

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL  
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN  
DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ  
BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

ERIKA YOLIMA MORENO RODRIGUEZ

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS FISICOMECAICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
BUCARAMANGA

2007

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL  
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN  
DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ  
BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

ERIKA YOLIMA MORENO RODRIGUEZ

Libro de trabajo de grado para optar al  
Título de Ingeniera Industrial

Director de Proyecto  
JORGE ELIÉCER FIGUEROA VARGAS  
Ingeniero Industrial

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS FISICOMECHANICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
BUCARAMANGA

2007

## **DEDICATORIA**

Con esfuerzo, dedicación y esmero; concluyo un ciclo más de mi proceso de formación cognitiva.

Con verdadero beneplácito culmino esta etapa profesional en mi vida dedicando con verdadera satisfacción este proyecto a Dios por ser la luz de mi vida, a mi padre por sus esfuerzos para que pueda salir adelante, a mi madre por brindarme su apoyo incondicional, a mis hermanos por sus consejos, a mi novio por su compañía y respaldo y demás familiares, quienes han sido la base de mi formación y de mi personalidad en el transcurrir de todo este proceso educativo en el que he afianzado mis valores morales, éticos, espirituales y profesionales en la búsqueda de mi ser integral.

## **AGRADECIMIENTOS**

Expreso mis agradecimientos a todas las personas que con su ayuda contribuyeron a que este sueño se hiciera realidad.

- Doctor Luis Eduardo Ospino Arrieta, Gerente de la ESE Hospital San José, por haberme abierto las puertas de la institución, depositar confianza y contribuir en mi crecimiento profesional.
- Al ingeniero Jorge Eliécer Figueroa Vargas, por su valiosa colaboración en la dirección del Proyecto de Grado, por sus oportunas enseñanzas y consejos.
- Al personal administrativo y operativo de la ESE Hospital San José, por su motivación y compromiso en la elaboración de la Documentación e Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad con el objetivo de lograr la Habilitación de la institución.

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<b>1. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>3</b>
2.1. OBJETIVO GENERAL	3
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
<b>3. MARCO TEORICO</b>	<b>5</b>
3.1. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	5
3.1.1. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006	6
3.1.1.1. Definiciones	6
3.1.1.2. Características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud.	8
3.1.1.3. Componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud.	10
3.1.1.4. Entidades responsables del funcionamiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud.	11
3.2 SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN	12
3.2.1 Resolución 1043 de 2006	13
3.2.1.1. Condiciones para la habilitación	14
3.2.1.2. Estándares para la habilitación	16
3.2.1.3. Requisitos para la habilitación	19
3.3. AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD	20
3.3.1. Nivel de operación de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud	21
3.3.2. Tipo de acciones de auditoria	22
3.4. SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	23
3.4.1. Resolución 1474 del 7 de noviembre de 2002	23
3.4.1.1. Funciones de la entidad acreditadota	23
3.5. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD	25

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>	
3.5.1	Objetivos del sistema de información para la calidad	25
<b>4</b>	<b>GENERALIDADES DE LA EMPRESA</b>	<b>28</b>
4.1	RAZÓN SOCIAL	28
4.2	OBJETO SOCIAL	28
4.3	UBICACIÓN	28
4.4	RESEÑA HISTÓRICA	28
4.5	TALENTO HUMANO	30
4.6	PORTAFOLIO DE PRODUCTOS	31
4.7	CLIENTES ACTUALES	32
4.8	VISIÓN	32
4.9	MISIÓN	33
<b>5</b>	<b>EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN INICIAL EN CUANTO AL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DEL DECRETO 1011 DEL 3 DE ABRIL DE 2006</b>	<b>34</b>
5.1	OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN	34
5.2	RESPONSABLES DE LA EVALUACIÓN	34
5.3	ALCANCE DE LA EVALUACIÓN	35
5.4	FECHAS DE EVALUACIÓN	35
5.5	DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	35
5.6	REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN	35
5.7	RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	49
5.8	PASOS A SEGUIR PARA LA CONFIGURACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD	50
<b>6</b>	<b>SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL</b>	<b>55</b>
6.1	SENSIBILIZACIÓN	55
6.2	PLANIFICACIÓN DE LAS CAPACITACIONES	57
6.2.1	Fuentes para la detección de la necesidad de capacitación	57
6.2.2	Recursos	58
6.2.3	Cronograma de capacitación	59
6.2.3.1	Objetivos del cronograma	62
6.2.3.2	Temas del cronograma	62

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>	
6.2.4	metodología	65
6.3	EJECUCIÓN DE LAS CAPACITACIONES	66
6.4	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LAS CAPACITACIONES	67
6.4.1	Control de asistencia a las capacitaciones	67
6.4.2	Evaluación de la capacitación	67
6.5	RESULTADOS DE LAS CAPACITACIONES	68
<b>7</b>	<b>PLANIFICACIÓN</b>	<b>70</b>
7.1	PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.	70
7.1.1	Alcance	73
7.1.2	Carta Organizacional	73
7.1.3	Política de calidad	75
7.1.4	Objetivos de calidad	76
7.1.5	Indicadores de calidad	77
7.1.6	Informe de indicadores	81
7.1.7	Objetivos de la institución	101
7.1.8	Principios Corporativos	102
7.2	PLANIFICACIÓN DE CAMBIOS AL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	102
7.3	PLAN DE MANTENIMIENTO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	103
8	DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	106
8.1	METODOLOGÍA DE LA DOCUMENTACIÓN	106
8.2	REQUISITOS DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	108
8.2.1	Condiciones de capacidad técnico y científico	109
8.2.2	Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera	110
8.2.3	Condiciones de capacidad técnico administrativo	111
8.2.4	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud	111

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>	
8.2.5	Formulario de Inscripción en el Registro especial de Prestadores de Servicios de Salud	111
8.2.6	Autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la Habilitación	112
8.2.8	Manual único de estandarización y verificación	112
8.2.9	Plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud PAMEC	113
8.3	REQUISITOS DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD	114
8.4	REQUISITOS DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	115
8.5	REQUISITOS DEL SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD	120
8.6	NORMATIZACIÓN DE DOCUMENTOS	120
8.7	DISEÑO DE LA DOCUMENTACIÓN	126
8.8	REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN	128
8.9	DISEÑO DEL PAMEC	146
<b>9</b>	<b>IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD</b>	<b>148</b>
9.1	REVISIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	148
9.2	VALIDACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	148
9.3	IMPLEMENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	149
<b>10</b>	<b>AUDITORIA INTERNA</b>	<b>161</b>
10.1	PASOS DE LA AUDITORIA	161
10.2	CRONOGRAMA DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS	167
10.3	EQUIPO AUDITOR	169
10.4	AGENDA DE AUDITORIA INTERNA REALIZADA EN EL MES DE SEPTIEMBRE DE 2007	169
10.5	REVISIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	172
10.6	INFORME DE LA AUDITORIA INTERNA	172
10.7	REUNIÓN DE CIERRE	179
10.8	ACCIONES CORRECTIVAS	179
	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>180</b>
	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>183</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>184</b>

## LISTA DE FIGURAS

		<b>Pág.</b>
FIGURA 1	Formato inducción al talento humano	56
FIGURA 2	Carta Organizacional	74
FIGURA 3	Plan de mantenimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad	105
FIGURA 4	Proceso de documentación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad	107
FIGURA 5	Contenido del PAMEC	113
FIGURA 6	Encabezado del manual de procedimientos y guías medica	122
FIGURA 7	Encabezado del manual de caracterización de procesos	122
FIGURA 8	Encabezado del manual de auditoria medica	122
FIGURA 9	Manual del sistema de información	122
FIGURA 10	Encabezado del PAMEC	122
FIGURA 11	Encabezado de formatos	122
FIGURA 12	Requisitos del cuerpo del documento	125
FIGURA 13	Estructura de la documentación del Sistema de la Calidad	126
FIGURA 14	Tabla de contenido del PAMEC	146
FIGURA 15	Tabla de anexos del PAMEC	147
FIGURA 16	Formato Programación de Auditorias Internas	168
FIGURA 17	Agenda de Auditoría Interna de Calidad	170
FIGURA 18	Resultados de la auditoría interna	173

