 RESPONSABLES

- Gerente: Responsable de revisar y aprobar la programación de Auditorias, designar los recursos necesarios para la realización de auditorias y revisar los resultados de las mismas.
- Coordinador de Calidad: Es responsable de elaborar los programas de auditorias, así como aquellas que se proyectan fuera de los programas
- Auditor: Responsable de ejecutar los programas de auditorias, preparar los documentos de trabajo para el desarrollo de las auditorias, recolectar las evidencias y

elaborar los informes de las auditorías, realizar seguimiento a la implementación de las acciones correctivas y cerrar oficialmente la auditoría.

5 DESCRIPCIÓN

5.1 NORMALIZACIÓN DE LOS AUDITORÍAS INTERNAS

A continuación se describe la manera como se definirán las Auditorías Internas en UNIDONSA:

1. Se programará una Auditoría Interna cada seis meses. Para lo cual se realizará un aviso donde dice cuándo se llevó a cabo la última auditoría y cuándo es la próxima.
2. Después de realizada la auditoría se programa una reunión con la junta directiva de la empresa, donde se expondrán los resultados y las conclusiones de la auditoría.
3. A partir de los resultados obtenidos en la auditoría se toman decisiones de cambiar o continuar haciendo lo que hasta ahora se viene realizando.
4. Después de tomar las decisiones se proponen acciones correctivas, preventivas y de mejora.
5. Se lleva un registro de todas las acciones tomadas y se evalúa el resultado de las mismas.
6. Dependiendo de la evolución de las acciones tomadas, comparándolas con su propósito inicial se decide continuar con ellas o cambiarlas por unas nuevas.

7. Si se toman nuevas acciones, se hace un registro de las mismas para determinar posteriormente su evolución.

5.2.1 DESCRIPCIÓN DE LAS AUDITORIAS INTERNAS

- Las Auditorias Internas siempre serán programadas para evitar que se genere un ambiente de angustia y tensión. De esta manera la organización estará con su SGC funcionando adecuadamente.
- La Auditoria Interna puede ser realizada por el Coordinador de Calidad o por el Gerente General de UNIDONSA
- La Auditoria es un mecanismo que sirve para corroborar que lo que dice la documentación del SGC es lo que en realidad se está haciendo en la organización.
- Para verificar la coherencia entre la documentación y la ejecución, quien realiza la auditoria interna hace preguntas a diferentes empleados de la compañía de acuerdo con los documentos del SGC y verifica que lo que realiza el empleado sea igual a lo que dice el documento.
- Cuando el auditor encuentra alguna diferencia entre lo que dice el documento y lo que en realidad se hace, lo deja por escrito como una no conformidad y la pone en el informe que presenta a la junta directiva.

6 CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD

Los criterios para que una persona participe como auditor interno en la organización son los siguientes:

- Educación: Tener como mínimo un nivel educativo de bachiller.
- Formación: Haber cursado y aprobado el curso para formación de auditores internos.
- Experiencia: Haber participado como observador en por lo menos una auditoria.
- Habilidades: Habilidad para la formulación de preguntas y realización de entrevistas, ético, buen comunicador (oral y escrito), paciente, tolerante y perceptivo.

3.5.2 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Posterior a la auditoria interna, asesorada por Althviz, la Gerente General realizó la revisión por la dirección. La información de esta revisión es de carácter confidencial para la empresa, por lo que no se adjunta al proyecto de grado.

3.5.3 ESTABLECIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS

Como resultado de la auditoria interna se generó un informe donde se señalaron las no conformidades, hallazgos y observaciones encontradas en el sistema de gestión de calidad de UNIDONSA. Los resultados del informe se discutieron en una reunión a la que asistieron los responsables de los diferentes procesos, allí se utilizó la metodología de lluvia de ideas para proponer acciones correctivas, preventivas y de mejora.

Para el establecimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora se tuvo en cuenta el procedimiento documentado “Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora” MC-PR-04. A continuación se presenta el contenido del documento:

ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA

1. OBJETIVO

Establecer los requisitos para la identificación, implementación y seguimiento de acciones correctivas, acciones preventivas y acciones de mejora, con el fin de:

- Actuar sobre el efecto de las no conformidades y así dar solución a ellas.
- Detectar las causas de no conformidades y problemas que afectan el Sistema de Gestión de Calidad.
- Ejecutar las acciones para evitar la repetición de no conformidades, fallas o errores.
- Prever la ocurrencia de no conformidades.
- Proveer herramientas para el mejoramiento continuo de los servicios ofrecidos, los procesos y el Sistema de Gestión de la Calidad

2. ALCANCE Y RESPONSABLE

Este procedimiento es aplicado en todos los procesos del SGC bajo la responsabilidad del coordinador de cada proceso, como medio de solución a las no conformidades que se presenten y/o situaciones a mejorar que se detecten.

3. DEFINICIONES

Corrección: Acción emprendida para solucionar una no conformidad actuando sobre su efecto.

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

Acción Preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

Acción de Mejora: Acción tomada para mejorar la eficacia de los procesos, que no es generada a través de no conformidades

Conformidad: Cumplimiento de un requisito

No Conformidad: Incumplimiento de un requisito.

4. DESARROLLO

Existe diferencia entre tomar una corrección, implementar una acción correctiva/preventiva y emprender una acción de mejora.

