

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE
GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LOS REQUISITOS DE LA NTC- ISO
9001:2000 PARA LA CLÍNICA PIEDECUESTA S.A.**

PAOLA ANDREA CASTELLANOS LUQUE

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

2010

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE
GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LOS REQUISITOS DE LA NTC- ISO
9001:2000 PARA LA CLÍNICA PIEDECUESTA S.A.**

PAOLA ANDREA CASTELLANOS LUQUE

Para Optar el Título de Ingeniera Industrial

DIRECTOR DE PROYECTO

ING. JOAQUÍN GARCÍA DÍAZ

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO - MECÁNICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES

BUCARAMANGA

2010

Dedico este trabajo:

A Dios quien siempre me ilumina y me guía,

A los amigos y familiares que creyeron en mí,

A mi esposo y a mi hijo, los motores que me impulsan.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
1 GENERALIDADES DEL PROYECTO.....	2
1.1. OBJETIVO GENERAL:.....	2
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	2
2 MARCO TEÓRICO	3
3 GENERALIDADES DE LA EMPRESA.....	11
3.1. MISIÓN.....	11
3.2. VISION	11
3.3. RESEÑA HISTÓRICA	12
3.4. SERVICIOS.....	13
3.5. ESTRUCTURA INTERNA	18
4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	20
5 METODOLOGÍA.....	29
6 PLANIFICACIÓN	30
6.1. REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN.....	30
6.2. POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD	31
6.3. ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	36
6.4. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	36
6.5. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS	40
6.6. INDICADORES DE GESTIÓN	42

7. DOCUMENTACIÓN	45
7.1. DOCUMENTOS OBLIGATORIOS	49
7.2. DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS	51
7.3. MANUAL DE CALIDAD	61
8. IMPLEMENTACIÓN	62
8.1. APLICACIÓN DE DOCUMENTOS	63
8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE PROCESOS	65
9. CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN	70
10. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	74
10.1. AUDITORÍA INTERNA	74
10.1.1. Planificación de la auditoría	75
10.1.2. Ejecución de la auditoría	76
10.1.3. Hallazgos de la auditoría	77
10.2. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	77
10.3. IMPACTO DE LA AUDITORÍA Y REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	79
10.3.1. Modificaciones realizadas	86
10.3.2. Acciones abiertas	89
11. PREAUDITORIA	91
12. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS	92
13. CONCLUSIONES	95
14. RECOMENDACIONES	98
15. BIBLIOGRAFIA	100

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de un sistema de gestión de calidad basado en procesos	8
Figura 2. Ciclo PHVA	8
Figura 3. Estructura interna	19
Figura 4. Etapas de Desarrollo del proyecto	29
Figura 5. Mapa de procesos	38
Figura 6. Ficha indicador MC-01 Nivel de satisfacción general	42
Figura 7. Ficha indicador I.3.3.0. Proporción de vigilancia de eventos adversos ..	43
Figura 8. Matriz de requisitos legales (Resolución 1403 de 2007)	47
Figura 9. Matriz de requisitos legales (Resolución 1995 de 1999)	48
Figura 10. Oportunidad en la asignación de citas (días)	67
Figura 11. Oportunidad en la atención (min)	67
Figura 12. Proporción de cancelación de cirugía programada (%)	67
Figura 13. Nivel de satisfacción general	68
Figura 14. Nivel de gestión de quejas y reclamos	68
Figura 15. Oportunidad en la atención de urgencias en el laboratorio clínico (min)	68
Figura 16: Diagrama Ishikawa	82

LISTA DE FOTOS

Foto 1: Entrada secundaria parqueaderos	11
Foto 2: Entrada servicios de urgencia (Cra 11).....	13
Foto 3 y 4: Sala de espera consulta externa	14
Foto 5: Consultorio de Odontología.....	15
Foto 6: Laboratorio clínico	16
Foto 7. Jardín de hospitalización.....	16
Foto 8. Habitación 113 (Maternas)	17
Foto 9. Lámpara cirúrgica	87
Foto 10. Bomba de infusión.....	87
Foto 11. Cama Ginecológica	87
Foto 12 Área de guardaropa	88
Foto 13 Archivo de historias clínicas	89

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Escala de valoración	25
Tabla 2: Avance en porcentajes	26
Tabla 3. Despliegue de la Política de calidad.....	33
Tabla 4. Procesos de la Clínica Piedecuesta S.A.	37
Tabla 5. Plan de Acción de la revisión por la dirección	79
Tabla 6. Informe final de avance del sistema	92

LISTA DE ANEXOS

- ANEXO A. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
- ANEXO B. CARACTERIZACIONES DE PROCESOS
- ANEXO C. FICHAS DE INDICADORES
- ANEXO D. LISTADOS MAESTROS
- ANEXO E. PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS DE LA ISO 9001
- ANEXO F. PROCEDIMIENTOS DE PROCESOS ASISTENCIALES Y DE APOYO
DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO
- ANEXO G. MANUAL DE CALIDAD
- ANEXO H. LISTADOS DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES
- ANEXO I. CRONOGRAMA Y PLAN DE AUDITORÍA INTERNA
- ANEXO J. INFORMES DE AUDITORÍA INTERNA
- ANEXO K. INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
- ANEXO L. CONTROL DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS
- ANEXO M. CAPACITACIONES ACCIONES DE MEJORA
- ANEXO N. INFORME DE PREAUDITORÍA SGS

GLOSARIO

IPS (INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD): Son las entidades públicas, privadas o de economía mixta, encargadas de prestar, parcial o totalmente, los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS) a los beneficiarios, tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado

PROTOCOLOS: Conjunto de reglas que deben ser respetadas para que pueda ser realizado una actividad propia de enfermería.

GUÍAS DE ATENCIÓN: Son un conjunto de directrices, desarrolladas sistemáticamente para ayudar tanto al profesional como al paciente, en la toma de decisiones sobre los cuidados apropiados que se han de proporcionar en situaciones específicas

SGC (SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD): es el conjunto de normas interrelacionadas de una empresa u organización por los cuales se administra de forma ordenada la calidad de la misma, en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus clientes

EAPB (ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS): Son todas las instituciones prestadoras de salud, entidades promotoras de salud, administradores del régimen subsidiado, entidades adaptadas, empresas de medicina prepagada, entidades de salud, direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, excepto las fuerzas armadas y la policía nacional.

BIOSEGURIDAD: Conjunto de medidas preventivas destinadas a mantener el control de factores de riesgo laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos, logrando la prevención de impactos nocivos, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la salud y seguridad de trabajadores de la salud, pacientes, visitantes y el medio ambiente.

HISTORIA CLÍNICA: es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

RESUMEN

TITULO:

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LOS REQUISITOS DE LA NTC-ISO 9001:2000 PARA LA CLINICA PIEDECUESTA S.A.¹

AUTORA:

PAOLA ANDREA CASTELLANOS LUQUE²

PALABRAS CLAVES:

Sector Salud, Sistema de Gestión de Calidad, Norma ISO 9001:2000, gestión por procesos.

DESCRIPCION:

La CLÍNICA PIEDECUESTA S.A. como institución prestadora de servicios de salud, identificó la necesidad de implementar un sistema de gestión de calidad, a través del cual pudiera mejorar la prestación de sus servicios, y como respuesta a los requerimientos exigidos por el estado y las entidades administradoras de planes de beneficios en su tarea de asegurar la calidad en el sistema de salud.

El diseño, documentación del sistema de gestión de calidad, se realizó con base en la Norma ISO 9001 versión 2000, dando cumplimiento a cada uno de los numerales establecidos en la misma, y a la normatividad aplicable al sector salud.

Como resultado de la implementación del sistema de gestión de calidad la organización se cambió en una red de procesos; se implantó una filosofía de calidad traducida en la política y objetivos de calidad; se estableció una cultura de medición con la implementación de indicadores para el monitoreo de procesos; se dio inicio a la capacitación del personal para el mejoramiento continuo de sus competencias, así como a la implementación de acciones correctivas y preventivas para asegurar el buen desempeño de los procesos y a una gestión enfocada al mejoramiento continuo en pro de la satisfacción del cliente y el crecimiento institucional.

¹ Trabajo de grado modalidad practica empresarial

² Facultad de Ingeniería Físico-mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Ingeniería Industrial. Ing. Joaquín García Díaz

ABSTRACT

TITLE:

DESIGN, DOCUMENTATION AND IMPLEMENTATION OF THE BASED QUALITY MANAGEMENT SYSTEM IN THE REQUIREMENTS OF THE NTC-ISO 9001:2000 FOR THE CLINICA PIEDECUESTA S.A.³

AUTHOR:

PAOLA ANDREA CASTELLANOS LUQUE⁴

KEY WORDS:

The Health Sector, Quality Management Systems, Norm ISO 9001:2000, administration for processes.

DESCRIPTION:

The CLINICA PIEDECUESTA S.A. as an lender institution of health services, identified the necessity of implementing a quality management systems, through which could improve the benefit of their services, and I eat answer to the requirements demanded by the state and the administrating entities of plans of benefits in their task from assuring the quality in the system of health.

The design, documentation of the Quality Management Systems, was carried out based on the norm ISO 9001 version 2000, giving execution to each one of the numeral ones settled down in the same one, and to the applicable norms to the sector health. As a result of the implementation of the Quality Management Systems the organization was translated in a net of processes; a philosophy of quality was introduced translated in the politics and objectives of quality; a mensuration culture settled down with the implementation of indicators for the process monitored; beginning was given to the personnel's training for the continuous improvement of its competitions, as well as to the implementation of corrective and preventive accions to assure the good acting of the processes and to an administration focused to the continuous improvement in pro of the client's satisfaction and the institutional growth.

³ Graduation work in the form of a Business Practical Training

⁴ Physics Mechanics Engineering Faculty. Industrial and Enterprise Studies School. Industrial Engineering. Ing. Joaquín García Díaz

INTRODUCCIÓN

El Sector Salud no se queda atrás en la implantación de sistemas de gestión de calidad. Es de suma importancia para los dueños de las IPS, que dicho sector cuente de manera objetiva y decidida con estándares internacionales de calidad y certificación, no hay que olvidar que el excelente servicio es el que marca la diferencia.

La implantación del Sistema de Gestión de calidad en el sector de la salud, apoya y complementa la normatividad ya existente, la cual es una de las más complejas y estrictas entre los diferentes ramos.

En este documento se describe el diseño, documentación e implementación del sistema de gestión de calidad realizado en la Institución Prestadora de Salud, Clínica Piedecuesta S.A. la cual presta servicios de salud en el primero y segundo nivel de complejidad.⁵

Para desarrollar este proyecto se establecieron varias etapas, la primera describe la planificación donde se establecen la política y objetivos de calidad, se identifican los procesos y su interacción, los controles necesarios para asegurarse del buen funcionamiento de cada uno de los procesos, junto con los recursos necesarios y los respectivos medios de seguimiento. Luego se describe como se elaboraron los documentos requeridos por la organización para demostrar la capacidad de sus procesos para cumplir con los requisitos y expectativas de los clientes al mismo tiempo que se implementaron realizando actividades de seguimiento y medición con el fin de asegurar la culminación de esa parte del proyecto. Por último, se desarrolló la etapa de evaluación en la cual se efectuó la auditoría interna y revisión por la dirección junto con las mejoras generadas a partir estas actividades.

⁵ No incluye los servicios de tercer nivel de complejidad tales como cirugía plástica y estética.

1 GENERALIDADES DEL PROYECTO

1.1. OBJETIVO GENERAL:

Diseñar, documentar e implementar el sistema de gestión de la calidad de la CLINICA PIEDECUESTA S.A. basado en los requisitos de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2000.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Realizar un diagnóstico de la situación actual de la CLÍNICA PIEDECUESTA frente al cumplimiento de los requisitos establecidos en la NTC ISO 9001:2000.
2. Identificar las actividades principales de la empresa y orientarlas hacia un esquema de procesos que permita definir sobre cuales se centrará el sistema de gestión de calidad.
3. Elaborar la documentación del Sistema de Gestión de Calidad de la CLINICA PIEDECUESTA.
4. Desarrollar los mecanismos de seguimiento y medición en los procesos de la CLINICA PIEDECUESTA S.A. necesarios para monitorear el mejoramiento continuo.
5. Realizar la respectiva socialización, implementación y capacitación a todas las personas involucradas de CLINICA PIEDECUESTA S.A.
6. Verificar la conformidad del sistema de gestión de calidad propuesto con los requisitos de la norma ISO 9001:2000, mediante la ejecución de auditoría interna.

2 MARCO TEÓRICO

La **Organización Internacional para la Estandarización** o **ISO** (del griego, *iso* que significa igual), creada el 23 de febrero de 1947, es un organismo no gubernamental encargado de promover el desarrollo de normas internacionales de fabricación, comercio y comunicación para todas las ramas industriales a excepción de la eléctrica y la electrónica, con el propósito de promover el desarrollo de la estandarización y las actividades con ella relacionada en el mundo con la mira en facilitar el intercambio de servicios y Bienes.

Conformada por tres tipos de miembros:

- Miembros natos, uno por país, recayendo la representación en el organismo nacional más representativo.
- Miembros correspondientes, de los organismos de países en vías de desarrollo y que todavía no poseen un comité nacional de normalización. No toman parte activa en el proceso de normalización pero están puntualmente informados acerca de los trabajos que les interesen.
- Miembros suscritos, países con reducidas economías a lo que se les exige el pago de tasas menores a los correspondientes.

Historia y Evolución ISO 9000⁶

La serie de normativas internacionales ISO 9000 es resultante de acciones y necesidad durante la II Guerra Mundial. La ausencia de controles de procesos y productos en el Reino Unido, hizo que se adoptaran las Normativas. Estas iniciaron la normalización de procedimientos en los procesos de fabricación, elaboración y realización. Una vez establecidos los procedimientos inspectores de gobierno verifican su efectividad. La resultante es que para pasada la II Guerra Mundial las inspecciones y controles entran dentro del ámbito de un entonces

⁶ VICTOR CINTRON. Historia y Evolución ISO 9000. [En línea]Zaragoza: BULLTEK LTD Portal Iberoamericano, 22 de abril de 2000. http://www.bulltek.com/Spanish_Site. (Consulta: 19 de mayo de 2008)

llámese "calidad". A este ámbito de la calidad se suman la aplicación, anteriormente, de Wilfrido Pareto y Walter Shewart (principio de Pareto y aplicación estadística respectivamente).

Así se aseguró que la producción cumple con especificaciones en busca de consistencia en los resultados (tal que exitosamente se pueda replicar). Para entonces "calidad" se asocia a "conformidad" más que a "mejora" - o sea por inspección se verifica conformidad a los controles y requerimientos (en enfoque "control y comando").

A finales de la década del 1950 continúa el enfoque con un nuevo giro de "inspeccionar" y "asegurar la calidad", por ende en USA se desarrolla un esquema estableciendo requerimientos, llámese "Quality Program Requirements" MIL-Q-9858 - la primera normativa de calidad aplicada al sector bélico / militar. MIL-Q-9858 establece los requerimientos al cual los proveedores tienen que cumplir y dicho esquema es auditable (luego se produce un esquema específicamente para inspección MIL-I-45208, en USA).

Luego, la Administración Nacional de Aeronáutica y Espacial (NASA) en USA promueve la evolución de inspección a sistema y procesos para asegurar calidad (consistencia con los requerimientos). Para 1962 se establecen criterios que proveedores tienen que cumplir para lidiar con entidades como la NASA.

Estos retos no eran únicos al sector militar. En el sector de generación de energía se conocían de fallas que se podían haber prevenido con un sistema de gerencia enfocado en el tema de la calidad. Algunas de estas fallas se costearon con vidas. Por ende aseguramiento de calidad se convierte en la respuesta. A finales de los años de la década del 60 (1968) la OTAN adopta las especificaciones AQAP ("Allied Quality Assurance Procedures"). Anteriormente, cerca de 1966, se aplica y promueve el dicho "la calidad es de todos" igualmente fueron los años de inicio al enfoque de fiabilidad ("Reliability"). En 1969, Canadá, establece requerimientos para los proveedores en el rubro de generación de energía. Comienzan

concurrentemente en USA, Europa y Canadá esquemas de calificación de proveedores. Estas acciones llevaron a duplicidad de inspecciones, verificación y en busca de conformidad pero no necesariamente de forma eficiente aunque si efectiva en el protocolo de avance y mejora. En los años 70´ nace el protocolo de auditoría por "3ra" parte cuando organizaciones comienzan como enlace entre proveedor y cliente (mayormente entes de gobierno).

Comienzan los debates en diferentes círculos como responder a la gran demanda de inspeccionar, verificar, asegurar y similares - en el Reino Unido llegaron a existir más de 17,000 inspectores de gobierno. En 1974 se publicó una normativa para Aseguramiento de la Calidad (Guías) BS 5179. No fue hasta 1979 que hubo un acuerdo y se publica por primera vez, en el Reino Unido, la BS 5750 (precursora de ISO 9000) - recordemos que en USA la normativa aplicada era MIL-Q-9858 y MIL-45208. Por ende en muchos países, excepto USA, se adopta la BS 5750 (que viene en tres partes; P1, P2 y P3). El enfoque de esta normativa es en conformidad y no en mejorar.

Los aspectos claves de BS 5750:

1. Responsabilidad de la Gerencia
2. Sistema de Calidad
3. Evaluación de Contrato
4. Control de Diseño
5. Control de Documentos
6. Compras
7. Provisiones que Provee el Cliente
8. Identificación y Trazabilidad del Producto
9. Control de Proceso
10. Inspección y Prueba
11. Equipo de Inspección y Prueba
12. Estado de Inspección y Prueba
13. Control de Producto No Conforme

14. Acción Correctiva
15. Manejo, Almacén, Empaque / Embalaje y Entrega
16. Registros de Calidad
17. Auditorías Internas de Calidad
18. Capacitación
19. Servicio
20. Técnicas Estadísticas

BS 5750 era un método enfocado a controlar los resultados en la realización de producto. Como precursora ISO 9000, se define como una solución para controlar (no enfocada hacia la mejora). Esta mentalidad de control eran limitación (llamasen fallas) que muy pocos visualizaban, muchos menos los expertos dentro del paradigma de "Calidad" de la época.