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
TABLA 1. Evaluación de la Situación Inicial en cuanto al Nivel de Cumplimiento del Decreto 1011 del 3 de abril de 2006.	37
TABLA 2. Plan de Implementación del Sistema de Gestión de Calidad en la E.S.E. Hospital San José.	51
TABLA 3 Resultados obtenidos en la encuesta de Desempeño del servicio	58
TABLA 4 Cronograma de capacitación	60
TABLA 5 Resultados de evaluación del personal	68
TABLA 6 presupuesto	72
TABLA 7 Indicadores de calidad	78
TABLA 8 procesos con caracterización	116
TABLA 9 Procedimientos documentados	117
TABLA 10 Guías medicas elaboradas	118
TABLA 11 Situación inicial vs. situación final. Proceso de gerencia	151
TABLA 12 Situación inicial vs. situación final. Procesos de control de archivos, control interno, control disciplinario y gestión de mantenimiento	152
TABLA 13 Situación inicial vs. situación final. Procesos del SIAU	155
TABLA 14 Situación inicial vs. situación final. Procesos de atención de urgencias, obstetricia ambulatoria, servicios generales y consulta externa	156
TABLA 15 Situación inicial vs. situación final. Proceso de gestión de recurso humano	157
TABLA 16 Situación inicial vs. situación final. Proceso de compras	158
TABLA 17 Situación inicial vs. situación final. Procesos de facturación, control de inventarios farmacia y presupuesto	159

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1	Formato control de asistencia
ANEXO 2	Evaluación de la capacitación
ANEXO 3	Formato del certificado de suficiencia patrimonial
ANEXO 4	Formato de autoevaluación
ANEXO 5	Deberes del paciente
ANEXO 6	Derechos del paciente
ANEXO 7	Indicadores de Gestión
ANEXO 8	Instructivo
ANEXO 9	Procedimiento
ANEXO 10	Flujograma
ANEXO 11	Formato de evaluación de desempeño
ANEXO 12	Lista de indicadores
ANEXO 13	Formato ficha técnica del indicador
ANEXO 14	Ficha técnica del indicadores
ANEXO 15	Matriz de priorización
ANEXO 16	Formato de auditoria interna
ANEXO 17	Plan de mejoramiento
ANEXO 18	Plan detallado de mejoramiento
ANEXO 19	Seguimiento al plan de mejoramiento

## INTRODUCCIÓN

Las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) existen por todo el mundo y la calidad con que llegan a los usuarios es un alto componente de competitividad y son generalmente supervisados por el gobierno de cada nación, ya que compete a la salud y a la vida de sus ciudadanos.

En Colombia, la historia de la seguridad social parte después del 23 de diciembre de 1993: antes y después de la ley 100. Esta ley establece el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia, que garantiza “los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afectan”.

Así mismo, el decreto número 2174 de noviembre 28 de 1996 presenta la organización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud que enuncia, particularmente en su artículo 9, los componentes que éste debe contener, dentro de los cuales se considera el desarrollo de procesos que permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y atender las reclamaciones y sugerencias que se presenten. De la misma manera, lo declara la circular externa No. 009 de julio 3 de 1996, del Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, que es deber de las IPS “disponer lo necesario para organizar una dependencia encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas y reclamos que los ciudadanos formulen y que se relacionan con el cumplimiento de la misión de la entidad.

De otro lado, aunque la ley no lo exigiera, los estudios realizados sobre la atención en salud y su evaluación de la calidad, consideran como pilares fundamentales la satisfacción del cliente, los aspectos clínicos, la contención de costos y la satisfacción del proveedor.

Se identifica entonces, en atención a la solicitud legal y a la conveniencia para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia, la necesidad de un procedimiento que les permita la evaluación de la calidad del servicio prestado, especialmente en la satisfacción del usuario.

Los retos para el sector salud colombiano en los próximos años serán de ampliar su cobertura hasta lograr la universalidad y alcanzar la excelencia en la prestación de servicios de salud, para así optimizar las condiciones de

vida de la población. Esto obliga a preguntarse por una parte si son suficientes los incentivos y mecanismos con que cuenta el país para que el sistema produzca salud con calidad y por otra parte qué acciones es necesario implementar para lograrlo.

Los resultados de la atención en salud están mediados por una compleja gama de variables, que no son fácilmente controlables. Múltiples estudios en varios países del mundo occidental han mostrado que el nivel de calidad de la atención recibida por un usuario medio, dista mucho de la deseada, y que la variación en la calidad de la atención ofrecida por diferentes profesionales de la salud y hospitales, es inmensa, como respuesta a muchos factores y fenómenos que ocurren en los sistemas de salud.

Es importante destacar que el conjunto de las normas que respaldan el sistema obligatorio de garantía de calidad en Colombia evidencia el interés del Estado por el mejoramiento de la calidad del servicio de salud. Éste coincide con la toma de conciencia por parte de las instituciones de la importancia que hoy tiene rendir cuentas ante el usuario y la sociedad global sobre las condiciones internas de operación de las mismas con base en criterios que expresen en su conjunto, el nivel de desempeño esperable por parte de una institución de salud cualquiera. Alcanzar la calidad y mantenerla es, entonces, el reto central.

De manera congruente con las definiciones de calidad, el Estado define la calidad de la atención de salud como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario y además menciona como características del sistema la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

El sistema obligatorio de garantía de la calidad es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Estos requisitos y procedimientos establecen los estándares para el cumplimiento de las responsabilidades de todos los integrantes del sistema y las condiciones para su mejoramiento continuo.

El sistema de garantía de la calidad está dirigido a garantizar estándares mínimos de calidad de la atención en salud, como punto de partida para el mejoramiento de los servicios. Además debe propender por el mejoramiento de la calidad de los servicios mediante el desarrollo de procesos de auditoría, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los definidos como básicos por el Sistema Único de Habilitación y porque las instituciones de salud cumplan con estándares superiores de calidad como los establecidos por el Sistema Único de Acreditación.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentra definido por el Decreto 2309 de 2002, el cual menciona como componentes del Sistema, los siguientes:

El Sistema Único de Habilitación.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

El Sistema Único de Acreditación.

El sistema de Información para la Calidad.

## RESUMEN

**1. TÍTULO<sup>1</sup>**, DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

**2. AUTOR<sup>2</sup>**

ERIKA YOLIMA MORENO RODRIGUEZ

**3. PALABRAS CLAVES**

- Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad
- PAMEC
- Política y Objetivos de Calidad
- Indicador de Gestión
- Auditoría Interna
- Enfoque en Procesos
- Satisfacción del Cliente
- Mejoramiento Continuo
- Decreto 1011 de 3 de abril de 2006

---

<sup>1</sup> Práctica Empresarial

<sup>2</sup> Facultad de Ciencias Físico-Mecánicas, Escuela de Estudios Industriales y Empresariales, Directora de Proyecto ING JORGE ELIÉCER FIGUEROA VARGAS

#### **4. CONTENIDO**

Este Documento contiene diseño, documentación, implementación y evaluación del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud para la habilitación del hospital san José basado en el decreto 1011 de 2006, el cual está fundamentado en el cumplimiento del decreto en todos sus procesos, en busca de una mayor eficiencia y productividad.

El desarrollo de la propuesta se estructura así: En primer lugar, se realizó una contextualización que contempla algunos referentes teóricos sobre calidad, los Sistemas de Gestión de la Calidad y específicamente sobre el decreto 1011, en la cual esta fundamentado este proyecto, también se hace una presentación de la empresa. En segundo lugar se procedió a la planificación del Sistema, planteando como base un diagnóstico de la empresa con respecto al decreto, luego se estableció la política y los objetivos de la calidad, así como un representante de la dirección. Seguido este paso se inició la documentación por medio de los procedimientos, instructivos, formatos y el PAMEC de la organización, todos estos pasos acompañados de su respectiva sensibilización y capacitación. Finalizada la documentación se dio inicio a la implementación, es decir la puesta en práctica de todos los documentos planificados. En esta etapa se llenaron los formatos exigidos por el Sistema.