La corrección de una no conformidad se refiere a las acciones encaminadas a eliminar la no conformidad. La acción correctiva se orienta hacia la investigación de las causas que originan una no conformidad con el fin de corregirla y evitar que el problema se vuelva a presentar. *En otras palabras, la diferencia entre la corrección y una acción correctiva, está en que en la primera se actúa sobre el efecto en forma de correctivo y en la segunda sobre las causas.*

En cuanto a la acción preventiva su objetivo es eliminar la causa de una no conformidad potencial. Es decir, la acción preventiva actúa sobre las causas de no conformidades que no han ocurrido.

Las acciones de mejora no parten de la ocurrencia real o potencial de una no conformidad, son estrategias para mejorar el desempeño de los procesos, la competencia del personal, el ambiente de trabajo, etc.

5. FUENTES

Algunas de las fuentes y causas de detección de no conformidades reales / potenciales que motivan la implementación de una acción correctiva / preventiva son:

TIPO DE ACCION	ALGUNAS FUENTES:
C / P	Resultados de las encuestas realizadas a los clientes en la prestación del servicio y en las capacitaciones realizadas.
C	Quejas, reclamos y sugerencias del cliente interno y externo
C	Los informes de auditoria interna
C	Las revisiones al sistema de gestión de calidad por parte de la Gerencia.
C	Resultados de auditorias externas.
C	Resultados de indicadores de gestión de los procesos
P	Tendencia de la medición de los indicadores de gestión

P	Análisis del mercado/ entorno, Evaluaciones o estadísticas del sector
----------	---

6. ACCIONES A TOMAR

Todos los integrantes de la compañía pueden identificar no conformidades, pero el registro de la información en el formato [“Registro de Mejoramiento Continuo” MC-F-02](#) es responsabilidad del Coordinador de cada proceso.

El análisis de causas es liderado por el Responsable de cada proceso y para esta actividad puede conformar reuniones de equipos de trabajo según se requiera para cada caso en particular. Para la identificación de causas se deberá utilizar herramientas tales como la lluvia de ideas y el diagrama causa – efecto ó espina de pescado, así mismo, en todos los casos se debe identificar la causa raíz de la no conformidad. El resultado del análisis de causas se registra en el formato [“Registro de Mejoramiento Continuo” MC-F-02](#).

Del análisis de causas se puede determinar si se requiere o no la implementación de acciones correctivas/preventivas; de ser así algunas de las acciones a tomar pueden incluir los siguientes aspectos:

- ✓ Modificación de la estructura organizacional.
- ✓ Incrementar el nivel de compromiso de los empleados de la empresa.
- ✓ Revisar, incorporar o modificar documentos y metodología.
- ✓ Brindar entrenamiento efectivo.
- ✓ Tomar acciones disciplinarias.
- ✓ Incrementar la competencia de los empleados.
- ✓ Incrementar las auditorias internas de calidad

- ✓ Adquisición de equipos, programas y herramientas.

El plan de acción establece las actividades a realizar, su fecha de implementación y el responsable de las mismas; el registro del plan de acción se realiza en el [“Registro de Mejoramiento Continuo” MC-F-02](#). En todos los casos se debe asegurar la coherencia entre el plan de acción y las causas identificadas en el problema. El responsable de cada proceso debe asegurar que se tomen las acciones necesarias para las no conformidades sin demora injustificada.

Es responsabilidad del Coordinador de Calidad verificar que las acciones a implementar sean coherentes o adecuadas a los efectos o causas de las no conformidades reales o potenciales.

7. SEGUIMIENTO Y EFICACIA

El Coordinador de calidad y el equipo de Auditores Internos son responsables de verificar la eficacia y realizar el seguimiento de la implementación de las mismas, este incluye:

- ✓ Verificar el cumplimiento de las acciones planeadas.
- ✓ Comunicar a los empleados involucrados los resultados de la implementación de las acciones.
- ✓ Evaluación de la eficacia de las acciones implementadas.
- ✓ Registro del avance de la implementación de las acciones

El grado de eficacia se determina evaluando los siguientes aspectos:

- ✓ Eliminación de las causas de la no conformidad real según corresponda.

- ✓ Disminución de aparición de problemas y/o no conformidades.

Es responsabilidad de quien realiza el seguimiento registrar los resultados en el formato [“Registro de Mejoramiento Continuo” MC-F-02](#); cuando la acción se considera eficaz, se debe identificar como “acción cerrada”.

8. ACCIONES DE MEJORA

Las acciones de mejora se registran utilizando la misma metodología establecida para las acciones correctivas y preventivas en el formato [“Registro de Mejoramiento Continuo” MC-F-02](#), sin embargo, no requieren análisis de causas ya que no provienen de una no conformidad real ó potencial.

9. REVISIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD

Las acciones correctivas y preventivas forman parte de la información requerida por la Gerencia para la revisión del SGC. El Coordinador de Calidad presenta en el informe para esta revisión un consolidado por proceso de las acciones correctivas, preventivas y de mejora tomadas, así como las fuentes por las cuales se han generado y el estado de las mismas (abiertas ó cerradas).

El coordinador de calidad controla por medio del formato [“Estado de las acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora” MC-F-03](#), las acciones tomadas en cada proceso, las fechas de su seguimiento y el estado de las mismas.