Nuevamente en el Reino Unido se considera mejorar el estado de BS 5750 como un vehículo para asistir en la competitividad. Este giro requiere de 4 aspectos fundamentales:

- *Colaboración entre industria y Gobierno, por ende BS 5750 se hace accesible al público;*
- *Mayor uso y aplicación de la Normativa;*
- *Promover la aplicación de la Normativa por requerimiento contractual;*
- *Desarrollar y promover el esquema de certificar*

Desde los años 70 evoluciona una mentalidad de "control y comando" que aún late en el presente (ejemplo QS-9000) donde se le intenta quitar el control de la empresa que tiene la gerencia. Esto es dictando específicamente las acciones a tomar - creando un sistema de inflexibilidad que no propicia agilidad y por ende competitividad.

En 1987 BS 5750 se convierte en ISO 9000 bajo el endoso de la Organización Internacional para la Normalización. ISO 9000 se adopta para facilitar en el

comercio global. Para llegar a esta normativa se requiere del apoyo y votación de *un 75% de los países de la confederación. No es una normativa puramente de conformidad pero sí una de desempeño y mejora.*

FAMILIA ISO 9000

La familia de Normas ISO 9000:2000 sustituyó las revisiones de 1994 y está formada por tres Normas básicas:

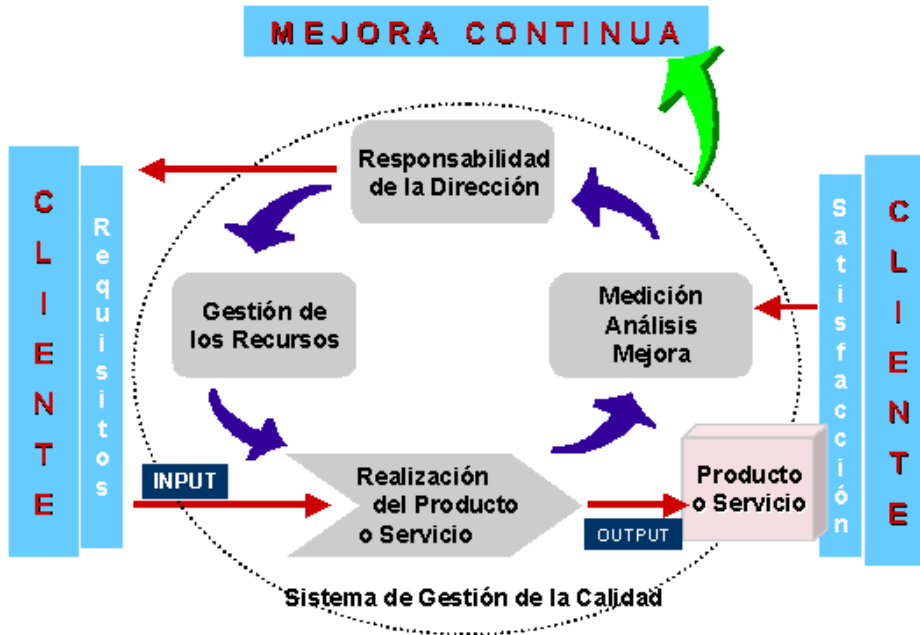
- ISO 9000: Sistemas de Gestión de la Calidad – Conceptos y vocabulario, la cual tuvo lugar a una revisión en el 2005.
- ISO 9001: Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos. Es la única norma de la familia ISO 9000 certificable. Actualmente se encuentra en revisión.
- ISO 9004: Sistemas de Gestión de la Calidad – Guía para llevar a cabo la mejora

ESTRUCTURA ISO 9001:2000

La estructura actual de la norma ISO 9001:2000 adopta un enfoque basado en procesos (ver figura 1), cuya principal ventaja es “el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del sistema de procesos, así como sobre su combinación e interacción”⁷.

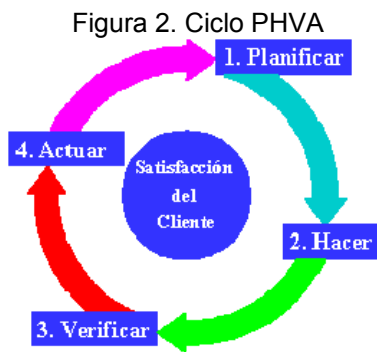
⁷ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Norma técnica Colombiana NTC ISO 9001, Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos. 2ª actualización. 2000

Figura 1. Modelo de un sistema de gestión de calidad basado en procesos



Fuente: http://formacionintegral.com/campus/file.php?file=/86/general_Gestion_de_Calidad.jpg

Las Normas ISO 9000:2000 basan en el Ciclo PHVA su esquema de la Mejora Continua del Sistema de Gestión de la Calidad.



Fuente: <http://edu.jccm.es/ies/maestre/images/stories/imagenes/Dibujo.JPG>

La Nota en el apartado 0.2 de la norma ISO 9001:2000 explica que el Ciclo PHVA aplica a los procesos tal como sigue:

- **Planificar:** Establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización.
- **Hacer:** Implementar los procesos.
- **Verificar:** Realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto, e informar sobre los resultados.
- **Actuar:** Tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.⁸

Como vemos los pasos del Ciclo PHVA requieren recopilar y analizar una cantidad sustancial de datos. Para cumplir el objetivo de mejora deben realizarse correctamente las mediciones necesarias y alcanzar consenso tanto en la definición de los objetivos/problemas como de los indicadores apropiados.

PRINCIPIOS DE CALIDAD

En la nueva versión de la norma ISO 9000, se introdujeron ocho principios de gestión de calidad, sobre los cuales se basan los sistemas de gestión de calidad diseñados de acuerdo con la norma y contribuyen a la mejora continua al interior de la organización. Estos principios se transcriben a continuación:

1. Enfoque al cliente: las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.

⁸ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Op.cit.

2. Liderazgo: los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
3. Participación del personal: el personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
4. Enfoque basado en procesos: un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
5. Enfoque de sistema para la gestión: identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
6. Mejora continua: la mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.
7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisión: las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
8. Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor: una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.⁹

⁹ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Norma técnica Colombiana NTC ISO 9000, Normas fundamentales sobre gestión de calidad y documentos de orientación para su aplicación. 3ª actualización. 2005

3 GENERALIDADES DE LA EMPRESA

Foto 1: Entrada secundaria parqueaderos



Fuente: Portafolio de servicios Clínica Piedecuesta S.A.

3.1. MISIÓN

La Clínica Piedecuesta es una institución dedicada a la prestación de servicios en salud con alto sentido social y ético, en una búsqueda constante perfeccionamiento de sus procesos de calidad en la prevención, recuperación y rehabilitación de la morbilidad identificada en sus usuarios.

3.2. VISION

En la Clínica Piedecuesta S.A. proyectamos consolidarnos como el principal centro de referencia para la prestación de servicios en salud del segundo nivel de complejidad, ampliando nuestra cobertura a los municipios vecinos de la zona sur oriental de Piedecuesta, generando un crecimiento continuo de nuestros valores corporativos y certificando altos estándares de calidad Técnico Científico.

3.3. RESEÑA HISTÓRICA

La Clínica Piedecuesta, es una institución prestadora de servicios de Salud, de carácter privado, que desde su inauguración vela por la salud Piedecuestana.

Está ubicada en la carrera 10 No. 6-62 Barrio San Rafael, casco urbano del municipio de Piedecuesta Santander, presta servicios de salud hasta segundo (II) Nivel de complejidad.

En 1993, fue fundada con el nombre de SOCIEDAD MÉDICA PIEDECUESTA. Los artífices fueron un grupo de profesionales especialistas en Salud, motivados por el mejoramiento de la oferta del servicio y las condiciones de vida de los habitantes del casco urbano de Piedecuesta, a saber: JESÚS ALBERTO GOMES, NUBIA BARAJAS, ANTONIO JOSÉ DELGADO, REINALDO PLATA, LUIS CARLOS URIBE, RICARDO BARRAGÁN, OSCAR BOHADA este último Arquitecto y Director de la Obra.

A partir de 1999 entra como accionista mayoritario el grupo empresarial SERVIR S.A. y el nombre de la Clínica es cambiado a CLINICA VILLA DE SAN CARLOS.

Inicialmente la Clínica contaba con un recurso humano de 14 personas y con los servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización, laboratorio clínico y farmacia.

En la actualidad, el número de personas que labora en la Clínica es de 50 y los servicios médicos prestados incluyen: Urgencias, Consulta externa, Laboratorio Clínico, Imágenes diagnósticas, Hospitalización, Quirófanos, Sala de partos, Ginecobstetricia, Rehabilitación y Terapias, Cirugía maxilofacial, Nutrición, Pediatría, Medicina interna, Cardiología, Ortopedia, Cirugía general, Otorrinolaringología, Urología, Fonoaudiología, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Cirugía plástica estética y reconstructiva.

LA CLINICA PIEDECUESTA presta sus servicios a través de convenios con empresas promotoras de salud (EPS), compañías de medicina prepagada y otras entidades aseguradoras.

En febrero de 2007, la institución toma el nombre de CLÍNICA PIEDECUESTA S.A. nombraba así por ser una entidad al servicio de los Piedecuestanos. En este año también recibe la habilitación de sus servicios por parte de la secretaria de salud departamental.

3.4. SERVICIOS

La Clínica Piedecuesta ofrece actualmente los siguientes servicios:

- **URGENCIAS:**

Servicio de urgencias las 24 horas, brinda atención integral de medicina general y especializada. Cuenta con consultorios médicos, sala de observación independiente para adultos y niños, sala de pequeña cirugía, área de reanimación, sala de curaciones y yesos, sala de inyectología y área para nebulizaciones e hidratación oral

Foto 2: Entrada servicios de urgencia (Cra 11)



Fuente: Portafolio de servicios

- **CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA**

Cómoda sala de espera dotada de servicio de televisión por cable.

Consulta de medicina general: Asignación de cita telefónica o personalmente con oportunidad menor a 24 horas.

Consulta médica especializada. Asignación de cita personalmente previamente autorizada y en las siguientes especialidades: Cirugía general, Medicina Interna, Pediatría, Medicina laboral, Neurocirugía, Neurología, Urología, Gastroenterología, Oftalmología, Nutrición y dietética, Optometría, Psicología, Otorrinolaringología, Ortopedia y traumatología, Psiquiatría, Ginecología y obstetricia, Anestesiología, Cirugía plástica, Reumatología, Cirugía pediátrica, Cirugía vascular, Dermatología y Cardiología

Foto 3 y 4: Sala de espera consulta externa



Fuente: Portafolio de servicios

• **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

Programas realizados por una enfermera profesional, ginecólogo y auxiliar de enfermería, entrenados específicamente para la atención de las actividades de protección, detección temprana y planificación familiar.

Dentro de las actividades que promueven promoción y prevención están:

- Planificación Familiar
- Prevención en Salud Oral
- Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo
- Detección temprana del cáncer de cuello uterino y de seno
- Control prenatal
- Crecimiento y desarrollo
- Control de riesgo cardiovascular (entre otros)

- **ODONTOLOGÍA**

Personal altamente calificado para el manejo de urgencias odontológicas y procedimientos especializados. Asignación de cita telefónica o personalmente y oportunidad menor a 24 horas.

Foto 5: Consultorio de Odontología



Fuente: Autora

- **REHABILITACIÓN Y TERAPIAS**

Personal e instalaciones idóneas para el desarrollo de Terapia física, ocupacional, del lenguaje y respiratoria

- **LABORATORIO CLÍNICO**

Servicio de laboratorio clínico básico y especializado las 24 horas del día, apoyado por personal capacitado ofreciendo un servicio oportuno y confiable.

Foto 6: Laboratorio clínico



Fuente: Autora

- **FARMACIA**

Despacho de medicamentos las 24 horas del día bajo los mejores estándares de calidad en almacenamiento y vencimientos

- **HOSPITALIZACIÓN**

Habitaciones uni y bipersonales asistidas por personal competente en las áreas de enfermería, nutrición y servicios generales. Habitación V.I.P para usuarios de medicina prepagada, particulares o cualquier otro que por deseo la solicite.

El servicio de hospitalización le brinda al paciente confort y calidez humana óptimos para su recuperación.

El selecto grupo de médicos especialistas reconocidos a nivel regional y nacional con los que cuenta la institución, asegura la evolución satisfactoria de cada paciente.

Foto 7. Jardín de hospitalización



Fuente: Portafolio de servicios

Foto 8. Habitación 113 (Maternas)



Fuente: Portafolio de servicios

- **QUIROFANOS Y SALAS DE PARTO**

Amplios quirófanos, sala de recuperación y central de esterilización que cumplen todos los requerimientos de habilitación para la prestación del servicio. Excelentes profesionales médicos comprometidos con el bienestar del paciente.

Especialidades quirúrgicas ofrecidas:

- Cirugía general
- Cirugía Laparoscópica
- Cirugía Ginecológica y Obstétrica
- Cirugía Plástica
- Cirugía ortopédica
- Cirugía oftalmológica
- Cirugía Urológica
- Cirugía estética
- Cirugía otorrinolaringológica
- Cirugía vascular

- **APOYO DIAGNOSTICO**

- Radiografía básica y especializada las 24 horas del día.
- Ecografías.
- Electrocardiogramas.
- Electroencefalogramas.
- Gammagrafías.
- Tomografías.

- Anatomías patológicas: Biopsias, especímenes quirúrgicos y citologías.
- Resonancias magnéticas, resonancias nucleares.
- Endoscopias.
- Doppler.
- Cistoscopia, entre otros.

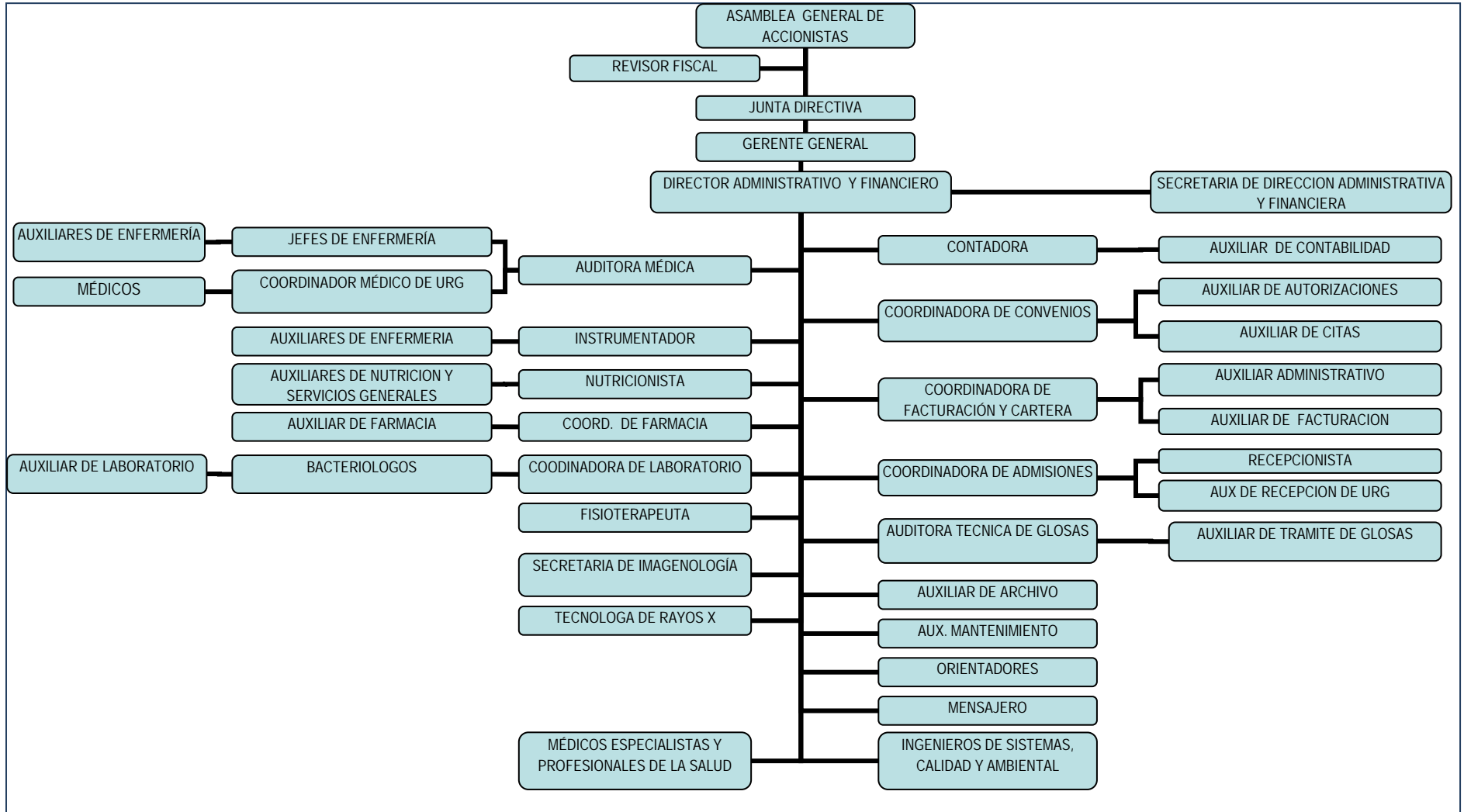
3.5. ESTRUCTURA INTERNA

La estructura interna presentada en la figura 3, fue propuesta por la facilitadora de calidad y revisada y aprobada por el Gerente de la institución.

En esta se puede observar que la institución está integrada por dos grandes áreas: el área asistencial dirigida por el Coordinador médico y el área administrativa liderada por el Director administrativo y financiero.

En este organigrama también se incluye el personal externo que influye directamente en los procesos del sistema de gestión de calidad, tales como Médicos especialistas, químico farmacéutico y subalterno.