Posteriormente se realizó la auditoría interna de calidad y se establecieron las acciones correctivas y preventivas, para dar solución a los hallazgos encontrados, y por ultimo se realizó la revisión por la dirección para evaluar la eficacia del sistema implementado, una vez verificado que el sistema se encontraba totalmente implementado se procedió a la habilitación, ante la secretaria de salud. Al final del libro se presentan un informe de la última auditoria, las conclusiones y recomendaciones logradas a partir de su realización

## SUMMARY

**1. TITLE** , DESIGN, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN AND EVALUACIÓN OF THE OBLIGATORY SYSTEM OF GARANTÍA OF QUALITY OF THE ATENCIÓN OF HEALTH FOR THE HABILITACIÓN OF THE HOSPITAL SAN JOSÉ BASED ON THE DECREE 1011 OF 2006

**2. AUTHOR**

ERIKA YOLIMA MORENO RODRIGUEZ

**3. KEY WORDS**

- Obligatory quality assurance System
- PAMEC
- Political and Objective of Quality
- Indicative of Management
- Internal Audit
- Approach in process
- Satisfaction of the Client
- Continuous Improvement
- Decree 1011 of 3 of April of 2006

#### 4. CONTENT

This Document contains design, documentation, implementation and evaluation of the obligatory quality assurance system of the health care for the qualification of the hospital san José based on the decree 1011 of 2006, the one which is based on the fulfillment of the decree on all their/its processes, in search of a greater efficiency and productivity.

The development of the proposal is structure thus: In the first place, it was accomplished a contextualización that it envisages some referring theoretical on quality, Management Systems of the Quality and specifically on the decree 1011, in the one which based ++esta this project, also is made a presentation of the company. In second place was proceeded to the system planning, outlining as base a diagnosis of the company with respect to the decree, then was established the policy and the objectives of the quality, as well as a representative of the address. Followed this step was begun the documentation by means of the procedures, instructive, formats and the PAMEC of the organization, all these accompanied steps of their/its/your/his respective sensitization and training. Ended the documentation was given beginning to the implementation, that is to say the set in practice of all the planned documents. In this stage were filled the formats demanded by the System.

Thereinafter it was accomplished the internal audit of quality and were established the corrective and preventive actions, to give solution to the found findings, and by finishing was accomplished the review by the address to evaluate the efficiency of the implemented system, once verified that the system were found totally implemented was proceeded to the qualification, before the health secretary. Finally of the book are presented a report of the last auditoria, the conclusions and recommendations achieved as of their/its/your/his accomplishment

## 1. JUSTIFICACIÓN

Debido a la situación actual del país y la crisis a la que se ven enfrentadas hoy en día las pequeñas empresas prestadoras de salud en el contexto actual, cada vez más competitivo, se plantea la necesidad de mejorar el nivel de calidad en los procesos, funciones, y prestación de servicios, a fin de obtener y mantener una posición líder en la región donde se desempeñan.

El Sistema Obligatorio de Gestión de la Calidad, con base en el decreto 1011 del 3 de abril de 2006 es genérico por naturaleza y aplicable a todo tipo de instituciones independiente del nivel de complejidad. Teniendo conocimiento de ésto la gerencia de la E.S.E. Hospital San José, creyeron que la implementación de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad basado en el decreto 1011 del 3 de abril de 2006 para los procesos de la red del Hospital, permitirá mejorar el desempeño, coordinación, y productividad de sus empleados, satisfaciendo las necesidades de sus usuarios impidiendo que se convierta en puesto de salud y en el peor de los casos su cierre definitivo.

La implementación de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad también genera otros beneficios internos a la institución, al igual que oportunidades con relación al mundo exterior.

Los beneficios internos para la institución incluyen:

- Enfoque mejorado hacia el cliente y orientación a los procesos dentro de la institución.
- Mayor compromiso de la Gerencia y mejor toma de decisiones basadas en hechos.

- Condiciones de trabajo mejoradas para los empleados.
- Aumento de motivación por parte de los empleados.
- Costos de no calidad reducidos al mínimo.
- Ser una institución con mayor productividad y competitividad.
- Mayor orientación hacia sus objetivos institucionales.
- La mejora continua del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

También se generan los siguientes beneficios externos:

- Los usuarios tienen más confianza en que recibirán servicios conformes a sus necesidades, lo que a su vez redundará en mayor satisfacción del usuario.
- Mejor imagen de la institución.
- Brindar respuestas rápidas y flexibles a las necesidades de los pacientes.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

Diseñar, documentar, implementar y evaluar el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud para la habilitación del Hospital Integrado San José bajo los lineamientos del decreto 1011 de 2006 incluyendo el planteamiento y puesta en marcha de los planes de mejora.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Desarrollar los fundamentos o bases que sostienen un sistema de gestión que incluye misión, visión, políticas, valores corporativos, estructura organizacional, política y objetivos de calidad.
- Establecer la política de calidad y realizar su despliegue planteando los objetivos de calidad e indicadores respectivos como punto de referencia, para el direccionamiento del hospital integrado San José.
- Realizar planes de capacitación al personal del Hospital para la concientización de la necesidad de implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud, además de habilitarlos sobre el manejo de los documentos exigidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud.
- Elaborar la documentación requerida para garantizar que los propósitos establecidos sean coherentes con las acciones realizadas y que se están desarrollando los procesos de prestación de servicios apropiados para

cumplir con los requerimientos de los pacientes y los reglamentarios aplicables.

- Estructurar y mejorar el proceso administrativo y operativo del Hospital San José.
- Implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud, bajo los lineamientos del decreto número 1011 de 2006 del 3 de abril del 2006, para asegurar que las actividades desarrolladas por la empresa funcionen de manera eficaz y controlada.
- Desarrollar una auditoría interna según los procedimientos establecidos, para obtener evidencias de que se han cumplido con los requisitos existentes, evaluar la efectividad de la organización y asegurar la toma de acciones de mejora como respuesta a los resultados de ésta.
- Realizar los ajustes necesarios al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud, como resultado de las auditorías internas, revisión por la dirección, entre otros.
- Dar acompañamiento a la auditoría externa hasta obtener la habilitación.
- Elaborar indicadores que permitan evidenciar el mejoramiento de Sistema de Gestión de Calidad.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

El propósito de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población.

El Ministerio de la Protección Social expidió el decreto 1011 de 2006, donde se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud –SOGCS- y el cual es aplicable para toda persona o entidad que oferte y preste servicios de salud.

Lo fundamental para el SOGCS es incrementar los resultados favorables de la atención en salud en el paciente y protegerlo de los riesgos asociados con dicha atención.

Los componentes que integran el SOGSC son<sup>3</sup>:

- El Sistema Único de Habilitación.
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- El Sistema Único de Acreditación.
- El Sistema de Información para la Calidad.