10. QUEJAS

Las quejas y reclamos de los clientes son la principal herramienta que posee UNIDONSA para determinar las debilidades y oportunidades de mejoramiento. Dado su alto impacto en el SGC y en la satisfacción del cliente son comunicadas y tramitadas directamente por la Gerencia General.

Los clientes pueden dejar su queja por escrito en el buzón de sugerencias, a través de una llamada telefónica o de manera directa al Responsable del Proceso ó al Gerente. Es responsabilidad de quien recibe una queja registrar la misma en el formato [“Felicidades, quejas, reclamos y sugerencias” MC-F-04](#) y llevarla al Coordinador de Calidad quien debe gestionar su solución con los responsables de la misma.

Bimestralmente el Coordinador de Calidad recopila las quejas presentadas en el período, en el formato [“Informe de Gestión” MC-F-05](#) y presenta los principales factores de incidencia en las quejas existentes, permitiendo así tomar decisiones acertadas para solucionar el problema principal que expresan nuestros clientes. Se toman acciones correctivas sobre aquellas quejas y reclamos más repetitivos ó que representen alto impacto para la satisfacción del cliente, la calidad del servicio prestado, el SGC, costos de la organización, entre otros. Posteriormente se toman acciones preventivas para evitar que las causas de las quejas y los reclamos se vuelvan a presentar.

11. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

La satisfacción de los clientes de **UNIDONSA** se evalúa a través de la aplicación de encuestas de satisfacción del cliente. Es responsabilidad del Coordinador de Calidad establecer el muestreo válido para su aplicación, recolectar y tabular la información;

en el Comité de Calidad se analizan sus resultados y se toman las acciones correctivas ó preventivas necesarias.

12. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS Y LOS OBJETIVOS DE CALIDAD

Dentro de las fuentes para la toma de acciones correctivas y preventivas se encuentran los resultados o tendencias de los indicadores de gestión de los procesos y los objetivos de calidad, cuyas mediciones se registran en el formato [“Presentación de indicadores de gestión” MC-F-06.](#)

13. DOCUMENTOS

- Registro de Mejoramiento Continuo MC-F-02
- Estado de las acciones correctivas, preventivas y de mejora MC-F-03
- Formato de Felicitaciones, Quejas, Sugerencias y Reclamos MC-F-04
- Informe de Gestión MC-F-05
- Presentación de indicadores de gestión MC-F-06

3.5.4 SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES TOMADAS

Con el fin de determinar el estado de las acciones tomadas se desarrolló el formato “Estado de las acciones correctivas, preventivas y de mejora” MC-F-03. En

este se define el proceso al que corresponde la acción, el tipo de acción (correctiva, preventiva o de mejora), la descripción de la misma, el responsable, el estado de la acción (abierta o cerrada) y las fechas de detección, implementación y seguimiento.

Este documento se revisa mensualmente para evaluar el estado de las acciones y poder tomar decisiones de mejora.

3.5.5 MEJORAS PLANTEADAS EN LOS PROCESOS


A continuación se presenta el plan de acción de mejora desarrollado a partir de la auditoría interna:

PLAN DE ACCIÓN MEJORA

Para registrar las no conformidades y plantear acciones de mejora se utilizó el formato ***MC-F-02 Registro de Mejoramiento Continuo.***

Tabla Nº 13. Plan de Acción de Mejora

Fuente: Autor del Proyecto

	REGISTRO DE MEJORAMIENTO CONTINUO	CODIGO	MC-F-02
		VERSIÓN	4
	MEJORA CONTINUA	PAGINA	106 de 1

NO CONFORMIDAD	PROCESO AL QUE CORRESPONDE	CAUSAS	FECHA DE DETECCIÓN DÍA/MES/AÑO	PLAN DE ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN DÍA/MES/AÑO	ESTADO DE LA ACCIÓN
				ACCIÓN			ABIERTA (A) CERRADA(C)
Falta seguimiento y análisis del formato de felicitaciones, quejas y reclamos.	GC	No hay seguimiento.	24/05/2007	Tabular y analizar los resultados obtenidos.	Gerente General.		A
No se han tomado acciones preventivas, correctivas ni de mejora.	GC	Falta gestión.	24/05/2007	Tomar las medidas correspondientes.	Gerente General.		A

No están firmados los convenios con las empresas: EMAB, Coopromesores y AMB	GC	Falta seguimiento	24/05/2007	Firmar los convenios con estas empresas.	Gerente General.		A
No existe portafolio, formato de control de visitas a las empresas ni cartas de presentación.	GC	Falta seguimiento y gestión	24/05/2007	Realizar portafolio, carta de control de visitas y de presentación.	Gerente General.		A
Falta actualización del último convenio con EMAB y la firma.	GC	No hay seguimiento.	24/05/2007	Actualizar y firmar el convenio.	Gerente General.		A
Los convenios empresariales no se encuentran fácilmente.	GC	No hay seguimiento.	24/05/2007	Reubicar todos los convenios que se encuentren completos y con sus firmas, archivarlos y verificar que estén completos.	Gerente General.		A
No está definida la capacidad instalada de UNIDONSA.	GC	No hay gestión.	24/05/2007	Calcular la capacidad instalada.	Gerente General.	19/06/2007	C