Figura 3. Estructura interna



Fuente: Autora del proyecto

4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El primer paso para el diseño del Sistema de Gestión de Calidad fue realizar un diagnóstico situacional con el fin de identificar el estado de cumplimiento de la organización con respecto a los requisitos de la norma ISO 9001 versión 2000 y obtener información importante para la planificación del sistema de gestión de calidad.

En esta fase se hizo observación directa en las áreas asistenciales y administrativas, además se realizaron reuniones con el gerente, jefes de áreas en donde se revisó: documentación existente, controles a los procesos misionales, mecanismos de comunicación con el cliente, normatividad del sector salud y otros requerimientos legales y reglamentarios necesarios para determinar el nivel de cumplimiento respecto de los requisitos de la norma ISO 9001.

A continuación se presentan los hallazgos encontrados:

a) REQUISITOS GENERALES Y DE DOCUMENTACIÓN

- Dentro de la organización se manejaba el concepto de áreas funcionales y no un enfoque por procesos, razón por la cual no estaban identificados los procesos ni su interacción.
- Los documentos que incluyen controles, mecanismos de seguimiento y medición, entre otros son los realizados para cumplir con lo estipulado en el Anexo Técnico No.1 de la Resolución 1043 de 2006 la cual establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.

- Existe una política de calidad complicada y extensa, que no ha sido comunicada al personal.
- Los objetivos de calidad aunque son consecuentes con la política son difícilmente medibles.
- No existe un Manual de calidad que describa la estructura del sistema de gestión de calidad.
- En la documentación no se evidencian los procedimientos obligatorios exigidos por la Norma.
- Los registros encontrados no son suficientes para dar cumplimiento a lo requerido por la norma ISO 9001.
- Se evidencian protocolos y guías que contribuyen a la planificación y control de las actividades realizadas por el personal asistencial.
- Los documentos existentes no están normalizados.
- No se ejerce un control sobre los documentos y registros.
- Algunos documentos conservaban el logo de “Clínica Villa de San Carlos” lo cual evidencia que no se tiene un control sobre los cambios en los documentos.

b) RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

- Como se explicó en el ítem anterior, la política de calidad existente no se ha comunicado al personal de la Institución.
- Se evidencia la planificación de los objetivos pero no tienen métodos eficaces de control.
- Se hallan un organigrama y un manual de funciones en donde se definen responsabilidades y autoridades, sin embargo, se encuentran desactualizados.
- Existen mecanismos de comunicación interna establecidos tales como comunicados internos, memorandos, carteleros y correo electrónico.

- No hay un representante de la dirección que apoye el control y seguimiento del SGC.
- No se realizan revisión por la dirección enfocada hacia la verificación del cumplimiento de los objetivos de calidad.
- Se evidencia la conformación de comités en los que se hace seguimiento a los diferentes servicios que presta la institución.

c) GESTIÓN DE RECURSOS

- Aunque no existe un SGC implementado, se evidencia la provisión de los recursos necesarios para la etapa inicial del presente proyecto.
- Se observa la exclusión de algunos perfiles de cargos en el Manual de funciones lo que evidencia su desactualización.
- Existen registros de capacitaciones realizadas a través de ofertas de las aseguradoras de riesgos profesionales referentes a salud ocupacional y bioseguridad. No se observa la existencia de evaluaciones que verifiquen la eficacia de dichas capacitaciones.
- Se encontró un procedimiento de selección de personal documentado el cual no se estaba implementando.
- La inducción del personal la realizan los jefes inmediatos de los servicios y/o el personal del mismo cargo con mayor experiencia.
- Dentro de las hojas de vida de algunos empleados no se hallaron los registros que evidencian la educación, formación, habilidades y experiencia del personal necesarios para cumplir con el perfil del cargo.
- La Clínica cuenta con la habilitación de sus servicios según resolución 1043 del 3 de abril de 2006.
- Las hojas de vida de los equipos médicos evidencian que los mantenimientos que se realizan en la institución son correctivos.

d) REALIZACIÓN DEL SERVICIO

- Se encontraron definidos y documentados los protocolos para cada uno de los servicios asistenciales y de apoyo diagnóstico y terapéutico, ya que son exigencia para la habilitación de los servicios que presta la institución.
- Los requisitos de los clientes institucionales se describen en los convenios de prestación de servicios establecidos con las EAPB los cuales se legalizan hasta tener la aprobación de ambas partes.
- La comunicación con los clientes institucionales y usuarios se realiza a través de cartas, conversaciones telefónicas y personales y correos electrónicos.
- *Se excluye el numeral 7.3. DISEÑO Y DESARROLLO ya que no es aplicable en la institución.*
- Hay un documento para la selección, evaluación y reevaluación de proveedores, pero no se evidencian registros de su implementación.
- No están documentadas las actividades de verificación de los productos comprados.
- El control de la prestación del servicio se realiza únicamente con el comité de historias clínicas, el cual tiene como objetivo velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.
- Los servicios asistenciales se validan mediante la recopilación de evidencia que demuestra la correcta prestación del servicio (hoja de vida del personal entrenado y capacitado, historias clínicas, hoja de vida de los equipos médico-hospitalarios, entre otros).
- La trazabilidad de la prestación del servicio se registra en la historia clínica, pero no existe un documento que me permita ejercer un mayor control para el cumplimiento de este requisito.

- La historia clínica es un documento propiedad del cliente el cual se identifica, almacena, protege y recupera según lo establecido en el decreto 1995 de 1999, pero en la Institución no se hace seguimiento al cumplimiento de estos controles.
- Las pertenencias de los pacientes también son propiedad del cliente y aunque el personal asistencial ejecuta actividades en pro de su cuidado, éstas no están documentadas.
- Se encuentran documentados en los protocolos los mecanismos de control de los insumos que requieren de preservación en condiciones especiales.
- Están identificados los instrumentos y equipos de medición críticos en los procesos de prestación de servicio, sin embargo, no existe un programa de verificación y calibración ni personal que se responsabilice por estas actividades.

e) MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

- La gerencia de la Clínica procurando dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1011 de 2006 -Sistema obligatorio de garantía de la calidad- ha intentado implementar un PAMEC (Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud), el cual no ha sido muy eficaz pues se limita a la presentación de informes de indicadores obligatorios, sin realizar acciones que contribuyan al mejoramiento de la Institución.
- Se realizan auditorías externas por partes de las empresas con las que se tienen convenios.
- Se evidencia la medición de la satisfacción de los clientes, a través de una encuesta realizada semestralmente.

- No existe un documento que establezca la realización de auditorías internas de calidad, el cual sirva como soporte para el cumplimiento de los requisitos legales y los exigidos por la norma ISO 9001.
- La Superintendencia Nacional de Salud en la Circular 030 de 2006 estableció los indicadores de calidad para instituciones prestadoras de servicios de salud, los cuales se han venido calculando semestralmente en la clínica Piedecuesta para la presentación de informes y no se han tomado decisiones para la mejora basada en los análisis de dichos indicadores.
- Se encuentran documentadas las actas de los diferentes comités que se realizan dentro de la Clínica con el fin de hacer seguimiento a los diferentes servicios.
- El Control del Servicio No Conforme no está documentado pero se realiza control de los eventos adversos que se presentan en cualquiera de los servicios, los cuales son solucionados de inmediato por los jefes de áreas.
- No se manejan los conceptos de acción preventiva y correctiva.
- Las acciones que se toman van enfocadas a corregir el error mas no a eliminar la causa, además, no se documentan ni se les hace seguimiento.

Luego de compilar los hallazgos, se estimó el nivel de cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001, teniendo en cuenta la siguiente escala:

Tabla 1. Escala de valoración

1	No está definido
2	Definido informalmente, no está documentado
3	Se tiene documentado pero no está normalizado
4	Se encuentra normalizado e implementado parcialmente
5	Se tiene implementado
6	Se evidencian mejoras del requisito
7	Se han realizado auditorias con implementación de acciones de mejora

Fuente: Concalidad Ltda

El avance en porcentajes se muestra en la tabla 2:

Tabla 2: Avance en porcentajes

		1	2	3	4	5	6	7	ACT	AVANCE
REQUISITOS GENERALES	IDENTIFICACION DE PROCESOS		1						14,3%	14,3%
	SECUENCIA E INTERACCION DE PROCESOS		1						14,3%	
REQUISITOS DE DOCUMENTACION	ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACION		1						14,3%	3,6%
	MANUAL DE CALIDAD								0,0%	
	CONTROL DE DOCUMENTOS								0,0%	
	CONTROL DE REGISTROS								0,0%	
COMPROMISO DE LA DIRECCION	COMUNICACIÓN REQ CLIENTES Y LEGALES		1						14,3%	19,0%
	POLITICA DE CALIDAD		1	1					28,6%	
	DISPONIBILIDAD DE RECURSOS		1						14,3%	
ENFOQUE AL CLIENTE	DETERMINACION DE REQUISITOS DEL CLIENTE		1						14,3%	14,3%
	CUMPLIMIENTO DE LOS REQ DEL CLIENTE		1						14,3%	
	EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE		1						14,3%	
POLITICA DE CALIDAD	ADECUACION DE LA POLITICA DE CALIDAD		1						14,3%	9,5%
	COMUNICACIÓN Y ENTENDIMIENTO		1						14,3%	
	REVISION CONTINUA								0,0%	
PLANIFICACION	OBJETIVOS DE CALIDAD		1	1					28,6%	14,3%
	PLANIFICACION ESTRATEGICA								0,0%	
	PLANIFICACION DE LA CALIDAD		1						14,3%	
RESPONSABILIDAD AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN	RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD		1	1					28,6%	14,3%
	REPRESENTANTE DE LA DIRECCION								0,0%	
	COMUNICACIÓN INTERNA		1						14,3%	
REVISION POR LA DIRECCION	INFORMACION PARA LA REVISION								0,0%	0,0%
	RESULTADOS DE LA REVISION								0,0%	
PROVISION DE RECURSOS	DETERMINACION DE LOS RECURSOS		1						14,3%	14,3%
	ASIGNACION DE RECURSOS		1						14,3%	
RECURSOS HUMANOS	COMPETENCIA DEL PERSONAL		1						14,3%	14,3%
	FORMACION		1						14,3%	
	EFICACIA DE LA FORMACION		1						14,3%	
	CONCIENCIA DEL PERSONAL		1						14,3%	
	INFRAESTRUCTURA		1	1					28,6%	
	AMBIENTE DE TRABAJO								0,0%	
PLANIFICACION DEL PRODUCTO	PLANIFICACION DE PROCESOS		1	1					28,6%	19,0%
	DESARROLLO DE PROCESOS		1						14,3%	
	REQUISITOS DEL PRODUCTO		1						14,3%	
PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	IDENTIFICACION		1						14,3%	14,3%
	REVISION		1						14,3%	
	COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE		1						14,3%	
COMPRAS	CLASIFICACION DE PRODUCTOS		1						14,3%	21,4%
	PROCESO DE COMPRAS		1	1					28,6%	
	DEFINICION DE REQUISITOS DE LOS PRODUCTOS		1	1					28,6%	

Tabla 2: Avance en porcentajes

		1	2	3	4	5	6	7	ACT	AVANCE
	EVALUACION Y SELECCIÓN DE PROVEEDORES		1	1					28,6%	
	REEVALUACION DE PROVEEDORES		1						14,3%	
	VERIFICACION DEL PRODUCTO COMPRADO		1						14,3%	
PRODUCCION Y PRESTACION DEL SERVICIO	CONTROL DE LA PRESTACION DEL SERVICIO		1						14,3%	14,3%
	VALIDACION DE PROCESOS		1						14,3%	
	IDENTIFICACION DEL SERVICIO		1						14,3%	
	TRAZABILIDAD DEL SERVICIO		1						14,3%	
	PROPIEDAD DEL CLIENTE		1						14,3%	
	PRESERVACION DEL SERVICIO		1						14,3%	
CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION	INVENTARIO DE EQUIPOS		1	1					28,6%	9,5%
	CALIBRACION DE EQUIPOS								0,0%	
	SEGUIMIENTO Y MEDICION								0,0%	
SEGUIMIENTO Y MEDICION	EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE		1						14,3%	10,2%
	AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE CALIDAD		1						14,3%	
	ESTABLECIMIENTO DE IND DE GESTION		1						14,3%	
	SEGUIMIENTO Y MEDICION DE LOS PROCESOS		1						14,3%	
	SEGUIMIENTO Y MEDICION DEL SERVICIO		1						14,3%	
	CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME								0,0%	
MEJORA	ANALISIS DE DATOS								0,0%	4,8%
	PLANIFICACION DE MEJORA		1						14,3%	
	ACCIONES CORRECTIVAS								0,0%	
	ACCIONES PREVENTIVAS								0,0%	
Nota: No aplica el requisito 7.3. Diseño y desarrollo										12,4%

Fuente: Concalidad Ltda

Luego de realizar el diagnóstico, se determina que el nivel de cumplimiento es de un 12.4%, de este resultado se puede concluir que:

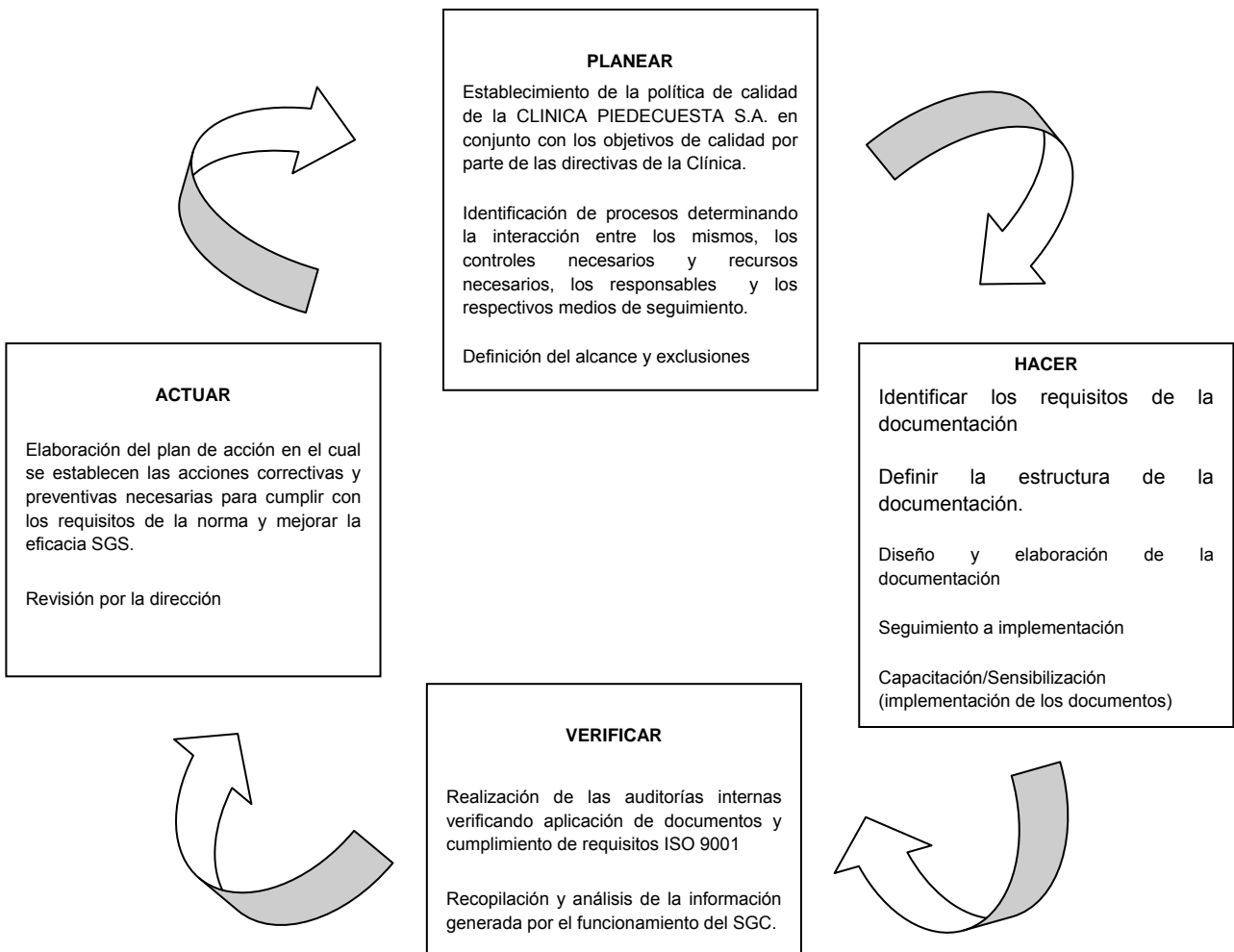
- La Institución cuenta con documentación importante realizada durante el proceso de habilitación de los servicios en el año 2007, pero aun así, se debe documentar las actividades necesarias para dar cumplimiento a lo requerido por la NTC ISO 9001 y actualizar los documentos existentes.
- Aunque existen mecanismos de seguimiento y medición, tales como los comités e indicadores reglamentarios para el sector salud, no hay una medición concreta de los objetivos que permitan evaluar el cumplimiento de los mismos.

- Aunque existen canales de comunicación con el cliente, estos se deben mejorar a fin de identificar las necesidades de los usuarios y asegurar la satisfacción de los mismos.
- No existen acciones que eliminen las causas de no conformidades reales o potenciales, se debe trabajar intensamente en la identificación de acciones de mejora con el fin de garantizar la satisfacción de los clientes, el cumplimiento de los objetivos y el mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad.
- No hay un plan de mantenimiento de equipos médicos que garantice el buen funcionamiento de los mismos y la seguridad en la prestación de los servicios de salud.
- Se deben implementar métodos eficaces de verificación en los productos y servicios adquiridos.

5 METODOLOGÍA

Terminado el diagnóstico, se procedió a establecer la metodología a implementar para el desarrollo del proyecto, la cual está basada en Ciclo PHVA (Planear, hacer, verificar y actuar). En la Figura 4 creada por la autora del proyecto se muestran las etapas del desarrollo del proceso.