---

<sup>3</sup> Información tomada de [http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular\\_030\\_de\\_2006\\_supersalud.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular_030_de_2006_supersalud.pdf)

### **3.1.1. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006**

Este decreto establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las disposiciones del decreto se aplican a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplica de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud, SOGCS, de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, o con Entidades Territoriales.<sup>4</sup>

#### **3.1.1.1. Definiciones <sup>5</sup>**

---

<sup>4</sup> Información tomada de

[http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular\\_030\\_de\\_2006\\_supersalud.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular_030_de_2006_supersalud.pdf)

<sup>5</sup> [http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular\\_030\\_de\\_2006\\_supersalud.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular_030_de_2006_supersalud.pdf)

Para efectos de la aplicación del decreto se establecen las siguientes definiciones

- **Atención de salud.**

Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

- **Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud**

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

- **Calidad de la atención de salud.**

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

- **Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB.**

Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

- **Prestadores de Servicios de Salud.**

Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Para los efectos del presente decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

- **Profesional independiente.**

Es toda persona natural, egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud, de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

- **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud, SOGCS.**

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

### **3.1.1.2. Características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud.**

Las acciones que desarrolle el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud, se orientan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales sólo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Obligatorio

de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud debe cumplir con las siguientes características<sup>6</sup>:

- **Accesibilidad.**

Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **Oportunidad.**

Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

- **Seguridad.**

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

- **Pertinencia.**

Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

- **Continuidad.**

Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

---

<sup>6</sup> [http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular\\_030\\_de\\_2006\\_supersalud.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular_030_de_2006_supersalud.pdf)

### **3.1.1.3. Componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud.**

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud tendrá como componentes los siguientes:

- El Sistema Único de Habilitación.
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- El Sistema Único de Acreditación.
- El Sistema de Información para la Calidad.

El Ministerio de la protección Social ajusta periódicamente y de manera progresiva, los estándares que hacen parte de los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud, de conformidad con el desarrollo del país, con los avances del sector y con los resultados de las evaluaciones adelantadas por las Entidades Departamentales, Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, están obligadas a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento de este Sistema, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social.

#### **3.1.1.4. Entidades responsables del funcionamiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud.**

Las siguientes, son las entidades responsables del funcionamiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud<sup>7</sup>:

**1. Ministerio de la Protección Social.** Desarrolla las normas de calidad, expide la reglamentación necesaria para la aplicación del presente decreto, vela por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, presta asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emite concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud, siempre que el Ministerio lo considere pertinente. También corresponde al Ministerio de la Protección Social, velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, con otros Sistemas de Gestión de Calidad.

**2. Superintendencia Nacional de Salud.** Ejerce las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud y aplica las sanciones en el ámbito de su competencia.

**3. Entidades Departamentales y Distritales de Salud.** En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos

---

<sup>7</sup> [http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular\\_030\\_de\\_2006\\_supersalud.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular_030_de_2006_supersalud.pdf)

como tales, para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

**4. Entidades Municipales de Salud.** En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

### **3.2. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN**

El sistema único de habilitación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de habilitación que son de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, cuyos objetivos son reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud; posibilitar la estabilidad financiera de las IPS en el mediano plazo, su competitividad, liquidez y cumplimiento de las obligaciones en el corto plazo; el cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal y de los requisitos administrativos y financieros que le permitan demostrar que cuenta con un sistema contable.

El registro especial de prestadores de servicios de salud es la base de datos del Ministerio de Salud y la Secretaría de Salud de Santander, en el cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentran habilitados.

Para Habilitar a un prestador de servicios de salud el primer paso que debe realizar es la autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. Posteriormente presentarán el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante la Secretaría de Salud de Santander, para efectos de su inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. A través del formulario, el prestador declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación descritas antes.

### **3.2.1. Resolución 1043 de 2006.**

Esta resolución establece 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 y además dicta otras disposiciones.

#### **3.2.1.1. Condiciones para la Habilitación.**

La resolución resuelve las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para Habilitar sus servicios, los Prestadores de Servicios de Salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea éste o no su objeto social, deben cumplir , para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, con lo siguiente:

#### **Condiciones de capacidad tecnológica y científica .**

Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el

marco de la prestación del servicio de salud<sup>8</sup>. Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura – Instalaciones Físicas- Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud. Los profesionales independientes solamente están obligados al cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica en lo que les sea aplicable.

Los estándares para el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas son los incluidos en el “Manual Único de Estándares y de Verificación”, el cual hace parte integral de la Resolución.

#### **Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera.**

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo<sup>9</sup>. Estas son:

1. Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo a la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de conformidad a los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.
2. Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles: aquellas acreencias incumplidas a

---

<sup>8</sup> Información tomada de [http://www.saludcapital.gov.co/descargas/resolucion\\_1043\\_2006\\_supersalud.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/descargas/resolucion_1043_2006_supersalud.pdf)

<sup>9</sup> Información tomada de [http://www.saludcapital.gov.co/descargas/resolucion\\_1043\\_2006\\_supersalud.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/descargas/resolucion_1043_2006_supersalud.pdf)

favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la institución

3. Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones laborales, aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, exempleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales.

4. Que para la inscripción en el registro de prestadores de servicios de salud, se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se puede tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. En todo caso, los estados financieros deben estar dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca.

La institución que preste servicios de salud, que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea de propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea ese o no su objeto social, deben demostrar la suficiencia patrimonial y financiera con los estados financieros de la entidad a la cual pertenece.

#### **Condiciones de capacidad técnico - administrativa.**

Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica<sup>10</sup>.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes<sup>11</sup>.

La institución prestadora de servicios de salud que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea éste o no su objeto social, la demostración de la existencia y representación legal de la institución prestadora de servicios de salud, se hará con el certificado de existencia y representación legal o acto administrativo de creación de la entidad a la cual pertenece, expedido por la autoridad competente, Las instituciones prestadoras de servicios de salud que se hallen en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la Ley 550 de 1999, o en el Código de Comercio, deben demostrar las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, una vez culmine el proceso de reestructuración o concordatario.

### **3.2.1.2. Estándares para la habilitación**

La formulación de estándares de las condiciones está orientada por los siguientes principios:

---

<sup>10</sup> Información tomada de [http://www.saludcapital.gov.co/descargas/resolucion\\_1043\\_2006\\_supersalud.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/descargas/resolucion_1043_2006_supersalud.pdf)

<sup>11</sup> Información tomada de [http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular\\_030\\_de\\_2006\\_supersalud.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular_030_de_2006_supersalud.pdf)

a. **Fiabilidad:** La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.

b. **Esencialidad:** Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

c. **Sencillez:** La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales y su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.

- **Estándares de estructura:**

Los estándares permiten la autorización para el funcionamiento de cualquier tipo de prestador de servicios de salud. Abarca la organización que preste directamente uno o más servicios de salud. Ello implica, que los estándares de habilitación no son aplicables a organizaciones que no presten al menos un servicio de salud, independientemente de que lo haga de manera propia o contratada. Los estándares están dirigidos al control de los principales riesgos propios de la prestación de servicios de salud, en los cuales el riesgo potencial supere los beneficios esperados. El siguiente listado, en el marco de los riesgos contra la vida y la salud, es un referente para la definición de estándares que relaciona los riesgos identificados como prioritarios:

- Mortalidad hospitalaria, incluyendo mortalidad obstétrica, perinatal y de urgencias.
- Infecciones intrahospitalarias.
- Complicaciones terapéuticas, especialmente medicamentosas.

Los estándares, son condiciones mínimas indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier organización de prestación de servicios de salud, independientemente del tipo de servicios<sup>12</sup> que ofrece en las siguientes áreas temáticas:

1. Recursos humanos. Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la suficiencia de este recurso para el volumen de atención.
2. Infraestructura, Instalaciones Físicas y su mantenimiento. Son áreas o características de ellas que condicionen procesos críticos asistenciales.
3. Dotación y su mantenimiento. Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que condicionen procesos críticos institucionales.
4. Medicamentos, Dispositivos médicos y su gestión. Es la existencia de procesos, que garanticen el cumplimiento de las condiciones legales para el uso de los medicamentos y dispositivos médicos (nombre del producto, número de lote o serie, fecha de vencimiento cuando sea el caso, número de registro sanitario, fabricante y/o importador con domicilio, leyendas especiales tales como estéril, usar solo una vez).
5. Procesos prioritarios asistenciales. Es la existencia de procesos de atención primaria, que condicionen directamente el incremento en las principales causas de morbimortalidad del país.
6. Historia Clínica y registros clínicos. Es la existencia y cumplimiento de procesos, que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de manejo.