No está formalizada la comunicación de los cambios de los requisitos previamente establecidos.	GC	No hay gestión.	24/05/2007	Comunicar los requisitos establecidos.	Gerente general.		A
No se lleva control de registros de los pacientes que no asisten a controles.	OR	No hay seguimiento.	24/05/2007	Efectuar control de registros de los pacientes que no vienen a control.	Coordinador Odontológico.		A
No se lleva un documento legal que exima a la institución y al ortodoncista por no asistencia a controles.	OR	No hay seguimiento.	24/05/2007	Hacer el documento correspondiente.	Coordinador Odontológico.		A
No existen guías de atención de ortodoncia ni de ortopedia.	OR	No hay seguimiento.	24/05/2007	Hacer el documento correspondiente.	Coordinador Odontológico.		A
No se conoce el procedimiento documentado del producto no conforme.	OR	No hay seguimiento.	24/05/2007	Hacer el documento correspondiente.	Coordinador Odontológico.		A

No existen guías de atención ortodóntica ni ortopédica para estandarizar la prestación del servicio.	OR	Existen diferentes escuelas en el área de la ortodoncia y ortopedia.	24/05/2007	Realizar guías de atención ortodóntica y ortopédica generales que se puedan aplicar a las diferentes corrientes.	Coordinador Odontológico.		A
Los escritorios de los ortodontistas se encuentran desordenados.	OR	Las auxiliares odontológicas no están organizando los escritorios.	24/05/2007	Asignar a los auxiliares odontológicos la función de organizar los escritorios.	Gerente General.	25/05/2007	C
Algunos modelos de estudio se encuentran fuera de sus cajas.	OR	Los auxiliares los sacan de las cajas para ubicarlos fácilmente.	24/05/2007	Marcar las cajas de los modelos y llevar un método que permita identificar los modelos fácilmente.	Auxiliar Odontológico Jefe.	25/05/2007	C
La disponibilidad de documentos a la hora de la auditoría es deficiente.	MC	Falta seguimiento.	22/05/2007	Disponer y documentar apropiadamente la documentación.	Coordinador de Calidad.	04/06/2007	C
No está actualizado el listado maestro de documentos.	MC	Falta seguimiento.	22/05/2007	Actualizar el listado maestro de documentos.	Coordinador de Calidad.	05/06/2007	C

El control de distribución de documentos vigentes y obsoletos es deficiente.	MC	Falta seguimiento.	22/05/2007	Poner a disposición las versiones actuales y actualizar el listado maestro de documentos.	Coordinador de Calidad.	06/06/2007	C
Falta evidenciar en los documentos las firmas de elaboración y aprobación de los documentos.	MC	Falta seguimiento.	22/05/2007	Firmar los documentos por quien los elabora, los revisa y los aprueba.	Coordinador de Calidad.		A
No se encuentran las directrices para documentos externos y obsoletos.	MC	Falta seguimiento.	22/05/2007	Establecer las directrices para los documentos externos y obsoletos.	Coordinador de Calidad.	06/06/2007	C
Falta identificar claramente las etapas de realización de las auditorías y sus correspondientes formatos.	MC	Falta seguimiento.	22/05/2007	Programar la agenda de las auditorías y sus formatos.	Coordinador de Calidad.	25/05/2007	C
No se evidencia el cronograma de las auditorías internas.	MC	Falta rigurosidad por parte de la gerencia.	22/05/2007	Realizar el cronograma de las auditorías internas con la gerencia.	Coordinador de Calidad.		A

Falta complementar el procedimiento documentado de Auditorias Internas.	MC	Falta seguimiento.	22/05/2007	Complementar el procedimiento documentado de auditorias internas.	Coordinador de Calidad.	28/05/2007	C
Falta incluir en el formato de acciones correctivas el análisis de las causas de no conformidad.	MC	Falta actualización.	22/05/2007	Hacer la correspondiente modificación al formato.	Coordinador de Calidad.	24/05/2007	C
Falta actualizar el despliegue de objetivos.	MC	Hay indicadores que no se están midiendo actualmente.	24/05/2007	Actualizar el despliegue de objetivos con el gerente general.	Coordinador de Calidad.	05/06/2007	C
Falta sensibilizar a los empleados para saber cómo aportan ellos a los objetivos de calidad.	GH	Se realizó sólo una sensibilización en este tema.	24/05/2007	Programar una sensibilización con todo el personal acerca de su papel en los objetivos de calidad.	Coordinador de Calidad.		A
No existe un programa de incentivos actualmente.	GH	No se había visto la necesidad hasta ahora.	24/05/2007	Diseñar un programa de incentivos para Unidonsa Ltda.	Gerente General.		A

Falta iluminación en la recepción.	GH	Hay un bombillo dañado en la recepción.	24/05/2007	Llamar al técnico electricista para revisar la instalación.	Secretaria.		A
No se ha identificado la relación del proceso con los demás de la organización.	GF	No hay gestión.	22/05/2007	Identificar la relación del proceso con los demás de la organización.	Coordinador Financiero.		A
El almacén de suministros se encuentra desordenado y el Kardex no se encuentra actualizado.	GF	Falta de tiempo para actualizar el Kardex y organizar el almacén.	24/05/2007	Ordenar el almacén y actualizar el Kardex.	Auxiliar Odontológico Jefe.	26/05/2007	C
No se evidencian firmas en algunos comprobantes de egreso.	GF	No hay gestión.	22/05/2007	Firmar todos los comprobantes de egreso.	Coordinador Financiero.	23/05/2007	C
No se evidencia la entrega de resultados de la evaluación de proveedores.	GF	No hay seguimiento.	22/05/2007	Entregar los resultados de la evaluación a los proveedores.	Coordinador Financiero.	24/05/2007	C