Figura 4. Etapas de Desarrollo del proyecto



Fuente: Autora del proyecto

6 PLANIFICACIÓN

En esta etapa del proyecto se fijaron las bases del Sistema de Gestión de Calidad definiendo:

- Un representante de la Dirección.
- La política de calidad en conjunto con los objetivos de calidad por parte del Gerente de la Clínica.
- El alcance y las exclusiones del SGC
- Los procesos que integrarían el SGC y la interacción entre los mismos, los controles necesarios para asegurarse del buen funcionamiento de cada uno de los procesos, junto con los recursos necesarios y los respectivos medios de seguimiento.
- La proyección del plan de trabajo especificando etapa, responsable y el tiempo de duración en cada una de las actividades. Esta proyección la realizó la autora del proyecto junto con la Ing. Genny Martínez, teniendo en cuenta la complejidad de los procesos y los requisitos de la ISO 9001. En el anexo A se presenta el formato Informe de consultoría el cual contiene la planificación del sistema de gestión de calidad.

6.1. REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN

Como punto de partida en la planificación del Sistema de Gestión de Calidad, el Gerente de la institución el Dr. Mauricio Reyes Roa, nombró como representante de la dirección al Dr. Freddy Ceballos Rivera Director Administrativo y financiero de la institución.

6.2. POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD

Luego de nombrar un representante de la dirección que liderara el Sistema, el siguiente paso fue definir la política que es un elemento importante en todo sistema de gestión, pues de ella se despliega la estrategia para hacer posible la consecución de los resultados esperados.

Por estas razones, en la Clínica Piedecuesta, la persona encargada de definir y establecer la política y los objetivos de calidad fue el Gerente de esta IPS, que con la guía de las asesoras y según los requisitos 5.3 de la norma ISO 9001, determinó que la política de calidad debería ser la siguiente:

En la CLÍNICA PIEDECUESTA S.A. tenemos como Política de Calidad prestar servicios en salud oportunos y efectivos ofreciendo un trato cálido y digno para garantizar la satisfacción de nuestros usuarios, cumpliendo con la normatividad vigente y los requisitos contractuales, comprometidos con el fortalecimiento o crecimiento de la organización

Los objetivos de calidad se establecieron de forma que fueran coherentes con la política de calidad y pudieran ser medibles, para lo cual se crearon indicadores de gestión por cada uno de los objetivos de calidad y de esta manera hacer más fácil su medición, cumplimiento y monitoreo permanente.


Los objetivos que se establecieron en la Clínica Piedecuesta fueron:

- Satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios en el cuidado de su salud
- Fortalecer la competencia y el compromiso del personal.
- Fortalecer y mejorar la eficiencia del Sistema de Gestión de Calidad.


- Cumplir con los requisitos legales y contractuales.

En la tabla que se presenta a continuación se muestra el despliegue de la política de calidad, su relación con el objetivo de calidad, los indicadores correspondientes a cada objetivo con su fórmula de cálculo, periodicidad, responsable y la desagregación (según aplique).

Tabla 3. Despliegue de la Política de calidad

	DESPLIEGUE DE LA POLITICA DE CALIDAD					CODIGO: FO-MC-05		
	VERSION: 0							
POLITICA DE CALIDAD	OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	META	PERIODICIDAD	RESPONSABLE	DESAGREGACION	
Prestar servicios en salud oportunos y efectivos ofreciendo un trato cálido y digno	Satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios en el cuidado de la salud	Oportunidad en la asignación de citas	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas asignadas.	2 días medicina Gral. 7 días ginecobstericia 7 días cirugía Gral. 3 días odontología	semestral	Líder del proceso consulta externa	Consulta de: ●Medicina general ●Ginecobstericia ●Cirugía general ●Odontología	
		Oportunidad en la atención en consulta	Sumatoria del tiempo transcurrido entre la solicitud de atención en la consulta y el momento en el cual es atendido el paciente por parte del médico / Total de usuarios atendidos en consulta	15 Min en urgencias 1 día en imagenología	semestral	Líder proceso urgencias Líder proceso Imágenes diagnosticas	●Urgencias ●Imagenología	
		Oportunidad en la realización de cirugía programada	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la Cirugía Programada y el momento en el cual es realizada la Cirugía / Número de cirugías programadas realizadas en el periodo	12 días	semestral	Líder del proceso cirugía	Ninguno	
		Proporción de cancelación de cirugía programada	(Número total de cirugías canceladas en el periodo / Número de Cirugías Programadas en el periodo)*100	10%	semestral	Líder del proceso cirugía	Ninguno	
		Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	(Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 20 días por la misma causa en el periodo /Número total de egresos vivos en el periodo)*100	2%	semestral	Líder del proceso hospitalización	Ninguno	

	DESPLIEGUE DE LA POLITICA DE CALIDAD				CODIGO: FO-MC-05		
					VERSION: 0		
POLITICA DE CALIDAD	OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	META	PERIODICIDAD	RESPONSABLE	DESAGREGACION
		Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial controlada	(Número total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su hipertensión arterial presentan niveles de tensión arterial esperados de acuerdo con las metas recomendadas por la Guía de Práctica Clínica basada en evidencia/Número total de pacientes hipertensos diagnosticados)*100	70%	semestral	Líder del proceso consulta externa	Ninguno
		Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 h	Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso / Número total de pacientes hospitalizados	1*1000	semestral	Líder del proceso hospitalización	Ninguno
		Tasa de infección intrahospitalaria	Número de pacientes con infección nosocomial / Número total de pacientes hospitalizados	1*1000	semestral	Líder del proceso hospitalización	Ninguno
		Proporción de vigilancia de eventos adversos	(Número Total de eventos adversos detectados y gestionados /Número total de eventos adversos detectados)*100	100%	semestral	Coordinador Médico	Ninguno
para garantizar la satisfacción de nuestros usuarios		Nivel de Satisfacción General	(Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibido/ Número total de pacientes encuestados)*100	80%	trimestral	Líder del proceso mejora continua	Ninguno
		Nivel de gestión de Quejas y Reclamos	(# de QyR gestionadas/ # de QyR recibidas) *100	90%	trimestral	Líder proceso gestión de convenios	Ninguno
cumpliendo con la normatividad vigente y los requisitos contractuales,	Cumplir con los requisitos legales y contractuales.	Nivel de satisfacción de los clientes institucionales	(Sumatoria de los clientes que contestaron sobresaliente y buenos/total de clientes encuestados)*100	70%	anual	Líder proceso gestión de convenios	Ninguno

	DESPLIEGUE DE LA POLITICA DE CALIDAD				CODIGO: FO-MC-05		
					VERSION: 0		
POLITICA DE CALIDAD	OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	META	PERIODICIDAD	RESPONSABLE	DESAGREGACION
Comprometidos con el fortalecimiento o crecimiento de la organización.	Fortalecer y mejorar la eficiencia del Sistema de Gestión de Calidad.	Tiempo promedio para desarrollar acciones que eliminen las causas de no conformidades	{Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de apertura de la no conformidad potencial o real y la fecha de cierre} / No de acciones tomadas	90 días	semestral	Líder proceso mejora continua	Ninguno
		Nivel de cumplimiento de los indicadores del SGC	(# indicadores con meta cumplida / # indicadores planificados) *100	70%	anual	Líder proceso mejora continua	Ninguno
	Fortalecer la competencia y el compromiso del personal	Porcentaje de empleados con evaluación del desempeño sobresaliente	(# emp con evaluación desempeño sobresaliente / # emp evaluados) *100	70%	anual	Líder proceso talento humano	Ninguno

Fuente: Autora del proyecto

6.3. ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

El Sistema de Gestión de la Calidad de la Clínica Piedecuesta S.A., está implementado para la prestación de servicios de salud de I y II Nivel de complejidad en las áreas:

- Prioritarias: Urgencias, Hospitalización, Cirugía y Consulta externa general y especializada;
- De apoyo diagnóstico y terapéutico: Laboratorio clínico, farmacia, imágenes diagnósticas y terapias físicas, respiratorias, ocupacionales y del lenguaje.

La ejecución de los servicios se realiza cumpliendo los requisitos de la NTC 9001 versión 2000, excepto el requisito 7.3. Diseño y Desarrollo debido a que los servicios prestados son los reglamentados por los entes de regulación nacional y regional y las formas de atención se ajustan a dichas normas y a la ciencia médica.

6.4. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Para dar un Enfoque basado en procesos, según uno de los principios del sistema de gestión en la norma ISO 9001: 2000, la facilitadora de calidad realizó con cada uno de los empleados un taller de enfoque por procesos, el cual consistía en definir el objetivo principal hacia el cual iban enfocadas las actividades que realizaba cada empleado.

Agrupando los objetivos comunes, se pudieron determinar los procesos del sistema de gestión de calidad de la clínica Piedecuesta, los cuales se presentan a continuación:

- **PROCESOS GERENCIALES:** Aquellos que dirigen la organización, desarrollan e implantan estrategias a fin del cumplimiento de las metas institucionales.
- **PROCESOS ASISTENCIALES:** Aquellos que desarrollan las actividades esenciales, propias, definitorias, de las que depende el cumplimiento de la misión de la organización.
- **PROCESOS DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO:** Aquellas actividades que proporcionan soporte, facilitación, servicio, pero en sí mismas no son esenciales.
- **PROCESOS DE APOYO:** Aquellos necesarios para la operación de la institución y prestación de los servicios, pero que no se relacionan con la atención asistencial directa a los usuarios.

Los procesos identificados en la institución se relacionan en la tabla que se presenta a continuación:

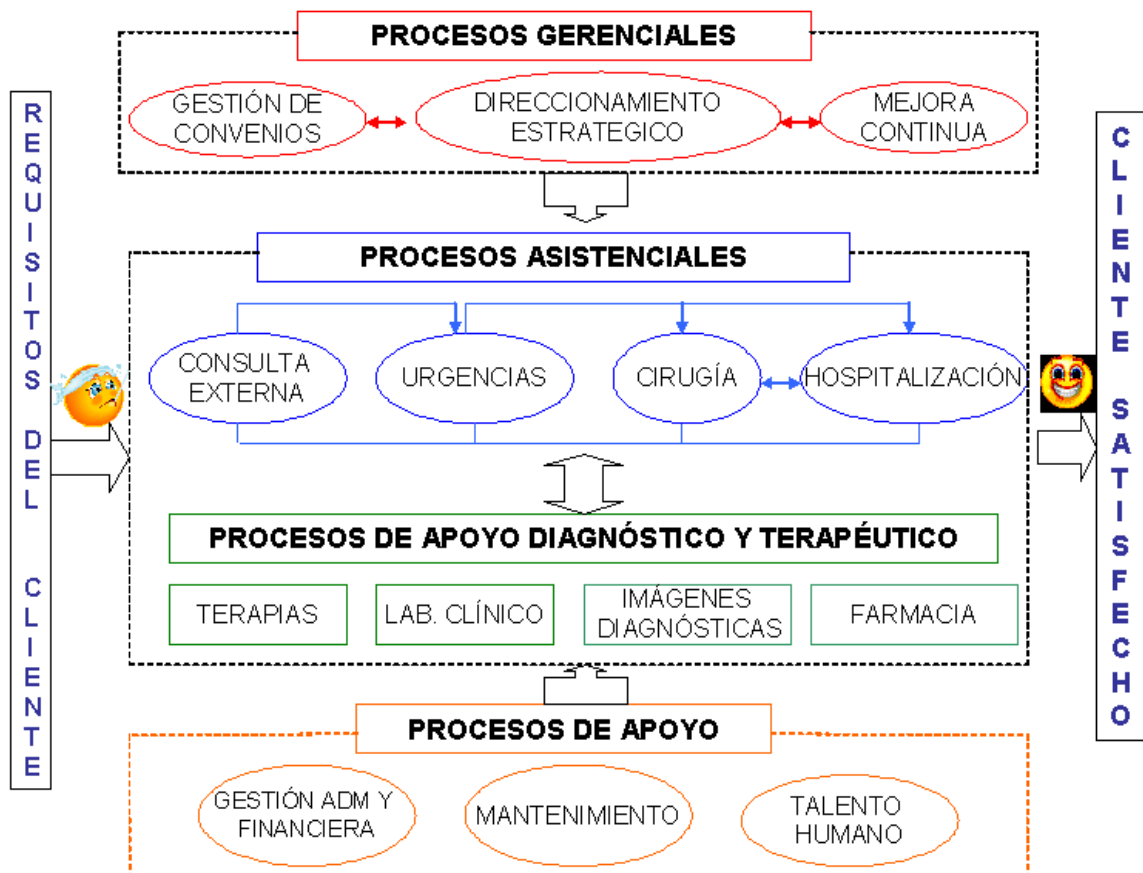
Tabla 4. Procesos de la Clínica Piedecuesta S.A.

PROCESOS GERENCIALES	Direccionamiento estratégico
	Gestión de convenios
	Mejora Continua
PROCESOS ASISTENCIALES	Consulta Externa
	Urgencias
	Hospitalización
	Cirugía
PROCESOS DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Laboratorio Clínico
	Imágenes Diagnósticas
	Farmacia
	Terapias
PROCESOS DE APOYO	Gestión administrativa y financiera
	Mantenimiento
	Talento Humano

Fuente: Autora del proyecto

Definidos los procesos, la facilitadora de calidad elaboró el mapa de procesos con la guía del Gerente y Coordinador médico, obteniendo como resultado la siguiente figura:

Figura 5. Mapa de procesos



Fuente: Autora del proyecto

En esta figura se observa la interacción de los procesos del sistema:

Cuando llega a la institución un paciente con problemas de salud, puede solicitar la atención por medio de los servicios de consulta externa o

urgencias. Del servicio de consulta externa puede remitirse urgencias, hospitalización o cirugía.

Ya en el servicio de urgencias, se le brinda la atención inmediata y el médico decide, si el paciente es dado de alta, requiere de hospitalización y/o cirugía o de remisión a otra institución en caso de que el paciente requiera servicios de mayor nivel de complejidad.

El paciente pre y postquirúrgico puede requerir de hospitalización o no, según el procedimiento quirúrgico, ya que algunos pacientes por su estado de salud y complejidad de la cirugía necesitan cuidados intrahospitalarios y otros pueden prepararse o recuperarse desde la comodidad de sus hogares. El paciente postquirúrgico deberá asistir a controles mensuales que se realizan a través del servicio de consulta externa.

Los procesos de apoyo diagnóstico, tales como laboratorio clínico e imágenes diagnósticas los utilizan los médicos y especialistas para precisar la enfermedades y determinar los tratamientos a seguir con los pacientes. Pueden utilizarse en cualquiera de los servicios asistenciales.

Los procesos de apoyo terapéutico, tales como farmacia y terapias, se utilizan para dar tratamiento a enfermedades según criterio del médico.

Para que los procesos asistenciales y de apoyo diagnóstico y terapéutico se puedan desarrollar necesitan de procesos gerenciales que los direccionen hacia la consecución de los objetivos de la institución y de procesos de apoyo que administren los recursos necesarios para su funcionamiento.

Las actividades de aseo y limpieza correspondientes al mantenimiento de la infraestructura, se controlarán implícitamente desde cada uno de los procesos.

Después de identificar los procesos y la interacción entre ellos, se identificaron los líderes de procesos quienes serían los responsables de apoyar todas las etapas necesarias para la implementación del sistema de gestión de calidad en la Clínica Piedecuesta S.A.

Los líderes de procesos fueron escogidos por el Gerente, quien tuvo en cuenta como criterio de selección su trayectoria dentro de la institución y el conocimiento de las actividades que se realizan dentro de cada servicio. A su vez, los líderes escogieron un colaborador el cual sería de ahí en adelante la persona que lo apoyaría en sus nuevas responsabilidades.

6.5. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS

Identificados los procesos y designados los responsables, se procedió a elaborar las caracterizaciones de los procesos, con base en los siguientes requerimientos entregados por la asesora de la clínica, la Ingeniera Genny Paola Martínez:

- ✓ Nombre: Hace referencia al nombre del proceso
- ✓ Objetivo: Describe el propósito general del proceso
- ✓ Responsable: Cargo que lidera el proceso
- ✓ Colaboradores: Cargos que desarrollan una o varias actividades del proceso

- ✓ Proveedores/Entradas: Elementos o información necesaria para desarrollar las actividades que conforman el proceso
- ✓ Actividades: Conjunto de transformaciones (Actividades) que se llevan a cabo sobre la entrada del proceso
- ✓ Clientes/Salidas: Corresponden a las entradas procesadas
- ✓ Mecanismos de Seguimiento: Actividades realizadas para el seguimiento al desarrollo del proceso
- ✓ Indicadores: Herramienta que permite conocer el desempeño del proceso y los logros alcanzados
- ✓ Recursos: Referencia los recursos básicos para que el proceso desarrolle sus actividades
- ✓ Documentos: Corresponde a información interna o externa necesaria para el desarrollo de actividades
- ✓ Requisitos Legales: Corresponde a documentos prescritos por ley, en los cuales se debe basar el desarrollo del proceso
- ✓ Requisitos ISO 9001: Hace referencia a los requisitos de la norma que le aplican en forma general y específica al proceso.

Con base en la información suministrada por la asesora, la colaboración de los líderes y el personal de cada uno de los procesos, se documentaron las caracterizaciones durante reuniones periódicas realizadas con los responsables de suministrar la información para levantar dichos documentos. Las caracterizaciones de los procesos de la Clínica Piedecuesta se presentan en el ANEXO B del presente proyecto.

6.6. INDICADORES DE GESTIÓN

Como en cada una de las caracterizaciones se definieron los indicadores de cada proceso, se elaboraron también las fichas de dichos indicadores asignándoles un código según la sigla del proceso y el consecutivo del indicador. Para la elaboración de las fichas la asesora Genny Martínez, facilitó los ítems que estas debían llevar para que la autora procediera a diseñarlas.