---

<sup>12</sup> Información tomada de [http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular\\_030\\_de\\_2006\\_supersalud.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular_030_de_2006_supersalud.pdf)

7. Interdependencia de servicios. Es la existencia y disponibilidad de servicios necesarios para el funcionamiento de otros servicios y el adecuado flujo de pacientes entre ellos.

8. Referencia de pacientes. Es la existencia y cumplimiento de procesos de remisión interinstitucional de pacientes, que condicionen directamente incremento en la morbimortalidad.

9. Seguimiento a riesgos. Es la existencia de procesos de control y seguimiento a los principales riesgos de cada uno de los servicios que se ofrezcan.

**Estructura interna de los estándares:** Para mejorar la facilidad y homogeneidad en la aplicación de los estándares, tienen la siguiente estructura:

Estándar: Formula el estándar de obligatorio cumplimiento.

Servicio: Especifica la aplicación del estándar en los diferentes servicios de salud.

Criterios: Establece el detalle del estándar para su interpretación.

### **3.2.1.3. Requisitos para la Habilitación**

- Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
- Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

- Autoevaluación del Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación.
- Reporte de novedades.
- Certificado de suficiencia patrimonial.
- Manual Único de Estandarización y Verificación.

### **3.3. AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD**

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, es uno de los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, y se define como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada con respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios<sup>13</sup>. El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC – es la forma a través de la cual la institución implementa este componente.

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

---

<sup>13</sup> Información tomada de [http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular\\_030\\_de\\_2006\\_supersalud.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular_030_de_2006_supersalud.pdf)

### **3.3.1. Nivel de operación de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud.**

En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique opera en los siguientes niveles:

1. **Autocontrol.** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización<sup>14</sup>.

2. **Auditoría Interna.** Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol<sup>15</sup>.

Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

3. **Auditoría Externa.** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup>Información tomada de [http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular\\_030\\_de\\_2006\\_supersalud.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular_030_de_2006_supersalud.pdf)

<sup>15</sup> Información tomada de [http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular\\_030\\_de\\_2006\\_supersalud.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular_030_de_2006_supersalud.pdf)

<sup>16</sup>Información tomada de [http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular\\_030\\_de\\_2006\\_supersalud.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular_030_de_2006_supersalud.pdf)

### 3.3.2. Tipos de acciones de auditorías<sup>17</sup>

El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. **Acciones Preventivas.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

2. **Acciones de Seguimiento.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

3. **Acciones Coyunturales.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

### 3.4. SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

El Sistema Único de Acreditación es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y

---

<sup>17</sup> Información tomada de [http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular\\_030\\_de\\_2006\\_supersalud.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular_030_de_2006_supersalud.pdf)

evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS que voluntariamente decidan acogerse a este proceso<sup>18</sup>.

#### **3.4.1. RESOLUCIÓN 1474 DEL 7 DE NOVIEMBRE DEL 2002**

En esta resolución se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan los manuales de estándares del sistema único de acreditación.

La resolución resuelve Adoptar el Manual de Estándares de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y el Manual de Estándares de las Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada del Sistema Único de Acreditación<sup>19</sup>.

##### **3.4.1.1. FUNCIONES DE LA ENTIDAD ACREDITADORA**

La Entidad Acreditadora que seleccione el Ministerio de Salud tendrá las siguientes obligaciones:

1. Seleccionar y entrenar a los profesionales que cumplirán las funciones de evaluación en el Sistema Único de Acreditación.
2. Estandarizar los procedimientos de evaluación.
3. Definir el procedimiento operativo que deben efectuar las organizaciones de Salud para presentarse al proceso de acreditación.

---

<sup>18</sup> Información tomada de [http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular\\_030\\_de\\_2006\\_supersalud.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular_030_de_2006_supersalud.pdf)

<sup>19</sup> [minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo220302.pdf](http://minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo220302.pdf)

4. Conformar un grupo específico integrado por conocedores de los temas de gestión, evaluación o mejoramiento de la calidad y con experiencia como directivos de instituciones de salud del sector salud, para conferir o negar la acreditación a las entidades que se sometan a este proceso.
5. Crear un Comité de Apelaciones en el que tenga participación por lo menos un miembro de la institución que apela su decisión.
6. Revocar o suspender la acreditación otorgada, cuando se configuren los supuestos previstos para dichos eventos.
7. Diseñar, sistematizar y mantener actualizado un banco de datos con la información relativa a las instituciones que participen en el Sistema Único de Acreditación.
8. Realizar la divulgación sobre las organizaciones que han obtenido la Acreditación.
9. Promover el Sistema Único de Acreditación.
10. Elaborar y enviar un informe ejecutivo semestral al Ministerio de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud.
11. Las demás que se establezcan en las Bases del Concurso de Méritos que adelantará el Ministerio de Salud.

### **3.5. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD**

El Ministerio de la Protección Social diseña e implementa un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>20</sup>.

### **3.5.1. Objetivos del Sistema de Información para la Calidad**

Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

- 1. Monitorear.** Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud.
- 2. Orientar.** Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
- 3. Referenciar.** Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.
- 4. Estimular.** Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

---

<sup>20</sup> [minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo220302.pdf](http://minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo220302.pdf)

### 3.5.2. Principios del Sistema de Información para la Calidad

Los siguientes principios del Sistema de Información para la Calidad son<sup>21</sup>:

1. **Gradualidad.** La información que debe entregarse es desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolecta y se ofrece a los usuarios.
2. **Sencillez.** La información se presenta de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.
3. **Focalización.** La información está concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios, para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red, con base en criterios de calidad.
4. **Validez y confiabilidad.** La información es válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.
5. **Participación.** En el desarrollo e implementación de la información participan de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
6. **Eficiencia.** Se recopilará solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

---

<sup>21</sup> [minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo220302.pdf](http://minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo220302.pdf)

## **4. GENERALIDADES DE LA EMPRESA**

### **4.1. RAZÓN SOCIAL**

La razón social consignada en el acuerdo 09 de 1999 que modifican los acuerdos 021 de 1994 y 018 de 1998 en el cual se transforma el Hospital Integrado San José en *empresa social del estado, Hospital San José*, con representación legal a cargo del Doctor Luis Eduardo Ospino Arrieta; NIT: 890.205.655-4; Naturaleza jurídica pública.

### **4.2. OBJETO SOCIAL**

El objeto social del Hospital San José, es la prestación de servicios de Salud entendidos como un servicio público a cargo del Estado, como parte integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, en desarrollo de este objeto levantará acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, de acuerdo con su nivel de complejidad.

### **4.3. UBICACIÓN**

Sede:	Calle 3 N° 2A -17 Valle de San José
Departamento	Santander
Teléfono:	7 26 87 06      FAX: 7 26 87 12

### **4.4. RESEÑA HISTÓRICA**

La E.S.E Hospital San José, tuvo origen eclesiástico, ya que fueron los párrocos de la localidad los que motivaron e iniciaron y llevaron a cabo la

obra, ayudados por la comunidad y algunos benefactores. En 1875 existía como la casa de la caridad destinada a traer enfermos pobres, fundado por el Pbro. Pedro Alcántara Rojas, sostenida y dirigida por las Hermanas del Sagrado Corazón, constituyéndose así en el único hospital.

El Hospital San José se debe especialmente a la actividad de los párrocos Daniel Silva, Bartolomé, Luis Domingo Mantilla, Sevillano Pérez y Alfonso de Jesús Vera; secundados siempre por la ayuda de la comunidad.

El acta de fundación es del 26 de septiembre de 1898, pero el 19 de mayo de 1916 el obispo del socorro Antonio Vicente Arenas aprobó la fundación del hospital y ordenó se constituyera la junta directiva bajo la denominación de junta eclesiástica de beneficencia.

Se le concedió personería jurídica por medio de la resolución del ministerio de gobierno de fecha mayo 27 de 1918, publicada a su vez en el número de 16403 del diario oficial del 31 de mayo 1918.