No se evidencia conocimiento completo de la documentación requerida en su proceso.	GF	No hay seguimiento.	22/05/2007	Informarse adecuadamente acerca de la documentación requerida para el proceso.	Coordinador Financiero.		A
No se ha identificado la interrelación del proceso con otros de la organización.	VD	No hay seguimiento.	22/05/2007	Actualizar la caracterización del proceso en compañía del Coordinador de Calidad.	Odontólogo General Jefe.	28/05/2007	C
Falta adicionar a la carpeta de Historias Clínicas el formato de Valoración, Dx y plan de tratamiento.	VD	Falta gestión.	22/05/2007	Agregar el formato cada vez que se inicie un tratamiento.	Odontólogo General Jefe.	28/05/2007	C
Inadecuado diligenciamiento de los formatos de apoyo al proceso.	VD	Falta seguimiento.	22/05/2007	Controlar que los formatos de apoyo se encuentren bien diligenciados.	Odontólogo General Jefe.	28/05/2007	C
No se evidencia conocimiento completo de la documentación requerida en su proceso.	VD	No hay seguimiento.	22/05/2007	Informarse adecuadamente acerca de la documentación requerida para el proceso.	Odontólogo General Jefe.	28/05/2007	C

No se han diligenciado registros que evidencien actividades de control.	VD	No hay seguimiento.	22/05/2007	Diligenciar los registros de control.	Odontólogo General Jefe.	28/05/2007	C
Identificación incorrecta de códigos en los planes de calidad.	VD	No hay seguimiento.	22/05/2007	Identificar correctamente los planes de calidad. Se implementó el código PC para los planes de calidad.	Odontólogo General Jefe.	28/05/2007	C
Utilización de versiones anteriores. El formato BS-F-01 se encuentra en la V2 y se utiliza en la V1	BS	Falta seguimiento.	9/05/2007	Se modificó el formato con la V3 y salieron de circulación dos formatos innecesarios, el cuaderno y el BS-F-02	Coordinador de Calidad.	9/05/2007	C
No se ha identificado la interrelación del proceso con otros de la organización.	BS	Falta seguimiento.	22/05/2007	Se definieron y completaron las entradas, proveedores y salidas en la caracterización del proceso.	Auxiliar Odontológico Jefe.	28/05/2007	C
No se dispone de un manual de bioseguridad	BS	Falta gestión.	22/05/2007	Se creo el Manual de Bioseguridad y se dio a conocer en la institución.	Auxiliar Odontológico Jefe.	28/05/2007	C

No se evidencia plan de calidad de su proceso.	BS	Falta seguimiento.	22/05/2007	Se realizó el plan de calidad para el proceso de bioseguridad.	Auxiliar Odontológico Jefe.	25/05/2007	C
No se evidencia conocimiento completo de la documentación requerida en su proceso.	BS	Falta gestión.	22/05/2007	Se creó el manual de bioseguridad, el plan de calidad y formatos de medición de indicadores de gestión.	Auxiliar Odontológico Jefe.	25/05/2007	C
Se encuentra sub-utilizado el software de odontología.	OG	Falta gestión.	10/05/2007	Se contactó al ingeniero del software y se cotizó una capacitación y actualización.	Odontólogo General Jefe.		A

3.5.6 AUDITORIA DE CERTIFICACIÓN

Al evaluar y estudiar los portafolios de servicios y las ofertas de los diferentes entes certificadores en Colombia, la junta de socios de UNIDONSA decidió contratar al único ente certificador con la facultad de normalizar, siendo este el ICONTEC. Luego de la elección se diligenció el formulario de información de la organización para enviar al ICONTEC. Posteriormente se realizó la firma del contrato, con la Ingeniera Gloria Stella Sarmiento G. Directora Regional Santanderes del ICONTEC.

La inscripción ante el ICONTEC dio como resultado la programación de la auditoría de certificación en dos etapas, la primera a realizarse el 29 de Junio de 2007 y la segunda a realizarse el 26 y 27 de Julio de 2007. Unos días después llegó a UNIDONSA la notificación del ICONTEC confirmando las fechas de auditoría.

Adjunto se anexa la notificación del ICONTEC. Anexo 37.

4 EVALUACIÓN DEL PROYECTO

4.1 CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

En la siguiente tabla se detalla el cumplimiento de los objetivos planteados al inicio del proyecto, mediante la práctica empresarial realizada en UNIDONSA

Tabla Nº 14. Cumplimiento de Objetivos

Fuente: Autor del Proyecto

OBJETIVO GENERAL	CUMPLIMIENTO
Desarrollar e implementar un Sistema de Gestión de la Calidad en UNIDONSA, bajo los lineamientos que establece la NTC-ISO 9001:2000 para los procesos de Odontología General y Ortodoncia – Ortopedia Maxilar.	El grado de cumplimiento del objetivo general se evidencia a través de los objetivos específicos.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CUMPLIMIENTO
Realizar un diagnóstico de la situación actual de la organización que permita analizar el cumplimiento de los requisitos exigidos por la norma.	Los resultados del diagnóstico se encuentran en el numeral 3.1.