Se creó un libro en Excel donde se organizaron las fichas por proceso y siguiendo el consecutivo. En la figura 6 podemos ver un ejemplo de ficha Indicador Nivel de gestión general perteneciente al proceso mejora continua.

Figura 6. Ficha indicador MC-01 Nivel de satisfacción general

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	INDICADOR							CODIGO
2	Nivel de satisfacción general							MC-01
3	PROCESO							
4	MEJORA CONTINUA							
5	FORMULA DE CALCULO							
6	No. clientes satisfechos*100							
7	No. Clientes encuestados							
8	RESPONSABLE DEL ANALISIS DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR							
9	Director Administrativo y financiero							
10	FUENTE DE LA INFORMACIÓN							
11	ENCARGADO DE RECOLECCION DE INFORMACION							
12	Jefes de areas							
13	FUENTE PRIMARIA DE LA INFORMACIÓN							
14	NUMERADOR	Encuesta de Satisfacción						
15	DENOMINADOR	Encuesta de Satisfacción						
16	META PREVISTA							
17	80%							
18	RANGO DE GESTIÓN							
19	SOBRESALIENTE: Mayor al 80%							
20	ACEPTABLE: Entre el 70% y 80%							
21	NO CUMPLIDO: Menor al 70%							
22	PERIODICIDAD							
23	Trimestral							
24	NIVEL DE DESAGREGACIÓN							
25	Ninguno							

Fuente: Autora del proyecto

Como el Gerente de la institución determinó que todos los indicadores de obligatorio reporte a la Supersalud debían estar dentro del sistema de gestión de calidad, se hizo la ficha de estos indicadores pero utilizando la codificación establecida en la Circular 030 de 2006.

En la siguiente figura se presenta la ficha elaborada para el indicador PROPORCION DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS con código I.3.3.0:

Figura 7. Ficha indicador I.3.3.0. Proporción de vigilancia de eventos adversos

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	INDICADOR							CODIGO
2	Proporción de vigilancia de eventos adversos							I.3.3.0
3	PROCESO							
4	MEJORA CONTINUA							
5	FORMULA DE CALCULO							
6	$\frac{\text{Numero Total de Eventos Adversos Detectados Gestionados}}{\text{Número total de eventos adversos Detectados}}$							
7								
8	RESPONSABLE DEL ANALISIS DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR							
9	Gerente							
10	FUENTE DE LA INFORMACIÓN							
11	ENCARGADO DE RECOLECCION DE INFORMACION							
12	Jefes de area							
13	FUENTE PRIMARIA DE LA INFORMACIÓN							
14	NUMERADOR	FO-MC-13 REPORTE INMEDIATO DE EVENTOS ADVERSOS						
15	DENOMINADOR	FO-MC-13 REPORTE INMEDIATO DE EVENTOS ADVERSOS						
16	META PREVISTA							
17	90%							
18	RANGO DE GESTIÓN							
19	SOBRESALIENTE: Mayor de 90%							
20	ACEPTABLE: Entre 80% y 90%							
21	NO CUMPLIDO: Menor de 80%							
22	PERIODICIDAD							
23	Semestral							
24	NIVEL DE DESAGREGACIÓN							
25	Ninguno							

Fuente: Autora del proyecto

En total se realizaron 32 fichas (una por cada indicador), de las cuales 14 corresponden a los indicadores de obligatorio seguimiento y reporte.

Las demás, pertenecen a indicadores generados por la necesidad de medición de los procesos y el cumplimiento de la ISO 9001:2000. Estas fichas de indicadores se incorporan al presente documento en el ANEXO C.

7. DOCUMENTACIÓN

El sistema documental a parte de cumplir con un requisito exigido por la norma, es el primer paso para la estandarización. Los documentos son una herramienta para la comunicación y transmisión de información, aportan evidencia de que lo planificado se ha llevado a cabo realmente y permiten compartir conocimientos.

En la Clínica Piedecuesta, luego del direccionamiento estratégico, el Gerente y la Facilitadora de calidad definieron los tipos de documentos que se manejarían dentro del sistema de gestión de calidad de la institución y se presentan a continuación en su orden jerárquico: Manuales, Procedimientos, Protocolos, Instructivos, Guías de atención, Formatos y Sistemas de información.

Los protocolos y las guías de atención son documentos especiales en el sector salud y aplican únicamente a los procesos asistenciales o prioritarios.

Luego que se determinaron los tipos de documentos, se inició la documentación de cada uno de los procesos según la planificación del sistema de gestión de calidad. Para lograr este objetivo, se hicieron reuniones con los líderes de procesos quienes eran los encargados de facilitar la información para el levantamiento de los documentos.

Toda la documentación levantada durante esta etapa fue realizada bajo la asesoría de la Ing. Genny Martínez y bajo la revisión de la Ingeniera Bertha García.

A medida que se iba levantando la documentación se iban generando los listados maestros de documentos internos, externos y de registros los cuales se muestran en el ANEXO D.

Para verificar el cumplimiento de la normatividad del sector salud, a medida que se iban generando los documentos en cada proceso, la autora del proyecto iba actualizando el documento llamado *Matriz de requisitos legales* en el cual se revisaba el cumplimiento de cada requerimiento aplicable a dicho proceso.

En las figuras 8 y 9 podemos observar, por ejemplo, el chequeo que se hizo en la resolución 1995 de 1999 que establece el manejo de historias clínicas y en la resolución 1403 de 2007 que determina el modelo de gestión del servicio farmacéutico.

Figura 8. Matriz de requisitos legales (Resolución 1403 de 2007)

	A	B	C	D	E
114	ARTÍCULO 17.- SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. Es una herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño del servicio farmacéutico, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a su cargo, la cual está enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de las organizaciones a que pertenece el servicio. El Sistema de Gestión de la Calidad adoptará en cada servicio un enfoque basado en los procesos que ofrezca y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios del mismo.	X			
115	Todo servicio farmacéutico, establecimiento farmacéutico o persona autorizada, tendrá la responsabilidad de desarrollar, implementar, mantener, revisar y perfeccionar el Sistema de Gestión de la Calidad de conformidad con los Decretos 2200 de 2005 y 1011 de 2006 o las normas que los adicionen, modifiquen o sustituyan, la presente resolución y el manual que adopta y demás normas vigentes sobre la materia, en el que se deberá identificar como mínimo:	X			
116	1. Estructura interna y las principales funciones.	X			
117	2. Usuarios, destinatarios o beneficiarios de los servicios que presta y el nivel de satisfacción acerca de las funciones a cargo del servicio y la calidad del mismo.	X			
118	3. Proveedores de materias primas, medicamentos y dispositivos médicos.	X			
119	4. Procesos propios del servicio farmacéutico que se efectúen de acuerdo con los procedimientos documentados, realizando el seguimiento, análisis y la medición de estos procesos.	X			
120	5. Procesos estratégicos y críticos del servicio que resulten determinantes de la calidad, su secuencia e interacción, con base en criterios técnicos previamente definidos.	X			
121	6. Criterios y métodos necesarios para asegurar que estos procesos sean eficaces tanto en su operación como en su control.	X			
122	7. Puntos de control sobre los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia o que generen un impacto considerable en la satisfacción de las necesidades y expectativas de calidad de los usuarios, beneficiarios o destinatarios, con la participación de las personas y/o responsables de cada una de las actividades y/o procesos del servicio.	X			

Fuente: Autora

Figura 9. Matriz de requisitos legales (Resolución 1995 de 1999)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
16	ARTICULO 3. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.									
17	Las características básicas son:	C	NC	OBSERVACIONES						
18	Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.	X								
19	Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.	X								
20	Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.	X								
21	Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.	X								
22	Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.	X								
23	ARTICULO 4. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.	C	NC	OBSERVACIONES						
24	Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.	X								
25	CAPITULO II									
26	ARTICULO 5. GENERALIDADES.	C	NC	OBSERVACIONES						
27	La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.		X	En ocasiones se dejan espacios en blanco y se utiliza corrector						
28	ARTICULO 6. APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.	C	NC	OBSERVACIONES						
29	Todo prestador de servicios de salud que atienda por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica.	X								

Fuente: Autora

En esta etapa del proyecto se generó un atraso considerable con respecto a la planificación de calidad debido a las siguientes razones:

1. La clínica fue vendida a otros accionistas, lo que generó cambios internos que afectaron el sistema: Cambio de Gerente, de puestos de trabajo y de personal.
2. Nuevas contrataciones que demandaban más documentos y controles que hicieron de esta etapa más extensa de lo que se pensaba. Se hizo una contratación a través del modelo de capitación la cual requiere más controles que la hecha a través del modelo por evento.
3. La falta de tiempo del personal responsable del suministro de información para creación de los documentos: Debido a que la Institución no tenía dinero para tener jefe en cada servicio, solo una persona, la Enfermera Jefe debía encargarse de los procesos de urgencias, hospitalización y consulta externa al mismo tiempo que debía atender los asuntos de la documentación e implementación del sistema.
4. Las necesidades de documentación propias de las instituciones de salud, demandaron gran cantidad de tiempo pero que era necesario hacer con el fin de cumplir con los requisitos legales y de contratación.

7.1. DOCUMENTOS OBLIGATORIOS

El primer procedimiento documentado donde se definen los parámetros que debe contener la documentación con el fin de estandarizar los procesos que la integran fue el *Procedimiento para el control de documentos y registros*.

Este procedimiento aplica para todos los documentos establecidos en el sistema documental.

Para facilitar la documentación de los procesos la autora con la ayuda de la consultora realizó una plantilla para la elaboración de documentos.

Continuando con los documentos obligatorios, se desarrolla un documento que define la metodología para la identificación, registro y tratamiento de los servicios que incumplen con una o varias de sus características, *el Procedimiento para el control del servicio no conforme y eventos adversos*.

Pero, para poder identificar un servicio no conforme primero había que establecer las características de cada servicio, se tomaron como base las establecidas en el sistema obligatorio de garantía de la calidad (Decreto 1011 de 2006). A saber: Accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

Para que el personal médico y de enfermería pudiera identificar más fácil los eventos adversos se hizo un listado el cual se incluyó dentro del procedimiento de servicios no conformes y eventos adversos.

El siguiente procedimiento a describir es aquel donde se establece la metodología para planificar, realizar y documentar las Auditorías Internas de Calidad, con el fin de verificar la conformidad con los requisitos de la NTC ISO 9001 es el *procedimiento de auditorías internas*, el cual aplica para todos los procesos de la Clínica Piedecuesta S.A.

Aunque este documento se hizo inicialmente para cumplir con lo establecido en la NTC ISO 9001, también aplica para dar cumplimiento al PAMEC

(Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud) ya que dentro de los documentos de cada proceso prioritario, están definidas las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en Salud como características del proceso, esto simplifica el trabajo de la institución pues fusiona ambos sistemas en pro de la mejora continua de los procesos.

Por último, está el procedimiento de acciones correctivas y preventivas el cual establece la metodología para identificar, analizar y eliminar las causas de las No conformidades reales y potenciales detectadas en el Sistema de Gestión de la Calidad de la Clínica Piedecuesta S.A., que a diferencia de los sistemas de gestión de calidad de otros sectores, también pueden detectar oportunidades de mejora a través de las auditorías externas realizadas por las entidades con las que tiene contratados los servicios.

Los cuatro procedimientos anteriormente nombrados se incorporan al presente documento en el ANEXO E.

7.2. DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS

La documentación a elaborarse en los procesos del sistema de gestión de calidad, se estableció a partir de los documentos existentes en la institución, de los requisitos de la norma ISO 9001:2000 y de la revisión de la documentación exigida en las normas legales de las instituciones de salud.

Toda la documentación existente se revisó en cuanto a su contenido y aplicación dentro de la institución, así mismo, esta documentación tuvo que ser ajustada a los parámetros establecidos para la presentación, elaboración y control de documentación.

En todos los procesos se documentó un procedimiento que describía las actividades generales. Para los procesos asistenciales se levantaron dos tipos de documentos especiales, protocolos y guías médicas, los cuales se diferenciaban por su flexibilidad de aplicación, ya que los protocolos son de estricto cumplimiento por parte del personal asistencial, mientras que las guías, como su mismo nombre lo dice, guían al personal en la definición del plan de tratamiento del paciente.

A medida que se iban documentando los procesos, se daba la necesidad de generar nuevos registros o mejorar los existentes y de darles la grafía establecida en el procedimiento para el control de documentos.

Los registros institucionales permitirían facilitar la recolección de la información de entrada para el cálculo de indicadores, mejorar la comunicación e información manejada al interior de la clínica y proporcionar evidencia de la realización de actividades para poder hacerles seguimiento.

Para elaborar los registros había que tener en cuenta la minimización de los costos y del tiempo de diligenciamiento, para esto la facilitadora de calidad y los jefes de procesos ajustaron los formatos para que fueran fáciles de entender y diligenciar por parte del personal de los diferentes servicios.

Cuando un documento, ya fuera formato o protocolo, aplicaba a más de un proceso, se clasificaba como ASISTENCIAL GENERAL (AG). Por ejemplo: el formato de Fórmula médica y el de Solicitud de exámenes.

Todos los procedimientos documentados en los procesos asistenciales y de apoyo diagnóstico y terapéutico, se muestran en el ANEXO F

A continuación se presenta un breve resumen del trabajo realizado por la facilitadora de calidad en la etapa de documentación. Los numerales que aparecen dentro del paréntesis son los correspondientes a los requisitos específicos de la NTC ISO 9001 aplicables a cada proceso y establecidos en las caracterizaciones:

- **Laboratorio Clínico ((6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 8.2.4, 8.3)**

En este proceso se estableció la metodología para recibir las órdenes de laboratorio, realizar el análisis de muestras y elaborar los informes a partir del *procedimiento de laboratorio clínico*.

Los formatos establecidos se modificaron y se normalizaron, también se crearon otros imprescindibles para la recolección de información para indicadores.

Aunque en la Clínica Piedecuesta, la realización de transfusiones es infrecuente, se determinó el *procedimiento de servicio transfusional* quedando esta documentación dentro del proceso laboratorio clínico.

- **Consulta Externa(6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 8.2.4, 8.3)**

Este fue uno de los procesos más prolongado en documentar, debido a la falta de Jefe de área que apoyara al facilitador. También porque se generaron cambios debido la unión temporal de la Clínica Piedecuesta

con la Clínica Chicamocha, pues se contrató por capitación, los servicios de consulta de médica especializada con la entidad SOLSALUD EPS.

El *procedimiento de consulta externa* incluye: verificación de derechos, orden de atención, asignación de cita, consulta primera vez, consulta de control y recolección de información para el cobro de los servicios.

Las actividades de Promoción y Prevención y odontología que realiza la clínica también quedaron incluidas dentro del *procedimiento de consulta externa*.

- **Urgencias (6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 8.2.4, 8.3)**

Este es uno de los procesos más importantes dentro de la institución pues genera mayor demanda por parte de los usuarios.

El *procedimiento de urgencias* describe las actividades de admisión, valoración médica y tratamiento brindado a un paciente que ingresa por este servicio. Los formatos y protocolos derivados de este procedimiento son asistenciales generales.

También se documentaron las guías de atención de las diez principales patologías de consulta.

- **Farmacia (6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 8.2.4, 8.3)**

Inicialmente este proceso se había considerado como externo ya que la Farmacia que estaba dentro de la institución le pertenecía a SERVIR S.A. A raíz del cambio de accionistas, el servicio farmacéutico fue comprado por la Clínica Piedecuesta. Entonces debía controlarse como proceso de apoyo y no como proveedor. Este cambio también aumentó el tiempo en la realización de la documentación.

Las actividades de almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos en el área de farmacia; la dispensación de medicamentos y dispositivos médicos a clientes externos y el suministro de medicamentos y dispositivos médicos a servicios internos de la clínica, están establecidos y controlados a través del *procedimiento para el control del servicio farmacéutico*.

También se incluyó dentro del control de registros los formatos externos RECETARIO OFICIAL e INFORME DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL instituidos por la Secretaria de salud del departamento.

Como referencia se tuvieron el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 478 de 2005 requisitos legales aplicables a este proceso.

- **Cirugía (6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 8.2.4, 8.3)**

En este proceso se estableció el *procedimiento de cirugía* el cual constituye las actividades de ingreso y programación, preparación del paciente, realización de la cirugía y recuperación. También incluye las

actividades necesarias para la asepsia y antisepsia de áreas e instrumentos.

Otro de los documentos importantes de este proceso es el Manual de Esterilización que contiene todos los requerimientos de la Resolución 2183 de 2004 su finalidad es evitar infecciones nosocomiales a través de la capacitación del personal de enfermería en el manejo de la central de esterilización de la institución.

El *protocolo para el lavado quirúrgico de manos* se documentó exclusivamente para este proceso.

- **Hospitalización (6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 8.2.4, 8.3)**

El documento principal de este proceso es el *Procedimiento de hospitalización*, este incluye también los controles de la sala de partos.

El *protocolo de atención en ginecobstetricia* y los formatos de este servicio, aunque ya estaban documentados se ajustaron a fin de darle cumplimiento a lo establecido en el Procedimiento para el control de documentos y registros.

- **Terapias (6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 8.2.4, 8.3)**

En este proceso no existía documento que controlara el proceso. El procedimiento de terapias que se documentó establece las actividades de

asignación de cita, valoración del paciente, desarrollo del plan terapéutico y entrega de documentación para el cobro de las terapias. Aplica para las terapias físicas, ocupacionales y de lenguaje realizadas en la institución. Los formatos establecidos fueron: *Programación de terapias*, el cual era nuevo en el proceso; y *evolución* en el cual se registraban los tratamientos realizados a los pacientes.

- **Imágenes diagnosticas (6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 8.2.4, 8.3)**

En este proceso se levantó el documento que establece la metodología para controlar de toma de estudios de apoyo diagnóstico para los servicios de la Clínica Piedecuesta s.a., aplica para pacientes ambulatorios y de urgencias.