La junta directiva de la E.S.E. Hospital San José, del Valle de San José, en sus facultades y según el acuerdo 021 de septiembre de 1999 y que por medio del acuerdo 021 de septiembre 9 de 1999 se transformó en Hospital Integrado San José de primer nivel. El 9 de septiembre de 1999 se convirtió en Empresa Social del Estado, Hospital San José.

El Hospital San José está ubicado en el municipio del Valle de San José, a 18 kilómetros de San Gil en el departamento de Santander, con 13 veredas para un total de 5369 habitantes distribuidos tanto en la zona rural como en la urbana; el Hospital juega un papel importante dentro del municipio ya que posee una cobertura de 76% de la población total.

#### 4.5. TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA

- **NIVEL DIRECTIVO:**

Gerente de la E.S.E. Hospital San José – primer nivel de atención.

Número de cargos iguales: Uno.

Dependencia: Administración Municipal.

- **NIVEL PROFESIONAL:**

Médico en Servicio Social Obligatorio.

Número de cargos iguales: Uno.

Dependencia: Gerente.

- **NIVEL TÉCNICO:**

Técnico Operativo.

Número de cargos iguales: Uno.

Dependencia: Gerente.

Técnico área de la Salud

Número de cargos iguales: Uno.

Dependencia: Gerente.

- **NIVEL ASISTENCIAL:**

Auxiliar Administrativo.

Número de cargos iguales: Uno.

Dependencia: Gerente.

Auxiliar área Salud. Información en Salud.

Número de cargos iguales: Uno.

Dependencia: Gerente.

Auxiliar área Salud. Enfermería.

Número de cargos iguales: Cuatro.

Dependencia: Gerente.

Auxiliar área Salud. Consultorio Odontológico.

Número de cargos iguales: Uno.

Dependencia: Gerente.

Auxiliar área Salud. Higiene Oral.

Número de cargos iguales: Uno.

Dependencia: Gerente.

Auxiliar área Salud. Promotor en Salud.

Número de cargos iguales: Uno.

Dependencia: Gerente.

Auxiliar área Salud. Enfermería, puesto de salud los molinos.

Número de cargos iguales: Uno.

Dependencia: Gerente.

Auxiliar de servicios generales.

Número de cargos iguales: Seis.

Dependencia: Gerente.

Conductor.

Número de cargos iguales: Uno.

Dependencia: Gerente.

#### **4.6. PORTAFOLIO DE SERVICIOS**

- **CONSULTA EXTERNA:**

Consulta paramédica.

Consulta de medicina general.

- **SERVICIOS DE URGENCIAS:**

Atención médica de urgencias.

Atención odontológica de urgencias.

- **SERVICIOS DE INTERNACIÓN:**

Hospitalización.

- **SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN:**

Sala de partos.

- **SERVICIOS DE APOYO A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES:**

Servicios de medicamentos.

Laboratorio clínico.

Electrocardiógrafo y nebulizadores

Servicio de transporte de pacientes en ambulancia

#### **4.7. CLIENTES ACTUALES**

- Salud vida. ARS Capitado.
- Unión Temporal Avanzar Médico por evento.
- Médico Preventiva por evento.

#### **4.8. VISIÓN**

Seremos una empresa Social del Estado que preste servicios de Salud, de óptima calidad y sea líder de la zona Guanentina en cuanto a la eficiencia y oportuna prestación de servicios de salud.

#### **4.9. MISIÓN**

Como Hospital de primer nivel de atención y como futura Empresa Social del Estado, debe prestar los servicios de salud en actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la comunidad de nuestra zona de influencia, satisfaciendo las necesidades de las personas, ya sea en forma ambulatoria o intrahospitalaria promoviendo el desarrollo de sus trabajadores y la utilización racional de los recursos para garantizar servicios oportunos, seguros y de máxima calidad técnica y profesional.

## **5. EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN INICIAL EN CUANTO AL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DEL DECRETO 1011 DEL 3 DE ABRIL DE 2006**

Inicialmente se realizó un estudio para determinar qué nivel de cumplimiento de los requisitos del Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006 tenía el Hospital San José y qué documentación ya existía, facilitando ésto generar un cronograma y una estrategia para realizar el trabajo referente a la documentación e implementación de mejoras de los procesos de la Organización.

Para ésto se realizó una revisión de los comités existentes, entrevistas al nivel operativo y administrativo; evaluación de la información recopilada a través de documentos y declaraciones de hecho, cuyo objetivo fue determinar la posición de la empresa frente al cumplimiento de los requisitos del decreto referido, para poder llevar a cabo las actividades necesarias para documentar e implementar con éxito el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

### **5.1. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN**

Realizar un diagnóstico de calidad en el Hospital San José, que permita determinar el nivel de cumplimiento de los requisitos del Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006; para descubrir qué documentos existen, cuáles deben documentarse y cuáles necesitan ser diseñados.

### **5.2. RESPONSABLES DE LA EVALUACIÓN**

La responsable directa de la evaluación es la Autora del Proyecto: Erika Yolima Moreno Rodríguez.

### **5.3. ALCANCE DE LA EVALUACIÓN**

La evaluación cubrió todos los puntos del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema de Información para la Calidad y el Sistema Único de Acreditación incluidos en el Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, que aplican en la E.S.E. Hospital San José y sobre la totalidad de los procesos.

### **5.4. FECHAS DE EVALUACIÓN**

Diciembre 15 al 22 de 2006

### **5.5. DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

Para el desarrollo de la inspección se empleó una tabla que incluye todos los puntos del Decreto 1011, en cada uno de los requisitos se establecieron observaciones sobre la situación.

Se tomó el decreto 1011 del 3 de abril de 2006 y se montó un bosquejo de los requisitos exigidos por la secretaría de salud, los cuales sirvieron para evaluar el nivel de cumplimiento de la institución. El gerente general aprobó el instrumento de medición de la evaluación inicial y se procedió a realizarla.

### **5.6. REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN**

Para obtener esta información, primero que todo se revisó la documentación existente en la E.S.E. Hospital San José, lo que permitió definir la situación actual de la institución.

A través de esta evaluación se determinó:

- Los documentos existentes en la institución, que daban cumplimiento a los requisitos del Decreto.
- Los requisitos del Decreto a los cuales no se les daba cumplimiento.
- Estructura de calidad existente en la organización.

Por lo tanto la evaluación permitió definir con claridad los pasos a seguir, determinando los requerimientos que no son cumplidos, la documentación necesaria para la obtención de la habilitación y posterior acreditación, los procesos que debían ser mejorados y documentados, como aquellos que deberían ser diseñados para posteriormente implementarse y mejorarse.

En la siguiente tabla se muestran los resultados de la evaluación.

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

**TABLA 1.** Evaluación de la Situación Inicial en cuanto al Nivel de Cumplimiento del Decreto 1011 del 3 de abril de 2006.

CAPÍTULO	OBSERVACIONES	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
		Total	Parcial	Nulo
<b>SENSIBILIZACIÓN</b>	Se hizo la sensibilización en la empresa.			
<b>1. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN</b>				
<b>ARTÍCULO 7º: CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA CIENTÍFICA Y</b>				
<b>7.1. RECURSO HUMANO</b>	Los especialistas, profesionales y auxiliares cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa reconocida por el estado.	X		
	En el proceso de selección del nuevo personal se incluye la verificación del título de grado según sea el caso.	X		
	La institución presenta un estricto control sobre su talento humano en la asistencia que se presta directamente a los usuarios.	X		
	En urgencias se mantiene un médico general y auxiliar de enfermería permanentes.	X		
	El personal del Hospital se encuentra continuamente en capacitaciones.		X	
	La institución presta los servicios de Promoción Y Prevención, el personal es altamente capacitado para dicho fin.	X		
	El personal de servicio de traslado de pacientes incluyendo el conductor, se encuentra en la capacidad de prestar servicios de primeros auxilios hasta la llegada al centro de salud de urgencias.	X		
<b>7.2. INSTALACIONES FÍSICAS</b>	El Hospital San José cuenta con los servicios básicos como son: agua, energía eléctrica, sistemas de comunicación.	X		
	Poseen manejo y evacuación de residuos sólidos y líquidos.	X		
	Buen sistema de ventilación, tamaño, materiales, distribución y mantenimiento.	X		
	Poseen depósito de almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortopunzantes, con su señalización y acceso restringido.	X		
	Cuenta con tanques de almacenamiento de agua para un mínimo de 24 horas de servicio.	X		