<p>Identificar los procesos necesarios para la eficaz implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.</p>	<p>Los procesos de que conforman el SGC de UNIDONSA, se identifican en el numeral 3.2.3 con el mapa de procesos.</p>
<p>Documentar el Sistema de Gestión de la Calidad para UNIDONSA, elaborando el manual de calidad, los procedimientos e instructivos necesarios.</p>	<p>En el numeral 3.3 se detalla la fase de documentación del SGC que permitió dar cumplimiento a los documentos exigidos por la NTC-ISO 9001:2000.</p>
<p>Implementar los procedimientos del Sistema de Gestión de la Calidad bajo los lineamientos de la Norma ISO 9001, con la participación de directivos y empleados.</p>	<p>En el numeral 3.4 se presentan las actividades desarrolladas que permitieron lograr la implementación del SGC en UNIDONSA, contando con la activa participación de todo el personal.</p>
<p>Realizar una auditoria interna, con el fin de controlar y verificar el cumplimiento del SGC.</p>	<p>En el numeral 3.5.1 se detalla la fase de evaluación del SGC de UNIDONSA, donde se describe la metodología utilizada para la realización de la auditoria interna.</p>
<p>Establecer el plan de acción de mejora basado en los resultados de la auditoria interna.</p>	<p>En el numeral 3.5.5 se presenta el plan de acción de mejora propuesto, teniendo en cuenta los resultados de la auditoria interna.</p>
<p>Entrar en el proceso de certificación.</p>	<p>En el numeral 3.5.6 se detalla la iniciación del proceso de certificación con el ICONTEC, el cual fue el organismo certificador seleccionado por UNIDONSA</p>

Realizar la 1ª auditoria de certificación con un ente certificador.	La 1ª auditoria de certificación se realizará en dos etapas según lo sugerido por el ICONTEC, la primera fase tendrá lugar el 29 de Junio de 2007 y la segunda el 26 y 27 de Julio de 2007, como lo dice la notificación enviada por el ICONTEC a UNIDONSA
---	--

4.2 CUMPLIMIENTO DEL PDT

La metodología desarrollada para evaluar el cumplimiento de cada una de las etapas del plan de trabajo elaborado para el diseño e implementación del SGC en UNIDONSA, consistió en el seguimiento individual de cada actividad planeada de acuerdo a la nomenclatura mostrada en la siguiente tabla:

Tabla Nº 15. Convenciones para el avance de actividades

Fuente: Autor del Proyecto

Documento analizado por el comité.	DA
Documento en borrador.	DB

Documento revisado y aprobado.	DR
Documento difundido y distribuido.	DD
Documento implementado.	DI
Documento mejorado.	DM

Realizar el seguimiento del plan de trabajo por actividad permitió asignar un porcentaje de acuerdo al grado de implementación del requisito, lo que evidenció el desarrollo de los compromisos por los responsables establecidos.

El grado de cumplimiento permitió establecer un porcentaje de avance por actividad y de avance general. Para UNIDONSA, el avance general fue de **94.22%**.

El porcentaje de avance general obtenido nos permite evidenciar que el PDT planteado en un comienzo estaba muy cercano a las actividades que se iban a realizar y el tiempo en que se iban a desarrollar.

Al realizar un plan de trabajo, en un proceso de certificación, es muy importante contemplar todas las actividades y dejar un amplio lapso de tiempo para desarrollarlas, en caso de cualquier eventualidad.

Adjunto se anexa el plan de trabajo y su grado de cumplimiento por actividad Anexo 38. Plan de Trabajo.

4.3 PERFIL FINAL DEL SGC

El 28 de Mayo de 2007 se realizó el perfil final del SGC por procesos con respecto al cumplimiento de los requisitos de la NTC-ISO 9001:2000. El resultado total obtenido fue **4.0** sobre **5.0**. Esto nos indica la notable evolución del sistema de gestión de calidad en UNIDONSA, dado que el diagnóstico inicial dio como resultado **0.53846154** sobre **5.0**.

El resultado del perfil final del SGC de UNIDONSA es un reflejo de todo el trabajo realizado durante los últimos 12 meses y del compromiso de todo el talento humano de la organización.

Adjunto se anexa el perfil final del sistema de gestión de la calidad Anexo 39. Perfil final del SGC.

La metodología empleada para la elaboración del perfil final fue la misma utilizada para la elaboración del diagnóstico inicial del SGC de UNIDONSA, esta se explica en el numeral 3.1 que comprende la fase del diagnóstico.