- **Talento humano (6.2)**

En este proceso se desarrolló el procedimiento para la gestión del talento humano cuyo objetivo es establecer la metodología para seleccionar, contratar, evaluar y brindar formación al personal de la Clínica Piedecuesta S.A. asegurando se mantengan las competencias basadas en la educación, formación, habilidades y experiencias definidas para cada cargo de la institución.

Además, se actualizaron el organigrama institucional y el Manual de funciones y perfiles de los cargos.

Todos los formatos generados en este proceso fueron una novedad ya que la institución no tenía preestablecido ningún formato aplicado a la gestión de personal.

- **Gestión de convenios (7.2.1, 7.2.2 , 7.2.3)**

En las empresas de salud hay dos tipos de clientes externos: los clientes institucionales que son las empresas con las que se contratan los servicios y los usuarios de estas empresas que son quienes reciben directamente la atención.

Es por esto que se estableció la metodología para identificar, revisar y aprobar los requisitos de los convenios que realice la institución en el procedimiento para la gestión de convenios. En este documento también se determinan disposiciones para la comunicación con los clientes institucionales (¿qué se comunica, cómo y quién?).

La creación del formato *Evaluación de la satisfacción de los clientes institucionales* provee a la gerencia información respecto al cumplimiento de los requisitos de los contratos, y el de *Requisito de los clientes* nos ayuda a comparar los servicios que la clínica tiene habilitados con los servicios solicitados por las EAPB.

- **Gestión administrativa y financiera (6.1, 7.4.)**

El proceso de gestión administrativa y financiera es el encargado de administrar los recursos de la institución, lo conforman las áreas de facturación, contabilidad y compras.

El procedimiento de gestión administrativa y financiera describe la metodología para la facturación de los servicios, el control de las glosas, la gestión de cartera, presupuestos de la institución y el manejo de la caja. En esta área no se crearon formatos, pero sí se normalizaron los existentes.

El procedimiento de compras establece la metodología para evaluar, seleccionar y reevaluar los proveedores de productos y servicios de la Clínica Piedecuesta. Los formatos derivados de este procedimiento todos fueron creados ya que no existía ningún tipo de control sobre los proveedores institucionales, excepto por el *Acta de recepción de medicamentos* creada como mecanismo de cumplimiento al Decreto 1403 de 2007 y con el fin de verificar las condiciones de los medicamentos y dispositivos médicos entregados por el proveedor.

- **Mantenimiento (6.3, 7.5.1c, 7.6)**

Para levantar los documentos y formatos de este proceso, se tuvo en cuenta, además, los estándares mínimos que deben cumplir las instituciones de salud respecto de las Instalaciones físicas, dotación y mantenimiento. También se hizo la clasificación orientada al riesgo de los equipos biomédicos con el fin de tener un criterio para establecer la prioridad del mantenimiento de los equipos en cada uno de los servicios.

Se determinaron los formatos hoja de vida de equipos, listado de equipos médicos, cronograma de mantenimiento y reporte de mantenimiento.

- **Mejoramiento continuo (7.2.3, 8.1, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.5, 8.5.2, 8.5.3)**

Los documentos obligatorios de la NTC ISO: 9001 y los formatos que de estos generan son los documentos correspondientes a este proceso. También se incluyeron los registros correspondientes a la retroalimentación con el cliente: encuestas de satisfacción, quejas y reclamos

- **Direccionamiento estratégico (5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6)**

El procedimiento correspondiente a este proceso fue el último en ser documentado ya que se refiere a la revisión periódica que la alta dirección le debe hacer al sistema de gestión de calidad.

El Informe de revisión por la dirección abarca: cumplimiento de objetivos de calidad y de procesos, revisión de la política de calidad, resultados de auditorías internas, resumen de encuestas de satisfacción tanto de clientes institucionales como de usuarios, hallazgos del buzón de sugerencias, gestión de reclamos y reclamos, informe de servicios no conformes y eventos adversos presentados, estado de las acciones correctivas y preventivas, cumplimiento del plan de acción de revisiones anteriores, cambios que podrían afectar al sistema de gestión de calidad, recomendaciones para la mejora y el plan de acción para la mejora.

7.3. MANUAL DE CALIDAD

Es el principal documento ya que tiene como objetivo general describir el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2000 en el SGC implementado en la Clínica Piedecuesta S.A. Contiene los siguientes ítems:

- Objetivo
- Alcance del Manual
- Definiciones
- Alcance del SGC
- Reseña de la Organización
- Estructura de la organización
- Estructura documental
- Direccionamiento estratégico
- Procesos del sistema de gestión de calidad
- Enlace de requisitos
- Registros
- Referencias

El Manual de Calidad se la Clínica Piedecuesta se presenta en el ANEXO G.

8. IMPLEMENTACIÓN

En esta etapa del proyecto se aplicaron en la institución las disposiciones que fueron acordadas para dar cumplimiento a los requisitos de la norma ISO 9001, la mayoría de ellas establecidas en procedimientos documentados, también se ejecutaron todas las actividades planificadas para hacerle seguimiento y medición a los procesos.

Durante esta etapa ocurrió lo que se podría considerar, el evento más significativo que provocó la dilatación en el tiempo de duración del presente proyecto: el cambio de socios de la institución que tuvo lugar en los últimos meses del año 2008. Los ahora accionistas contrataron un nuevo Gerente, que inició una serie de cambios internos que influyeron en todo el sistema de gestión de calidad. Estos cambios debieron ser tomados en cuenta por la facilitadora de calidad para la revalidación de los procesos hasta el momento socializados y para la revisión de los que faltaban por implementar.

Dentro de los cambios identificados encontramos: nuevos puestos de trabajo, modificaciones en la estructura organizacional, mejoras en la infraestructura y equipos, cambios en la metodología de trabajo. Para que el sistema de gestión continuara con su proceso de implementación, se actualizaron los documentos que se vieron afectados por estas modificaciones y se retroalimentaron nuevamente con personal.

8.1. APLICACIÓN DE DOCUMENTOS

A medida que se iban documentando los procesos en la Clínica Piedecuesta se iban implementando con las personas que intervenían en cada una de las actividades. Para esto, la facilitadora de calidad realizaba un plan de implementación que incluía las actividades a realizar, responsable, fecha de entrega y seguimiento. Este plan era entregado a los líderes de procesos y sus colaboradores en las reuniones programadas con el fin de dar a conocer los documentos correspondientes a los responsables de implementarlos.

Para asegurar que todo el personal que interviniera en los procesos conociera los documentos, se programaron reuniones en las que la facilitadora de calidad y el líder del proceso socializaron el plan de implementación y los documentos del sistema de gestión de calidad aplicables al personal de cada una de las áreas.

Los procesos en los que fue más difícil desarrollar las actividades de implementación fueron los asistenciales, debido a varias razones, que menciono a continuación:

- Inicialmente solo había un jefe de enfermería quien debía responder por los servicios consulta externa, urgencias y hospitalización, esta pesada carga laboral impedía a esta persona dedicar el tiempo suficiente para desarrollar las nuevas actividades que acarrearía el ser líder de estos procesos ante el sistema de gestión de calidad.
- El personal médico y de enfermería que trabaja en el área de urgencias de la institución trabaja en dos turnos, lo que hizo difícil la socialización y

el seguimiento de la aplicación de los documentos por parte de la Jefe de enfermería quien solo trabajaba en el turno de día.

- La alta rotación de personal, absorbía mucho tiempo en nuevas actividades de capacitación y sensibilización.
- La constante resistencia por parte del personal de estos procesos a la implementación de actividades de control y medición en la prestación del servicio.
- La poca colaboración del personal para el registro de servicios no conformes, quejas y reclamos y encuestas de satisfacción del usuario

Con la puesta en marcha del sistema de gestión de calidad, se dio inicio al tratamiento de servicios no conformes, así como a la implementación de acciones correctivas y preventivas, pero como el personal siempre estuvo reacio a los cambios solo se registraron y trataron los servicios no conformes hasta después de la auditoría interna de calidad.

Con respecto a las acciones correctivas, únicamente dos procesos tenían documentadas acciones antes de la auditoría, evidenciando poca cultura de registro por parte del personal.

Para superar estas barreras, se tuvo que hacer capacitación y seguimiento constante con el fin de generar una cultura de registro y participación en las mejoras.

Esta etapa fue muy beneficiosa para la clínica, ya que se detectaron problemas, que si bien existían, no habían sido reconocidos ni tratados, y algunos otros que aunque identificados, no habían sido solucionados, debido a la falta de seguimiento.

Las no conformidades se identificaron a través de la información registrada en la auditoría interna y la recopilada en los siguientes formatos: Registro del servicio no conforme, Reporte inmediato de eventos adversos, quejas y reclamos y encuestas de satisfacción al usuario.

Aunque fue una etapa de gran actividad y de consecución de muchos beneficios, también significó un arduo trabajo ya que se evidenció la resistencia al cambio y la indisciplina, lo que se reflejó en el incumplimiento y por consiguiente demora en la implementación de las acciones de mejora establecidas.

8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE PROCESOS

El seguimiento y medición hace referencia a las actividades realizadas para rastrear que se esté cumpliendo con lo planificado y al cálculo de los indicadores de calidad, definidos en cada uno de los procesos con miras a evaluar su desempeño.

Como en la institución se venían calculando los indicadores de obligatorio reporte a la Superintendencia Nacional de Salud (SuperSalud), se hizo más sencilla la recopilación de dicha información en los procesos prioritarios. En tanto que en los demás procesos fue difícil, ya que no existía una cultura de medición sobre todo por desconocimiento del personal en el cálculo e interpretación de indicadores.

Para poder facilitar la labor de medición de los procesos, la estudiante en práctica capacitó al personal responsable de la recopilación de información, en el uso de herramientas que pudieran utilizar para el cálculo de los indicadores, tales como manejo tablas en Excel y la aplicación de funciones que facilitaran el cálculo de dichos indicadores.

Pero estas herramientas no se podían utilizar en todos los procesos ya que habían servicios que no contaban con equipos de computo por lo que su sistema de recolección de información era basado en la evidencia física, por ejemplo, en el servicio de hospitalización para calcular el número de pacientes hospitalizados deben contar uno por uno los paciente registrados en el libro diario de registro para saber el total de hospitalizados durante un periodo determinado de tiempo.

En la medición de procesos el principal obstáculo presentado fue la recolección nula o incompleta de la información para el cálculo de los indicadores por parte del personal responsable. Se solicitó entonces la intervención de la alta dirección para mejorar el compromiso del personal encargado de esta actividad y se brindó capacitación acerca de la importancia de los indicadores para la toma de decisiones.

A continuación se presentan algunos ejemplos de las mediciones realizadas:

Figura 10. Oportunidad en la asignación de citas (días)

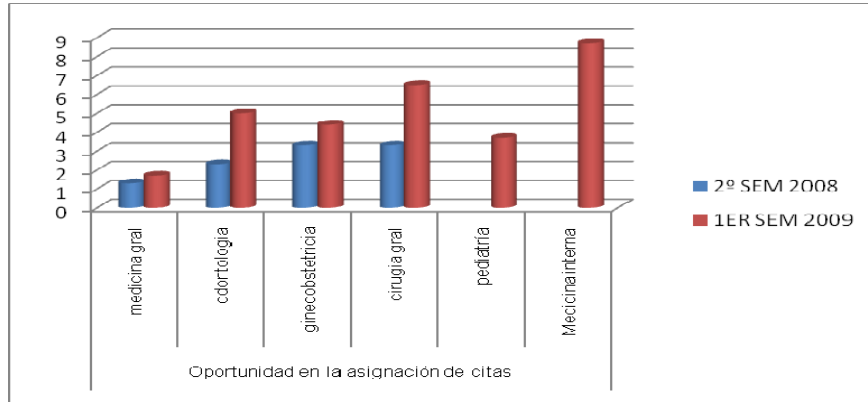


Figura 11. Oportunidad en la atención (min)

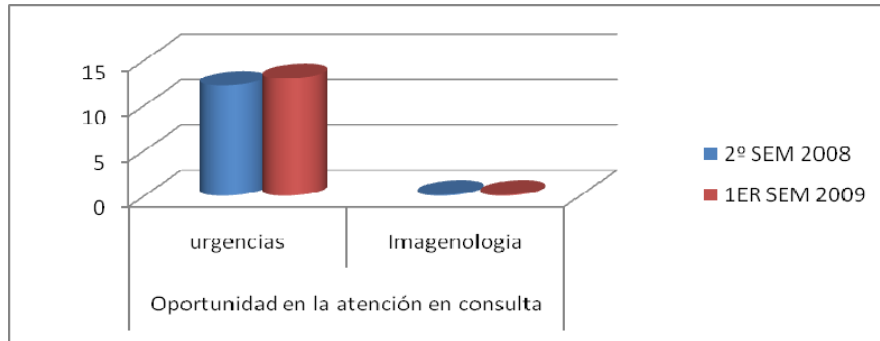


Figura 12. Proporción de cancelación de cirugía programada (%)

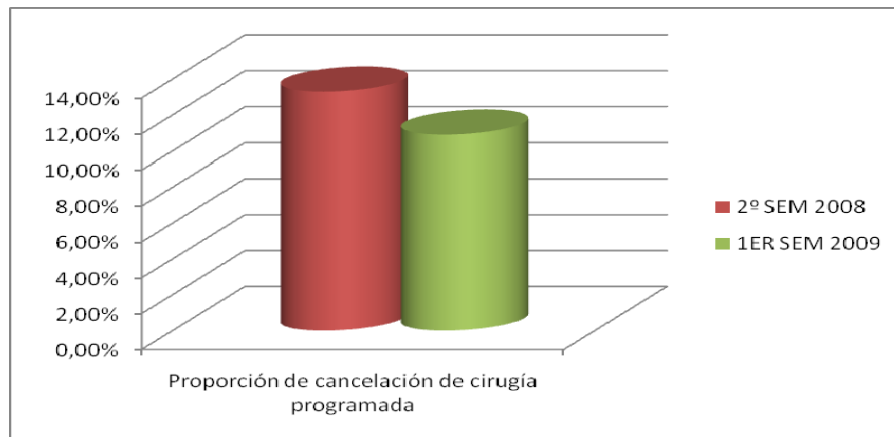


Figura 13. Nivel de satisfacción general

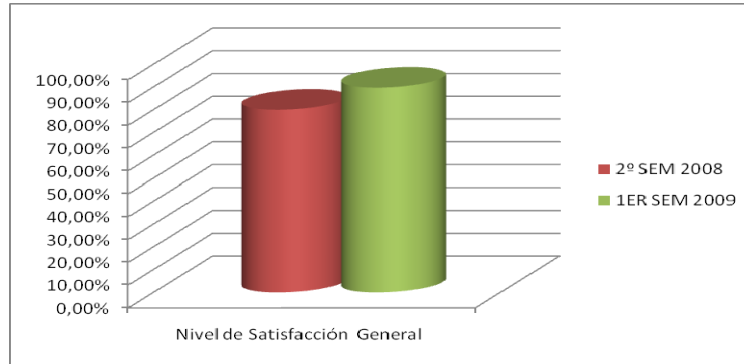


Figura 14. Nivel de gestión de quejas y reclamos

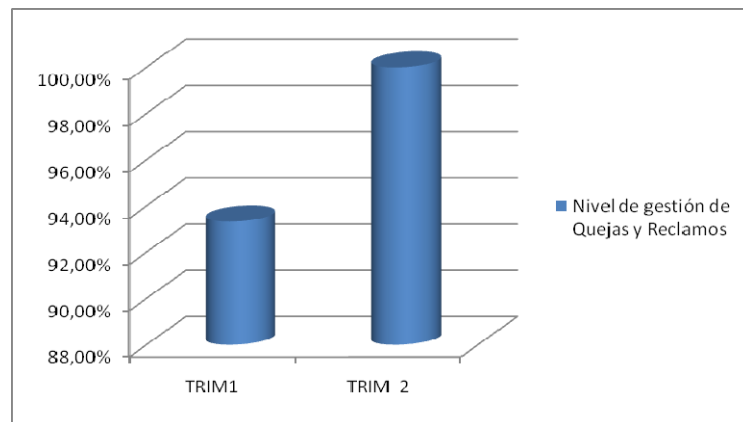
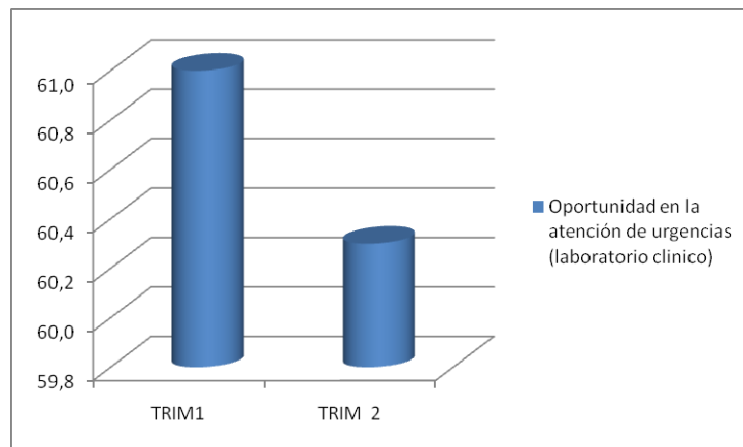


Figura 15. Oportunidad en la atención de urgencias en el laboratorio clínico (min)



Además, en la clínica se contaba con comités institucionales creados para dar cumplimiento a la normatividad del sector, pero que a partir de la implementación del sistema de gestión de calidad se utilizaban como herramienta para el seguimiento de los servicios.

Los comités institucionales son:

1. COMITÉ DE CALIDAD
2. COVE (COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA)
3. COMITÉ DE INFECCIONES
4. COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA
5. COPASO (COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL)
6. COMITÉ AMBIENTAL
7. COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS
8. COMITÉ TRANSFUSIONAL

Dentro de estos comités se analizaban las diferentes situaciones que se hubiesen presentado durante un determinado periodo, se tomaban decisiones para la mejora de los servicios y se dejaban compromisos a cumplir por parte de los integrantes, los cuales verificaban el cumplimiento de las tareas en el siguiente comité. Inicialmente, el funcionamiento de estos comités era casi nulo, pero luego de la auditoría interna se vió la necesidad de retomar las actividades en pro de la mejora de los servicios asistenciales.

9. CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

Dentro del desarrollo del proyecto, la capacitación fue un factor muy importante ya que a través de ésta se impartieron los conocimientos para que el personal comprendiera el sistema de gestión de calidad y de esa forma, participara en su diseño e implementación.

El personal que recibió mayor tiempo y dedicación para su capacitación fueron los líderes de proceso, quienes como jefes o coordinadores de los servicios, tenían la responsabilidad de divulgar y capacitar a las personas involucradas, en las nuevas metodologías, registros, controles, seguimientos, entre otros, establecidos con la puesta en marcha del sistema de gestión de calidad en la Clínica Piedecuesta.

Uno de los aspectos más difíciles de controlar en las actividades de capacitación, fue asegurar la asistencia del personal, ya que para muchos estas reuniones representaban un gasto de tiempo valioso que podía invertir en el desarrollo de sus funciones. Para superar este impedimento se requirió bastante apoyo por parte de la Gerencia.

Se realizó un cronograma de capacitaciones el cual se iba actualizando según las necesidades de capacitación. Además, durante las capacitaciones se guardaron registros de la asistencia del personal en los formatos FO-TH-01 LISTADOS DE ASISTENTES.

Aunque en la planificación del sistema de gestión de calidad se programó un curso de auditor interno, este no se desarrolló debido a que la institución a la adeudaba al grupo consultor varios meses de asesorías para esa fecha.

En lo que concierne a los demás temas de capacitación, sí se pudieron realizar y se ejecutaron de diferentes maneras:

1. *Con todo el personal:*

- Sensibilización
- Principios de la gestión de la calidad.
- Requisitos NTC ISO 9001:2000
- Política y objetivos de calidad
- Gestión por procesos
- Control de documentos y registros
- Registro y tratamiento del servicio no conforme y eventos adversos
- Acciones correctivas y preventivas

El cronograma de capacitaciones y los listados de asistencia a las actividades de sensibilización y capacitación se presentan en el anexo H.

2. *Con el personal de un área determinada:*

- Explicación del los requisitos de la Norma ISO 9001 aplicables específicamente a sus procesos.
- Capacitación para la implementación de documentos y registros

3. *Con los líderes de procesos:*

- Encuestas de satisfacción al cliente
- Manejo de quejas y reclamos

- Indicadores de procesos
- Diligenciamiento de registros
- Aplicación de Protocolos de enfermería y guías de atención.

Las capacitaciones basadas en la ISO 9001 enfocadas hacia todo el personal eran desarrolladas por la Directora de Concalidad Bertha García o por la consultora de la Clínica Piedecuesta Genny Martínez. Cuando se trataba de capacitar a los líderes de procesos y a sus colaboradores era la facilitadora de calidad quien realizaba dichas capacitaciones.

Otras de las capacitaciones realizadas fueron las programadas con el fin de mejorar la competencia del personal. Este tipo de capacitaciones eran efectuadas fuera de ella, por expertos técnicos en los respectivos temas:

- Interacción del personal en actividades lúdicas para disminuir el estrés
- Manejo del accidente rábico
- Manejo del software NEURON
- Mejoramiento de la calidad de los registros de la Historia Clínica
- Capacitación del personal en el PEGIR
- Capacitación técnica en el tratamiento y notificación de accidentes rábicos.
- Actualización de nuevas normas de limpieza y descontaminación
- Atención y prevención de contagio de la INFLUENZA TIPO AH1N1
- Beneficios de la higiene postural
- Infusión de alfa-glucosamida en pacientes con enfermedad de Pompe.
- Nuevas resoluciones que afectaran la prestación de los servicios.

Las actividades de capacitación y sensibilización desarrolladas fomentaron en el personal la importancia, los beneficios y las implicaciones de trabajar

bajo la cultura de mejoramiento continuo para ofrecer servicios que los usuarios perciban como de alta calidad. Así mismo, se dio el conocimiento para que las personas se involucraran en el proyecto y se iniciara un cambio cultural dentro de la organización, cambio que sería un gran reto dispuesto a asumir por el personal con el fin de recibir la certificación del sistema de gestión de Calidad.

10. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Para evaluar el grado de cumplimiento del sistema de gestión de calidad implementado en la Clínica Piedecuesta respecto de los requisitos determinados en al NTC ISO 9001:2000, lo planificado en la documentación existente y lo determinado en las disposiciones legales para las IPS, se realizó una auditoría interna la cual fue planificada, comunicada, desarrollada y documentada por la autora del proyecto.

Además, el representante de la Dirección, bajo el cargo de Director Administrativo y financiero, realizó la revisión por la dirección a fin de dar cumplimiento al requisito 5.6 de la NTC ISO 9001 y verificar la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de calidad.

Luego de la auditoría interna realizada por la estudiante en práctica, el Director administrativo y financiero de la institución decidió solicitar preauditoría con el ente certificador SGS para conocer el estado del sistema de gestión de calidad. De ahí que el alcance del presente proyecto se redujo de dos auditorías internas a una auditoría interna (previa aprobación del comité de proyectos de grado).

10.1. AUDITORÍA INTERNA

Al finalizar la documentación e implementación de los procesos, se presentó la siguiente situación que ocasionó que la auditoría interna se aplazara: La institución dejó de realizar los pagos a las consultoras de Concalidad y por

esta circunstancia el grupo asesor suspendió las actividades de acompañamiento.

No obstante, las Ingenieras Bertha García y Genny Martínez nunca desampararon a la estudiante en práctica y aportaron información valiosa a la autora para que pudiera realizar la auditoría interna en la institución.

La auditoría interna se desarrolló según lo determinado en el procedimiento de auditorías internas de la institución.

10.1.1. Planificación de la auditoría

La planificación de la auditoría interna del sistema de gestión de calidad, se hizo de tal manera que incluyera todos los procesos de la Clínica Piedecuesta (alcance).

El objetivo de la auditoría fue determinar la conformidad del sistema con los requisitos establecido en la norma ISO 9001:2000.

La auditoría fue realizada en gran parte por la autora del proyecto quien contaba con el perfil establecido para realizar esta actividad. La asesora Genny Martínez también contaba con dicho perfil y realizó la auditoria al proceso mejora continua el cual la facilitadora no podía verificar ya que era ella quien lo lideraba.

Una vez definidos los auditores, se dio paso a la elaboración del *Cronograma de auditoría* y al *Plan de auditoría interna*, los cuales fueron aprobados por la Dirección de la clínica y por los líderes de procesos. Estos registros se muestran en el ANEXO I

El siguiente paso fue revisar la documentación de cada proceso y los requisitos aplicables a cada uno para poder elaborar las listas de verificación de tal manera que fuera una herramienta que asegurara que durante las entrevistas no se quedaría ningún requisito por evaluar.

10.1.2. Ejecución de la auditoría

La auditoría se realizó de acuerdo a lo planeado, aunque hubo modificaciones en los tiempos de ejecución se realizaron en las fechas estipuladas, excepto por el proceso *direccionamiento estratégico* que no se realizó en junio como estaba estipulado sino julio de 2009, debido a que el Director Administrativo y financiero solicitó que el *informe de revisión por la dirección* incluyera los resultados de los indicadores del primer semestre del 2009.

Las auditorías internas se desarrollaron haciendo primero la reunión de apertura en donde se explicó a los líderes de procesos la metodología a seguir durante el desarrollo de la auditoría. Luego se procedió a realizar las reuniones con cada uno de los líderes de procesos y sus colaboradores, en donde se preguntaba lo planificado en las listas de verificación, al mismo tiempo que se recolectaba la evidencia y se registraban los hallazgos encontrados.

Cuando se finalizaba una auditoría, se analizaban las listas de verificación para determinar cuáles de los hallazgos se catalogarían como evidencias objetivas de no conformidades. Luego, se realizaba la reunión de cierre informando a cada responsable las fortalezas, no conformidades y oportunidades de mejora detectadas.

10.1.3. Hallazgos de la auditoría

Finalizada la última auditoría, se dio inicio a la elaboración de los informes, los cuales se documentaron por proceso. A estos informes, se adjuntaron las listas de verificación y se entregaron para su revisión a la Dirección de la Clínica. También se retroalimentaron con los responsables de cada proceso con el fin de definir las acciones necesarias para eliminar las no conformidades encontradas. Los informes de auditorías se presentan en el Anexo J

Luego de entregar el informe de auditorías a la Dirección de la clínica, se inició el levantamiento de las acciones de mejora y su implementación.

10.2. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Luego de un tiempo prudencial para el cierre de no conformidades, se inició la elaboración del *informe de revisión por la Dirección*. Para el levantamiento de este informe se tuvo en cuenta lo exigido en la norma ISO 9001:

- Resultados de auditorías internas al SGC.
- Resultados de auditorías externas por parte de los clientes institucionales.
- Retroalimentación del cliente: resultados de encuestas de satisfacción a usuarios y a clientes institucionales, quejas y reclamos, sugerencias del buzón.
- Desempeño de los procesos: informes de indicadores de procesos

- Conformidad del producto: Informes de servicios no conformes y eventos adversos
- Estado de las acciones correctivas y preventivas,
- Acciones de seguimiento de revisiones del SGC por la dirección previas,
- Cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad y
- Recomendaciones para la mejora.

La revisión por la Dirección fue realizada por el Director Administrativo y financiero y la Facilitadora de calidad (autora) según lo establecido en el procedimiento de revisión del sistema de gestión de calidad por parte de la dirección. En el Anexo K se presenta la información que la estudiante en práctica consolidó para el informe el cual contiene algunos archivos adjuntos para respaldar la información compendiada en dicho formato.

Luego de analizar cada uno de los ítems que componen el informe de revisión por la dirección, se obtuvieron las conclusiones y recomendaciones para la mejora. Además, se elaboró el Plan de acción de la Gerencia, el cual se dio a conocer a cada uno de los líderes de procesos en reuniones personalizadas, con el fin de mirar íntegramente la incidencia de cada una de estas mejoras en los procesos.

En la tabla que se muestra a continuación se presenta el plan de acción para la mejora del sistema de gestión de calidad basado en los resultados de la revisión por la dirección y tomado del informe de revisión del SGC:

Tabla 5. Plan de Acción de la revisión por la dirección

PLAN DE ACCION DE LA GERENCIA		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
Generar acciones de mejora por el incumplimiento de los indicadores que no alcanzaron la meta establecida	Jefes de áreas	31/08/2009
Publicar la política de calidad y los objetivos de calidad en puntos estratégicos y visibles de la institución.	Facilitadora de calidad	31/08/2009
Capacitar al personal institucional en atención al cliente	Director Adm. y financiero	31/10/2009
Crear estrategias para promover el registro de servicios no conformes y su tratamiento	Facilitadora de calidad	15/08/2009
Establecer un sistema telefónico que mejore la comunicación de los clientes con la institución.	Director Adm. y financiero	30/09/2009

10.3. IMPACTO DE LA AUDITORÍA Y REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

A partir de la auditoría interna y la revisión por la dirección del sistema de gestión de calidad, se generaron acciones enfocadas a mejorar la eficacia del sistema y a aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos. En el anexo L se presenta el Control de acciones correctivas y preventivas que se lleva en la institución para hacerle seguimiento a las mismas.

Para levantar las acciones se siguió lo establecido en el procedimiento de acciones correctivas y preventivas y se diligenció el formato establecido para el registro de las mismas que contiene:

- Tipo de acción (correctivo o preventiva)
- Numero de acción
- Fecha de inicio
- Nombre de quien reporta
- Proceso y responsable

- Descripción del problema que se quiere eliminar o evitar (No conformidad)
- Descripción de las primeras acciones adoptadas (corrección)
- Causa o causas que generan o pueden generar el problema
- Caura raíz
- Plan de acción(Actividades a desarrollar, responsable, fecha)
- Seguimiento y responsable
- Estado de las acciones y fecha de seguimiento
- Conclusiones
- Fecha de cierre

Para determinar las causas de no conformidades potenciales y reales, se utilizaron técnicas tales como:

- **Lluvia de ideas:**

La lluvia de ideas se utiliza para identificar posibles soluciones de problemas, así como oportunidades potenciales de mejoramiento de la calidad. Esta técnica estimula el pensamiento creativo de un equipo, con el propósito de generar y aclarar una lista de ideas, problemas o asuntos. Se basa primordialmente en la capacidad de análisis y puntos de vista de un grupo de personas especializadas en un área común.

La tormenta de ideas tiene dos fases.

La fase Creativa. El facilitador repasa las directrices de la tormenta de ideas y el propósito de la sesión; a continuación los miembros del equipo

generan una lista de ideas. El objetivo es generar tantas ideas como sea posible.

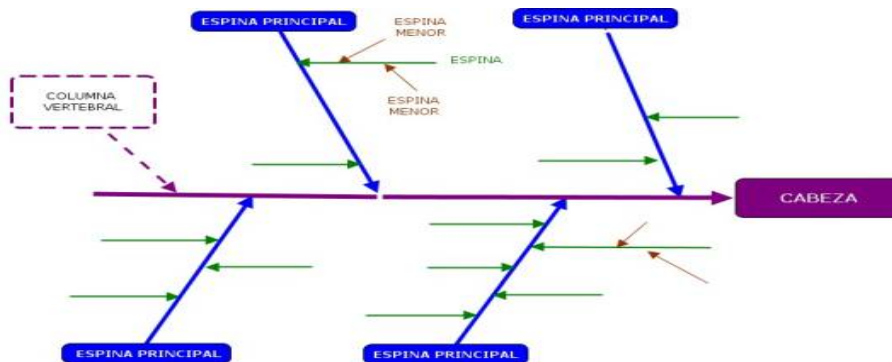
La fase de Aclaración. El equipo revisa la lista de ideas para asegurarse de que todos los participantes en la sesión entienden todas las ideas. Al terminar la sesión de tormenta de ideas, se procederá a evaluar las ideas.

Las directrices de la tormenta de ideas incluyen lo siguiente:

- Identificar un facilitador.
- Formular claramente el propósito de la sesión de tormenta de ideas.
- Cada miembro del equipo expresa una sola idea, por turnos sucesivos.
- Siempre que sea posible, los miembros del equipo tienen en cuenta las ideas de los demás.
- En esta etapa se evita criticar o discutir las ideas.
- Las ideas se registran en un lugar en que todos los participantes las pueden ver.
- Este proceso continúa hasta que ya no se generen más ideas.
- Se revisan todas las ideas para hacer cualquier aclaración que sea necesaria.
- Al finalizar se obtienen ideas claves que identifican oportunidades de mejora.

- **Análisis de causa-efecto o espina de pescado**

Figura 16: Diagrama Ishikawa



Fuente: <http://www.eduteka.org/DiagramaCausaEfecto.php>

“Esta gráfica, conocida como **DIAGRAMA DE ISHIKAWA**, es una representación de la relación existente entre una determinada característica de calidad y los factores que le dan origen. El diagrama Causa-Efecto constituye una de las herramientas más conocidas y actualmente su uso no se limita al estudio de las características de calidad de los procesos, sino que se ha extendido a una gran cantidad de áreas afines en las ramas administrativas y de producción de las empresas. En general el diagrama Causa-Efecto es un gráfico que muestra la relación entre características de calidad (efectos) y los factores que dan origen a dichas características (causas).

La forma básica general del diagrama, se puede asemejar a un **ORGANIGRAMA HORIZONTAL**, o al esqueleto de un pez.”¹⁰

¹⁰ GARCÍA DÍAZ, Joaquín. Control Estadístico de Procesos. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales UIS-ECOPETROL. Bucaramanga., Pág. 32 y 33.

“El Diagrama Ishikawa lo podemos establecer con:

- ✓ Tormenta de ideas estructurada acerca de posibles causas
- ✓ Examen del proceso, diligenciando algún tipo de hoja de registro
- ✓ Tener en cuenta al menos 5 M, Materiales, Mano de obra, Métodos, Maquinaria, Medición.

Aplicaciones del Diagrama Causa-Efecto:

- ✓ ANALIZAR las condiciones imperantes para mejorar la calidad de un producto o de un servicio, para un mejor aprovechamiento de recursos y para disminuir costos.
 - ✓ ELIMINAR las condiciones que causan el rechazo de un producto y las quejas de un cliente
 - ✓ ESTANDARIZAR de las operaciones en curso y de las que se propongan.
 - ✓ EDUCAR Y CAPACITAR al personal en las áreas de toma de decisiones y de acciones correctivas.”¹¹
- **Análisis de Pareto**¹²

El análisis de Pareto es una comparación ordenada de factores relativos a un problema. Esta comparación nos va a ayudar a identificar y enfocar los pocos factores vitales diferenciándolos de los muchos factores útiles. Esta herramienta es especialmente valiosa en la Asignación de prioridades a

¹¹ concepto de ingeniería de la calidad extraído del material dado por el Ing. Edwin Alberto Garavito

¹² Instituto Aragonés de fomento 2010. Relación de herramientas Análisis de Pareto [En línea] Zaragoza: Gobierno de Aragón 2010. <http://www.programaempresa.com/empresa/empresa.nsf/paginas/F0216EF8AA41D80AC125702800566A32?OpenDocument> (Consulta: 27 de enero de 2010)

los problemas de calidad, en el Diagnóstico de Causas y en la Solución de las mismas.

El objetivo es utilizar los hechos para encontrar la máxima concentración de potencial de mejora con el mínimo número de soluciones, separando los pocos elementos pero vitales relativos al problema, de los muchos y útiles. El equipo responsable del proyecto identificará los elementos vitales mediante el porcentaje acumulado del total, que nos dirá qué elementos (pocos) contribuyen en el problema en un alto porcentaje. Normalmente, este bajo número de elementos, sobre el 20%, constituirá aproximadamente un 80% del problema. La solución se focaliza entonces en estos pocos elementos, pero vitales, separados del resto por un Punto de Inflexión en el gráfico lineal del porcentaje acumulado del total.