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

CAPÍTULO	OBSERVACIONES	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
		Total	Parcial	Nulo
<b>7.2. INSTALACIONES FÍSICAS</b>	El puesto de enfermería garantiza la monitorización de pacientes.	X		
	Dispone de un ambiente físico exclusivo y delimitado con áreas que funcionan en forma independiente.	X		
	El área física exclusiva y de circulación restringida, no es utilizada como área de tránsito entre otras dependencias.	X		
	Cuenta con consultorio en espacio cerrado. Ambiente exclusivo y delimitado en odontología.	X		
	En urgencia cuenta con los requisitos solicitados en dicho servicio.	X		
	Cuenta con un área dedicada a la toma de muestras con su respectivo mueble, con área independiente para toma de muestras ginecológicas y citologías Cerviño uterina.	X		
	El servicio de vacunación dispone de un área delimitada con todos los requerimientos para este servicio.	X		
	La ambulancia cuenta con las condiciones mecánicas con referencia a la última versión vigente de la Norma Técnica Colombiana ICONTEC.	X		
	En el área de urgencias y laboratorios poseen pisos impermeables, sólidos, antideslizantes, de fácil limpieza, uniformados y con nivelación para facilitar el drenaje.	X		
<b>7.3. DOTACIÓN MANTENIMIENTO</b>	Todo equipo emisor de radiación ionizantes de tipo médico tiene licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud.	X		
	Realiza mantenimiento a todos los equipos de la institución.		X	
	No se lleva una hoja de vida del equipo utilizado por la institución, la cual deben estar centralizada y copias en cada proceso donde se utilicen los equipos.		X	
	Posee equipo de reanimación con los medicamentos necesarios para una urgencia	X		
	Goza de equipo de esterilización.	X		
	La sala de partos cuenta con los equipos necesarios para atender un parto.	X		

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

	El consultorio cuenta desde termómetro pasando por la camilla, balanza y todos los equipos necesarios para un diagnóstico eficiente	X		
NUMERAL	OBSERVACIONES	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
		Total	Parcial	Nulo
7.3. DOTACION MANTENIMIENTO	Para la toma de citologías el consultorio cuenta con camilla, lámpara, espéculo y todos los materiales necesarios para realizar el procedimiento.	X		
	El laboratorio clínico cuenta con los equipos necesarios para analizar las muestras a tomar.	X		
	El traslado asistencial, cumple con los criterios establecidos para el traslado asistencial terrestre.	X		
	En farmacia se encuentra la dotación y equipos necesarios para la clasificación, almacenamiento y dispensación de los medicamentos.	X		
	Cuenta con una unidad odontológica con los requerimientos exigidos por la ley.	X		
	En el servicio de procedimientos menores cuenta con camilla rodante y con frenos y equipos de pequeña cirugía.	X		
7.4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS.	La institución tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que se ofrecen, según el decreto 2200 de 2005 y demás normas que lo modifican.	X		
	Para dispositivos médicos posee un listado que incluye el nombre genérico o marca del dispositivo, con todos los datos necesarios para su registro.	X		
	Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, incluyen la verificación del INVIMA.	X		
	Se tienen definidas disposiciones técnicas para la adquisición de medicamentos y se aplican procedimientos técnicos para el almacenamiento y distribución de medicamentos, incluidos los de uso odontológico.	X		
	Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico, medicamentos homeopáticos y en general los insumos asistenciales que utiliza la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos, de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento.	X		
	No se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se rehusen dispositivos			X

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

	médicos.			
	En el caso de mezclas de medicamentos oncológicos, nutriciones, de dosis prescritas y preparaciones magistrales y cada uno de los procesos que realice, cumple con el Decreto 2200 de 2005	X		
NUMERAL	OBSERVACIONES	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
		Total	Parcial	Nulo
7.4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS.	La toma de muestras en el laboratorio tiene soporte de los pedidos y sistema Sócrates.	X		
	En el laboratorio clínico se tiene un proceso de adquisición de dispositivos médicos definido y documentado. Los dispositivos se encuentran almacenados bajo condiciones de temperatura adecuada, con un sistema Sócrates.		X	
7.5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES.	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos no son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Para los servicios de consulta externa y urgencias no se tiene establecido los protocolos de identificación del origen de la enfermedad y accidente de trabajo.			X
	La institución no cuenta con guías clínicas de atención, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, oficialmente reportadas en el servicio de hospitalización y traslado asistencial básico o medicalizado.			X
	No se tiene definido los procesos para la implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el decreto 1011 de 2006			X
	El hospital presta sus servicios de urgencias las 24 horas del día	X		
	En el servicio de promoción y prevención han implantado normas técnicas de protección específica y detención temprana.	X		
	La institución no cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y de riesgo biológico.			X
	Cuenta con procedimiento documentado para la revisión en cada turno de reanimación, la solicitud de interconsultas y un Sistema Organizado de Alerta (código Azul).	X		
	Cuenta con procedimientos de coordinación entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza, aseo y mantenimiento hospitalario	X		
	Los servicios no tienen procesos documentados para el manejo de desechos.			X

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

	Cada servicio no cuenta con un manual de buenas prácticas de esterilización, manejo de residuos.			X
	No posee un plan para la atención de urgencias.			X
	La ambulancia no dispone de guías de manejo de urgencias.			X
	En el laboratorio clínico no se tiene un manual de toma, transporte, conservación y remisión de muestras.			X
NUMERAL	OBSERVACIONES	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
		Total	Parcial	Nulo
<b>7.5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES.</b>	En el laboratorio no se tiene un manual de bioseguridad.		X	
	En el laboratorio no se tiene manual de manejo de residuos.			X
	No posee protocolo de limpieza y desinfección de áreas.			X
	No tienen documentado el protocolo de limpieza y desinfección de material de vidrio.			X
	No posee protocolo de transporte de muestras.			X
	El laboratorio no posee un programa de control de calidad Interno y externo, y no se tienen los siguientes Manuales. ✓ Análisis de los reportes del control de calidad y toma de medidas correctivas documentadas. ✓ Manual de Control de Calidad Interno y externo. ✓ Manuales de procedimientos técnicos de cada sección.			X
	En el servicio de odontología no se cuenta con: ✓ Guías sobre manejo de las principales causas de morbilidad oral, de complicaciones anestésicas; procedimientos documentados para el manejo de residuos infecciosos y manuales de bioseguridad. ✓ El proceso de esterilización se realiza por el manual de buenas prácticas de esterilización del Ministerio de la Protección Social.			X
	En el servicio de procedimientos menores no se tiene documentos donde se especifica los tipos de procedimientos que se pueden realizar allí.			X
	No se posee protocolo de procedimientos en el servicio de procedimientos menores.			X
	En el servicio de procedimientos menores no se cuenta con: Procedimientos para la información al paciente sobre preparación, y recomendaciones post procedimiento, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos de procedimientos sin hospitalización. Guías de manejo de patologías de			X

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

Urgencia Manual de bioseguridad.			
-------------------------------------	--	--	--