CONCLUSIONES

- El diagnóstico realizado al inicio del proyecto permitió establecer un plan de acción de las actividades necesarias para el desarrollo y la implementación del SGC de acuerdo con la situación de UNIDONSA en ese momento.
- Se logró implementar un SGC para UNIDONSA dando cumplimiento a los requisitos establecidos por la NTC-ISO 9001:2000.
- El trabajo de grado modalidad práctica empresarial, presentó un gran aporte para la empresa, en el diseño, documentación e implementación del SGC, contribuyendo de esta manera a mejorar el desempeño y competitividad de UNIDONSA.
- UNIDONSA busca la certificación ISO 9001:2000 como un medio que les asegura la calidad de servicios y productos que ofrecen al consumidor. La Alta Dirección y todo el personal de UNIDONSA están comprometidos con el proceso de implementación del SGC con la visión clara de mejorar la prestación de sus servicios, garantizando así la satisfacción de sus clientes.
- Y aun cuando representa un gran esfuerzo y compromiso de trabajo de toda la organización, en UNIDONSA están convencidos de lo beneficio-

so de este esfuerzo y les entusiasma la idea de que a través del SGC pueden mejorar su ambiente de trabajo y sus conocimientos.

- Después de iniciar el Proceso de implementación del SGC y de la ISO 9001:2000 se tiene conciencia en UNIDONSA que este es un proceso largo, que consume gran cantidad de tiempo y esfuerzo a los integrantes de la organización y por lo tanto tiene un alto costo financiero. Sin embargo, si se compara el costo-beneficio, el resultado es positivo.
- Los Directivos de UNIDONSA han comprobado que durante el proceso de implementación del SGC, el concepto de trabajo en equipo, la documentación existente de los procesos y el interés por la satisfacción del cliente, están mejorando en forma consistente
- Unos de los principales logros a la fecha es la identificación del potencial de la Empresa, el cual siendo canalizado mediante la implantación de un Sistema de Calidad se traducirá en el alcance de mayores niveles de eficiencia y rentabilidad.
- Uno de los Directivos de UNIDONSA manifestó así su conformidad con la implementación del SGC: “El principal motivo es porque estamos conscientes que las empresas existen en un mercado donde la competencia cada vez ofrece mejores productos y servicios a los clientes y si no es-

tamos en el nivel competitivo adecuado, tarde o temprano podemos dejar de percibir negocios importantes. El SGC es un programa de ordenamiento que nos ha permitido conocer los procesos necesarios para poder cumplir con los requisitos del cliente, nos proporciona métodos de seguimiento, medición y mejora en el desarrollo de las actividades”.

- Otro de los directivos, manifestó: “El principal beneficio de implantar un sistema de gestión de calidad, basado en las Normas ISO 9001:2000:2000, es el orden que empieza a regir en UNIDONSA. Ya no se trata únicamente de obtener los resultados satisfactorios, se trata de identificar los elementos que permitan que estos resultados se den, medirlos, controlarlos y finalmente mejorarlos. Al hablar de elementos, nos referimos a las personas, los procedimientos y el equipo que entra en juego en un proceso, y que nos permiten transformar las entradas en resultados. Únicamente si enfocamos a la organización y a cada uno de sus componentes como procesos podemos definir el objetivo de cada uno, identificar los recursos que necesitamos para alcanzar esos objetivos y precisar la forma en que utilizaremos esos recursos para llegar al objetivo de cada área y, finalmente, de toda la organización”.
- Por ultimo es importante mencionar que paralelo al proceso de implementación de un Sistema de Calidad se debe trabajar en la creación de

la CULTURA DE CALIDAD, porque es esta la que finalmente generará el cambio”.

RECOMENDACIONES

El autor recomienda a UNIDONSA:

- La contratación de un Coordinador de Calidad, como parte permanente de la institución, quien pueda alimentar el sistema de gestión de calidad y le dé continuidad al mismo.
- Como variable crítica y clave el autor considera que el pago oportuno de la nómina impacta y aporta a crear un mayor sentido de pertenencia por parte de sus empleados.
- Más importante aún, es involucrar a todo el personal en el Sistema de Gestión de la Calidad, para que se dé la mejora continua de su eficacia y que la documentación que se realice debe ser fácil y entendible por cualquier miembro de la organización.
- En UNIDONSA debe existir el convencimiento que las directrices que aporta la familia de las normas ISO 9001:2000 incrementarán la confianza de los clientes y serán la guía de la mejora continua en el desempeño global de la organización, con la participación de las partes interesadas”.

- A los trabajadores de UNIDONSA les recomendamos ampliar sus conocimientos sobre este tema de SGC, ya que de contar con procedimientos ordenados, definitivamente les servirá de una u otra forma en el desempeño de sus labores.
- A los Directivos se les recomienda asistir a foros y seminarios donde den a conocer los requisitos y beneficios que ofrecen dichas normas, para que como tales se mantengan al día en cuanto a los avances alcanzados en este tema. Es indispensable la formación del Gerente General en Sistemas de Gestión de la Calidad ISO 9001:2000.
- A todos los que integran la familia de UNIDONSA los instamos a continuar dando pasos para la implementación de una cultura de calidad basada en el mejoramiento continuo de sus sistemas internos, lo cual redundará en beneficios para sus instituciones.

BIBLIOGRAFÍA

CHASE, Aquilano y Jacobs. Administración de Producción y Operaciones. Editorial McGrawHill. Colombia. 8ª Edición. 2000.

DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO LAROUSSE. Larousse. Bogotá. 8ª Edición. 2001.

GARCIA, Díaz, Joaquín. Control estadístico de procesos. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. UIS – ECOPEPETROL. Bucaramanga.

IDÁRRAGA ORTÍZ, Diana María. Diseño, documentación, implementación y evaluación de un sistema de gestión de la calidad para la empresa Espumas Santander S.A. bajo los lineamientos de la NTC-ISO 9001:2000. Bucaramanga. 2006.