Cómo elaborar un análisis de Pareto:

1. Cuantificar los factores del problema y sumar los efectos parciales hallando el total.
2. Reordenar los elementos de mayor a menor.
3. Determinar el % acumulado del total para cada elemento de la lista ordenada.
4. Trazar y rotular el eje vertical izquierdo (unidades).
5. Trazar y rotular el eje horizontal (elementos).
6. Trazar y rotular el eje vertical derecho (porcentajes).
7. Dibujar las barras correspondientes a cada elemento.
8. Trazar un gráfico lineal representando el porcentaje acumulado.
9. Analizar el diagrama localizando el "Punto de inflexión" en este último gráfico.

Las acciones que se levantaron fueron principalmente para eliminar no conformidades aunque también se generaron algunas de los hallazgos catalogados como observaciones u oportunidades de mejora.

Si bien durante el desarrollo del presente proyecto se había logrado un avance significativo en lo relacionado a la medición de los procesos, se determinó luego de la auditoria que era necesario:

- Mejorar el compromiso del personal responsable de ejecutar las actividades de recopilación de información para el cálculo de los indicadores de los procesos y el análisis de sus resultados por parte de los responsables.
- Asegurar los recursos necesarios para las mejoras propuestas sobre todo las enfocadas a realizar el mantenimiento de los equipos médicos, pues la falta de evidencia del mantenimiento preventivo programado y la ausencia de calibración de los instrumentos de medición fue una de las no conformidades encontradas en todos los procesos de la prestación del servicio
- Mejorar la cultura del registro ya que a pesar que se presentaron servicios no conformes (según lo manifestado por los líderes de procesos durante la auditoria) no se halló evidencia del registro de los mismos en algunos procesos. Además, aunque se realizaban las acciones de mejora, no se registraban en el formato establecido por ende en la auditoría interna se encontró esta debilidad, registrada como no conformidad.
- Mayor participación y compromiso de la alta dirección para asegurar la eficacia del sistema de gestión de calidad.

Luego de la auditoría interna, el Director Administrativo y financiero de la institución empezó a tomar mayor parte en la aplicación de las mejoras con el fin de incrementar la participación y responsabilidad del personal, lograr la certificación del sistema de gestión de calidad y demostrar ante la nueva junta directiva su capacidad de logro. Es en este momento, donde decide realizar la pre auditoría con el ente certificador con el fin de asegurar resultados favorables en la auditoria de certificación.

10.3.1. Modificaciones realizadas.

Dentro de las modificaciones realizadas relaciono a continuación las más significativas:

- Se realizó una revisión extensiva de todos los documentos que componen el sistema de gestión de calidad de la Clínica Piedecuesta S.A. con el fin de asegurar que los cambios sucedidos durante la reestructuración de la institución hayan sido registrados y validados.
- Se hicieron capacitaciones al personal enfocadas al registro y tratamiento de servicios no conformes, calculo de indicadores, satisfacción del cliente, acciones correctivas y preventivas (ver anexo M). Como ayudas educativas se crearon volantes, folletos, carteleras con material alusivo a estos temas
- Se contrataron tres enfermeras jefe, cuatro auxiliares de enfermería, dos médicos, un auxiliar para citas y un auxiliar para autorizaciones con el fin de mejorar la oportunidad de los servicios consulta externa, urgencias y hospitalización y la calidad de la atención.

- Se contrataron dos bacteriólogos para poder tener laboratorio clínico las 24 horas del día que es lo reglamentado por la ley y además era una de las mayores sugerencias de los usuarios.
- Se delegó a la Psicóloga de la Clínica y a la Facilitadora de calidad el proceso talento humano, quienes verificaron la existencia de todos los registros necesarios en las hojas de vida e incluyeron nuevas actividades como pruebas psicotécnicas para el ingreso y realizaron la programación para las jornadas de capacitación para el desarrollo de las competencias organizacionales en el personal.
- Se adquirieron termohigrómetro y termómetro para el área de farmacia los cuales son indispensables y de obligatoria tenencia dentro del servicio farmacéutico.
- Se adquirieron nuevos equipos para el área de cirugía, con el fin de cumplir con las condiciones de capacidad técnico científica reglamentadas para servicios de segundo nivel de complejidad y de mejorar la oportunidad, accesibilidad y seguridad del servicio. A continuación se presentan las fotos de tres de los equipos adquiridos:



Fuente: Autora

- Se inició la realización de inventario, actualización de hojas de vida de equipos médicos e instrumentos de medición por parte del auxiliar de mantenimiento.

- Se mandaron a hacer 8 pendones con la Misión, Visión, Política y Objetivos de calidad de la institución con el fin de publicarlos en todas las áreas y facilitar el conocimiento de estos por parte del personal.
- Se actualizó el listado de proveedores, verificando simultáneamente el registro de selección, evaluación y reevaluación. Se comunicó a los proveedores el resultado de la evaluación.
- Se realizaron las encuestas de satisfacción de los clientes institucionales y se retroalimentaron los resultado con los implicados (facturación, convenios, servicio al cliente). Como acción de mejora de los resultados obtenidos, se programaron dos fechas de entrega de facturas a las entidades y se contrató un mensajero para facturación y poder así entregar las facturas en el tiempo estipulado.
- Se compró una dotación para el servicio de hospitalización ya que se habían presentado quejas por falta de elementos como toallas y sábanas.

Foto 12 Área de guardaropa



Fuente: Autora

- Se organizó el archivo de historias clínicas y se creo la hoja de ruta de la historia clínica de urgencias, con el fin de para evitar pérdidas de este documento que es propiedad del paciente.

Foto 13 Archivo de historias clínicas



Fuente: autora

- Se reactivaron los comités institucionales que no estaban funcionando como debía ser, en esta acción todo el liderato la Enfermera Adriana Zabala Coordinadora de convenios y auditora médica de la institución.
- Se conectaron extensiones telefónicas a todas las áreas y se contrató una recepcionista que atendiera el conmutador y direccionara la llamada de los usuarios con el fin de mejorar la atención telefónica.
- Se inició la implementación de un sistema de información que permitiera eliminar actividades que no generaran valor agregado a los procesos.
- Por último, se inició el proceso de adecuación y ajustes al sistema de gestión de calidad respecto de la NTC ISO 9001:2008, a fin de recibir la certificación con la nueva versión de la norma.

10.3.2. Acciones abiertas

Luego de implementar las acciones de mejora correspondientes existieron dos acciones que aun no han podido cerrarse debido al alto costo que representan para la institución: El mantenimiento preventivo de todos los equipos institucionales y la calibración de los equipos de medición.

Como mecanismo de solución se tomó la decisión de incluir en el cronograma de mantenimiento y calibración únicamente los equipos que estén clasificados como de alto riesgo, a fin de que al momento de la auditoria no se registrase esta no conformidad como mayor.

11. PREAUDITORIA

Luego de la implementación de las acciones de mejora y por solicitud directa el Director administrativo y Financiero de la institución, la facilitadora de calidad, gestionó ante ICONTEC y SGS la cotización para la preauditoría y auditoría de certificación.

La propuesta aprobada fue la del SGS debido a que dieron respuesta primero e hicieron un descuento si se realizaban ambas auditorias con ellos.

Para la programación las fechas de auditoria de certificación se tuvo en cuenta el tiempo de duración de cierre de acciones correctivas (3 meses) de tal manera que hubiera un tiempo prudencial para solucionar las no conformidades detectadas durante la pre auditoría.

La pre auditoría fue realizada por el auditor Ricardo Correa González y tuvo una duración de 2 días calendario (12 y 13 de noviembre de 2009). Durante este tiempo el Auditor evaluó todos los Procesos del sistema de gestión de la calidad de la Organización. El Informe de esta Preauditoria se anexa al presente documento en el ANEXO N.

Luego que entregaran a la clínica el informe correspondiente a la preauditoría, la autora del proyecto realizó un plan de mejoramiento el cual fue presentado a la Gerencia para su aprobación. En este se resumen: Los hallazgos, las acciones de mejora, responsable, fecha de cierre y el valor de la inversión en pesos.

12. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

A continuación se presenta el informe de avance del sistema de gestión de calidad con corte a diciembre de 2009:

Tabla 6. Informe final de avance del sistema

Escala de valoración	
1.	Definido informalmente, no está documentado
2.	Se tiene documentado pero no está normalizado
3.	Preparación de Documentos / Análisis de la Información
4.	Revisión de los Documentos / Revisión de la Información
5.	Aprobación de los Documentos o la Metodología por parte de la Gerencia
6.	Implementación y en adecuación y ajustes
7.	En Proceso de Auditoría interna
8.	En Proceso de Acción Correctiva / Preventiva
9.	Para Pre-Auditoría
10.	En proceso de acción correctiva y preventiva

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ACTIVIDAD	AVANCE	ETAPA
REQUISITOS GENERALES	IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	100,00%	
	SECUENCIA E INTERACCIÓN DE PROCESOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%		
REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN	ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	100,00%	
	MANUAL DE CALIDAD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%		
	CONTROL DE LOS DOCUMENTOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%		
	CONTROL DE LOS REGISTROS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%		
COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	COMUNICACIÓN DE REQ. DEL CLIENTE Y LEGALES	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	96,97%	
	POLÍTICA DE CALIDAD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%		
	DISPONIBILIDAD DE RECURSOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%		
ENFOQUE AL CLIENTE	DETERMINACIÓN DE REQUISITOS DEL CLIENTE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	100,00%	
	CUMPLIMIENTO DE LOS REQ. DEL CLIENTE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%		
	EVAL. DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%		
POLÍTICA DE CALIDAD	ADECUACIÓN DE LA POLÍTICA DE CALIDAD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	100,00%	
	COMUNICACIÓN Y ENTENDIMIENTO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%		

	REVISIÓN CONTINUA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
PLANIFICACIÓN	OBJETIVOS DE CALIDAD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	100,00%
	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
	PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
RESPONSABILIDAD AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN	RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	100,00%
	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
	COMUNICACIÓN INTERNA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	INFORMACIÓN PARA LA REVISIÓN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	100,00%
	RESULTADOS DE LA REVISIÓN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
PROVISIÓN DE RECURSOS	DETERMINACIÓN DE RECURSOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	100,00%
	ASIGNACIÓN DE RECURSOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
RECURSOS HUMANOS	COMPETENCIA DEL PERSONAL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	98,48%
	FORMACIÓN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
	EFICACIA DE LA FORMACIÓN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
	CONCIENCIA DEL PERSONAL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
	INFRAESTRUCTURA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	90,91%	
	AMBIENTE DE TRABAJO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
PLANIFICACIÓN DEL PRODUCTO	PLANIFICACIÓN DEL PROCESO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	100,00%
	DESARROLLO DE LOS PROCESOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
	REQUISITOS DEL PRODUCTO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	IDENTIFICACIÓN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	100,00%
	REVISIÓN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
	COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
DISEÑO Y DESARROLLO	NO APLICA															
COMPRAS	CLASIFICACIÓN DE PRODUCTOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	100,00%
	PROCESO DE COMPRAS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
	DEFINICIÓN DE REQUISITOS DE LOS PRODUCTOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
	EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE PROVEEDORES	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
	RE-EVALUACIÓN DE PROVEEDORES	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
	VERIFICACIÓN DEL PRODUCTO COMPRADO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CRTL. DE LA PROD. Y/O DE LA PRESTACIÓN DEL SERV.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	100,00%
	VALIDACIÓN DE PROCESOS DE PROD. Y/O SERV.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
	TRAZABILIDAD DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	
	PROPIEDAD DEL CLIENTE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	

	PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%		
CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	INVENTARIO DE EQUIPO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	90,91%	90,91%	
	CALIBRACIÓN DE EQUIPOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	90,91%		
	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	90,91%		
SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	100,00%	
	AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA DE CALIDAD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%		
	ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES DE GESTIÓN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%		
	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%		
	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%		
	CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%		
	ANÁLISIS DE DATOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%		
MEJORA	PLANIFICACIÓN DE MEJORA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100,00%	93,94%	
	ACCIÓN CORRECTIVA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	90,91%		
	ACCIÓN PREVENTIVA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	90,91%		
																	AVANCE DEL PROCESO	99%

Fuente: Formato Informe de Avance-Concalidad

13. CONCLUSIONES

- Durante el desarrollo del presente proyecto fue necesario tener en cuenta lo establecido en el Decreto 1011 de 2006 donde se define el Sistema de Garantía de Calidad en salud para lograr una implementación de la NTC ISO 9001 que satisficiera tanto los requisitos exigidos por el ente certificador como estándares exigidos por la secretaria de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios.
- Luego del diagnostico situacional respecto del nivel de cumplimiento de la NTC ISO 9001:2000 se pudo evidenciar la existencia de documentos que podían aportar información importante para el levantamiento de los documentos del sistema de gestión de calidad de la institución.
- Identificar las actividades principales de la empresa y orientarlas hacia un esquema de procesos le permitió a la organización tener un mejor control de sus operaciones
- Con el establecimiento y divulgación de la política de calidad y los objetivos de calidad se logró que el personal se apropiara de los propósitos de la empresa en lo referente a la mejora continua, satisfacción del cliente, cumplimiento de requisitos legales y contractuales.
- La etapa correspondiente a la elaboración de la documentación del sistema de gestión de calidad fue la etapa con mayores atrasos del proyecto ya que hubo una reestructuración interna que genero cambios en el personal, infraestructura, metodología y clientes, y que demandó una gran cantidad de documentación propia del sector y de las necesidades institucionales.

- Uno de los principales beneficios, fue la introducción de la cultura de medición al interior de la institución, ya que se implementaron indicadores a partir de los cuales se monitorearon los procesos.
- El trabajo con el recurso humano fue arduo, ya que la implementación del sistema de gestión de calidad lleva consigo cambios, que afectan a la organización en general y que requiere un proceso de adaptación, sin embargo la labor fue significativa ya que fue una gran experiencia en el manejo y dirección del personal.
- La sensibilización y capacitación al personal permitió que este reconociera que es el principal recurso con el que cuenta la institución y que de ellos depende la eficacia del sistema de gestión de calidad, la satisfacción del cliente y la competitividad de la empresa privada en el sector salud.
- En la auditoría interna realizada, se detectaron no conformidades correspondientes a la falta de información para el cálculo de los indicadores de los procesos y el análisis de sus resultados, asignación de recursos para las actividades de mantenimiento y calibración de equipos, y el bajo nivel de registro de no conformidades y acciones de mejora.
- La Preauditoría se realizó en todos los procesos del sistema de gestión de la calidad de la CLÍNICA PIEDECUESTA Los principales puntos de deficiencia se encontraron en los siguientes numerales (Los elementos se citan con base en la enumeración dada en la Norma ISO 9001.2008): 5.4, 5.5, 5.6; 6.2; 6.3; 7.2; 7.4; 7.6; 8.2.1, 8.3, 8.5.
- Durante la preauditoría se identificaron fortalezas como: la configuración del sistema de gestión de la calidad, la capacidad de la estudiante en

práctica para liderar el sistema de gestión de calidad, la adecuada competencia y la buena disposición y compromiso para con la implementación del sistema de calidad, de las demás personas que integran el equipo de trabajo, y las apropiadas instalaciones y respectivos espacios, y en general el buen ambiente de trabajo.

- A pesar de la reestructuración interna ocasionada por el cambio de socio mayoritario, la suspensión de la asesoría externa, el bajo nivel de compromiso del personal y la resistencia del mismo a los cambios, se pudieron desarrollar los objetivos específicos planificados gracias a la continuidad, compromiso y perseverancia de la autora del proyecto y el apoyo de la dirección de la clínica.

14. RECOMENDACIONES

- Con el fin de detectar las Fortalezas y Debilidades y a cada una asignar su Oportunidad de Mejora o su Amenaza, es recomendable realizar dentro de la institución el análisis de la matriz DOFA como instrumento metodológico para identificar los puntos en los cuales la Gerencia debe aportar mayor compromiso, mediante acciones posibles y que la factibilidad se encuentre en la realidad misma de la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad.
- Reforzar el compromiso por parte de la alta dirección de la clínica, de tal manera que se mantenga el nuevo enfoque que se adoptó en la organización, haciendo énfasis en la planificación, el seguimiento a los procesos, la medición, y la actuación para eliminar no conformidades.
- Fortalecer la cultura de prevención ya que la prestación de servicios de salud debe ser enfocada hacia la detección temprana de problemas que puedan generar un evento adverso.
- La competencia del personal es fundamental en el mantenimiento y mejora continua del sistema, por eso se recomienda capacitar al personal en temas orientados a mejorar su desempeño, aumentar la satisfacción del cliente y fomentar desarrollo personal.
- Es necesario desarrollar y mantener una cultura de mejoramiento que permita el logro de los objetivos de calidad.

- Estudiar la factibilidad de aplicar un software para el manejo de historias clínicas a fin de reducir los múltiples controles, asegurar el completo y correcto registro de la atención de los usuarios y la reducción de los costos a largo plazo por el no uso de papelería.

15. BIBLIOGRAFIA

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Sistema de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario NTC ISO 9000:2005. Bogotá D.C. ICONTEC. Primera Actualización, editada 12 de enero de 2006.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Sistema de Gestión de Calidad. Requisitos NTC ISO 9001:2000. Bogotá D.C. ICONTEC. Segunda Actualización, 15 de diciembre de 2000.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Sistema de Gestión de Calidad. Requisitos NTC ISO 9001:2008. Bogotá D.C. ICONTEC. Cuarta Actualización, Documento en estudio.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Resolución 1043 de 2006, Por cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Decreto 1011 de 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la tención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, Circular 030 de 2006, Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la

oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud

MINISTERIO DE SALUD, Resolución 1995 de 1999, Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica.

www.supersalud.gov.co

www.minproteccionsocial.gov.co

www.portalcalidad.com