Instituto Colombiano De Normas Técnicas Y Certificación ICONTEC. NTC ISO 9001:2000. Sistema de Gestión de Calidad. Fundamentos y Vocabulario, Bogotá D.C. ICONTEC. 2000.

Instituto Colombiano De Normas Técnicas Y Certificación ICONTEC. NTC 1307. Normas Colombianas para la presentación de tesis de grado, Bogotá D.C. ICONTEC. 1996.

Instituto Colombiano De Normas Técnicas Y Certificación ICONTEC. NTC ISO 9001. Sistema de Gestión de Calidad. Requisitos, Bogotá D.C. ICONTEC. 2000.

Instituto Colombiano De Normas Técnicas Y Certificación ICONTEC. NTC ISO

9004. Sistema de Gestión de Calidad. Directrices para la mejora del desempeño, Bogotá D.C. ICONTEC. 2000.

Instituto Colombiano De Normas Técnicas Y Certificación ICONTEC. NTC ISO

19001. Sistema de Gestión de Calidad. Auditorias conjuntas de Sistemas de Gestión de Calidad y Ambiente, Bogotá D.C. ICONTEC. 2000.

KUME, Hitoshi. Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad. Editorial Norma. Colombia. 4ª Edición. 1992.

LEON, García Oscar. Administración Financiera. Colombia. 3ª Edición. 1999.

McDANIEL, Carl. Investigación de Mercados Contemporánea. Thomson Editores. Argentina. 4ª Edición. 1999.

Montgomery, D.C. Control Estadístico de la Calidad, Editorial Iberoamérica. Argentina. 1992.

ORTIZ, Pimiento Néstor Raúl. Administración de la Calidad. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. UIS. Bucaramanga.

TABLA, Guillermo. Guía para implantar la Norma ISO 9001:2000, para Empresas de todos los tipos y tamaños. Editorial McGraw Hill. México. 2000.

LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1.** Diploma del Diplomado “IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN DE LA CALIDAD ISO 9001:2000:2000”
- Anexo 2.** Capacitación “Fundamentos ISO 9001:2000”.
- Anexo 3.** Capacitación “Planeación del SGC”.
- Anexo 4.** Taller “Lineamientos de la Organización”.
- Anexo 5.** Taller “Definición de Procesos de de la Organización”.
- Anexo 6.** Taller “Política y Objetivos de Calidad”.
- Anexo 7.** Reunión “Despliegue de Objetivos”.
- Anexo 8.** Capacitación “Documentación del SGC”.
- Anexo 9.** Capacitación “Documentación necesaria en UNIDONSA”.
- Anexo 10.** Capacitación “Cómo hacer una Caracterización”.
- Anexo 11.** Caracterización del proceso de Gestión Comercial
- Anexo 12.** Caracterización del proceso de Valoración, diagnóstico y plan de tratamiento.
- Anexo 13.** Caracterización del proceso de Odontología General.
- Anexo 14.** Caracterización del proceso de Odontología Especializada.

- Anexo 15.** Caracterización del proceso de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.
- Anexo 16.** Caracterización del proceso de Gestión Humana.
- Anexo 17.** Caracterización del proceso de Gestión Financiera.
- Anexo 18.** Caracterización del proceso de Coordinación Odontológica.
- Anexo 19.** Caracterización del proceso de Bioseguridad.
- Anexo 20.** Caracterización del proceso de Archivo de Historias Clínicas.
- Anexo 21.** Caracterización del proceso de Gestión gerencial y administrativa.
- Anexo 22.** Caracterización del proceso de Mejora Continua.
- Anexo 23.** Reunión “Socialización de documentos del proceso de Gestión Gerencial y Administrativa”.
- Anexo 24.** Reunión “Socialización de documentos del proceso de Mejora Continua”.
- Anexo 25.** Reunión “Socialización de documentos del proceso de Gestión Humana”.
- Anexo 26.** Reunión “Socialización de documentos del proceso de Gestión Financiera”.
- Anexo 27.** Reunión “Socialización de documentos del proceso de Coordinación Odontológica”.

- Anexo 28.** Reunión “Socialización de documentos del proceso de Bioseguridad”.
- Anexo 29.** Reunión “Socialización de documentos del proceso de Archivo de Historias Clínicas”.
- Anexo 30.** Reunión “Socialización de documentos del proceso de Gestión Comercial”.
- Anexo 31.** Reunión “Socialización de documentos del proceso de Valoración, Diagnóstico y Plan de Tratamiento”.
- Anexo 32.** Reunión “Socialización de documentos del proceso de Odontología General”.
- Anexo 33.** Reunión “Socialización de documentos del proceso de Odontología Especializada”.
- Anexo 34.** Reunión “Socialización de documentos del proceso de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar”.
- Anexo 35.** Reunión “Divulgación de los Procedimientos Documentados de UNIDONSA”.
- Anexo 36.** Curso de “Auditores Internos”.
- Anexo 37.** Carta del ICONTEC.
- Anexo 38.** Plan de Trabajo.
- Anexo 39.** Perfil final del SGC.

Anexo 40. Folleto publicitario de UNIDONSA

Anexo 41. Ayudas visuales alusivas al SGC