NUMERAL	OBSERVACIONES	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
		Total	Parcial	Nulo
<b>7.5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES.</b>	En el servicio de farmacia se encuentra: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manual de procesos y procedimientos que incluye los procesos y procedimientos para la adecuada recepción, almacenamiento, conservación de los medicamentos de acuerdo con las especificaciones establecidas por el laboratorio fabricante, diseñados por químico farmacéutico.</li> <li>✓ Procedimiento para el manejo de medicamentos de control.</li> <li>✓ Procedimientos para el control de fechas de expiración y mecanismos de baja de medicamentos.</li> </ul>			<b>x</b>
	En el servicio de farmacia no se encuentra: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Normas explícitas sobre la no formulación ni realización de actividades de asesoría farmacológica ni de fármaco-vigilancia por personal diferente al químico farmacéutico.</li> <li>✓ Información visible al usuario que prohíba la asesoría farmacológica por parte de personal diferente al químico farmacéutico.</li> </ul>			<b>x</b>
	Referente al servicio de Promoción y Prevención el Hospital cuenta con: los procesos de implementación y evaluación del cumplimiento de las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública.			<b>x</b>
<b>7.6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES</b>	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica.	<b>x</b>		

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuenta con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud.			X
	El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo y sí es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.			X
NUMERAL	OBSERVACIONES	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
		Total	Parcial	Nulo
<b>7.6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES</b>	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.	X		
	Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.	X		
	Los programas automatizados de registro de historias clínicas están provistos de mecanismos de seguridad.	X		
	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.	X		

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

	<p>En el laboratorio clínico se tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro diario de pacientes y exámenes solicitados. asegurados de que no se puedan modificar los datos.</li> <li>• Registro de entrega de las muestras.</li> <li>• Registro o Copia de los exámenes remitidos y resultados de los mismos, con el nombre del laboratorio y de la persona que los realizó.</li> <li>• Contrato con el laboratorio de referencia.</li> <li>• Formato de Reporte de resultados.</li> <li>• Los registros y documentación del laboratorio, se mantienen en archivo activo y en archivo muerto durante el tiempo contemplado por la normatividad vigente.</li> </ul> <p>En el laboratorio clínico no se tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registros de temperatura de la nevera.</li> <li>• Registro de Control de Calidad Interno y externo.</li> <li>• Los resultados del control de calidad interno y externo, se conserva por lo menos durante un año.</li> </ul>	X		
	En hospitalización y traslado asistencial, no se cuenta con un registro con el nombre de los pacientes atendidos o trasladados, fecha, hora, origen y destino del servicio, tipo de servicio, nombre del personal que atiende el servicio, evolución y procedimientos durante el traslado o atención de los pacientes en el programa o servicio.			X
CAPÍTULO	OBSERVACIONES	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
		Total	Parcial	Nulo
<b>7.6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES</b>	En servicio de urgencia y atención prehospitalaria se cuenta con clasificación de multitud de lesionados.	X		
<b>7.7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS</b>	El hospital cuenta con: Laboratorio clínico. Servicio farmacéutico. Ambulancia. Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo y mantenimiento).	X		
	Todos los servicios que requieren procesos de esterilización cuentan con él.	X		
	El servicio de transporte asistencial cuenta con una red de radiocomunicaciones.	X		
	El servicio de urgencias cuenta con servicio de laboratorio clínico, necesarios para la complejidad y tipo de pacientes que atiende con la oportunidad requerida. Cuenta con servicio farmacéutico, para el apoyo de suministro de medicamentos necesarios para la complejidad y tipo de pacientes que atiende con la oportunidad requerida.	X		

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

<b>7.8. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES.</b>	No se tiene definido los flujos de urgencias de pacientes			<b>X</b>
	En hospitalización de urgencias se tiene un proceso para la remisión de pacientes, que incluye destinos, sistema de comunicación de doble vía, disponibilidad de medios de transporte, y guías para referencia de pacientes.			<b>X</b>
	El servicio obstétrico posee sistemas de referencia de pacientes de alto riesgo obstétrico y neonatal.	<b>X</b>		
	El proceso de remisión de pacientes de la sala de procedimientos menores tiene procesos donde incluye destinos, sistema de comunicación de doble vía, disponibilidad de medios de transporte, y guías para referencia de pacientes.	<b>X</b>		
<b>7.9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.</b>	La institución no realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica: ✓ La ficha técnica del indicador ✓ La estandarización de las fuentes. ✓ La definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas.			<b>X</b>
	Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos: Mortalidad intrahospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones terapéuticas especialmente medicamentosas.			<b>X</b>
	Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.		<b>X</b>	
<b>CAPÍTULO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>NIVEL DE CUMPLIMIENTO</b>		
		<b>Total</b>	<b>Parcial</b>	<b>Nulo</b>
	Se evalúa sistemáticamente las defunciones y complicaciones ocurridas durante el transporte o la atención domiciliaria o prehospitalaria.	<b>X</b>		
	El laboratorio clínico tiene documentados, identificados y cuantificados los riesgos a los cuales se exponen los pacientes cuando utilizan el servicio como: fallas en el manejo, porcentaje de citologías positivas y negativas, complicaciones, pérdida del derecho a la intimidad, encontrados en las encuestas de satisfacción.	<b>X</b>		

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

	<p>En la sala de procedimientos menores lleva la mortalidad en urgencias, infecciones derivadas de los procedimientos realizados, complicaciones en procedimientos menores, complicaciones terapéuticas y de manejo de medicamentos.</p> <p>En el servicio de Promoción y Prevención se lleva seguimiento de las complicaciones de intervenciones de prevención, reacciones post-vacuna, lesiones o infecciones en la aplicación de métodos de planificación.</p>	X		
<p><b>7.10. TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES.</b></p>	<p>La dotación de la ambulancia está constituida por: Camilla principal, camilla secundaria, atril portasuero, tenciómetro para adultos y pediátrico, fonendoscopio para adultos y pediátrico, pinzas de magill, tijeras de material, un termómetro clínico, una perilla de succión, una riñonera, un pato mujeres, un pato hombres, una lámpara de mano, una manta térmica., sistema de oxígeno con capacidad total de almacenamiento de mínimo tres (3) metros cúbicos. Parte del sistema debe ser portátil para permitir el desplazamiento de las camillas manteniendo el suministro de oxígeno al paciente, aspirador de secreciones, un dispositivo de bolsa válvula, máscara con reservorio de oxígeno para adultos, un dispositivo de bolsa válvula, máscara con reservorio de oxígeno pediátrico, tres cánulas orofaríngeas de diferentes tamaños, una máscara de no reinhalación con reservorio para adulto, una máscara de no reinhalación con reservorio pediátrica, un combitubo o máscara laríngea, un sistema ventury adulto, un sistema ventury pediátrico, un nebulizador, conjunto para inmovilización que debe contener collares cervicales graduables, inmovilizadores laterales de cabeza, férulas neumáticas de cartón o de plástico para el brazo, cuello, antebrazo, pierna y pié; vendas de algodón, vendas de gasa, vendas triangulares.</p>	X		
<b>CAPÍTULO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>NIVEL DE CUMPLIMIENTO</b>		
		<b>Total</b>	<b>Parcial</b>	<b>Nulo</b>

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

<p><b>7.10. TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES.</b></p>	<p>Cuenta con los siguientes insumos: Guantes desechables. Apósitos de gasa y apósitos de algodón, ganchos de cordón umbilical o similar, sondas nasogástricas de diferentes tamaños, sondas de Nelatón de diferentes tamaños, cinta de esparadrapo y cinta de microporo, sábanas para la camilla. Tapabocas. Cuenta con recipientes debidamente rotulados para almacenamiento de residuos peligrosos biosanitarios y cortopunzantes de acuerdo con las normas vigentes. Cuenta con gafas de bioprotección, elementos de desinfección y aseo. Cuenta con soluciones cristaloides: (solución salina, hartman y dextrosa). Medicamentos e insumos. Un extintor para fuegos ABC, con capacidad mínima de carga de 2.26 kg. para cada uno de los compartimentos de la ambulancia (conductor y paciente). Cuenta con un conjunto de herramientas entre las que deben estar: chaleco reflectivo, rueda de repuesto, una llave de pernos o cruceta, una tijera cortatodo, un gato y equipo para sustitución de ruedas, señales reflectivas de emergencia, dos tacos de madera o de otro material para bloqueo de llantas, un martillo, un juego de cables de iniciación eléctrica para batería, una linterna con pilas, destornilladores y un alicate.</p>	X		
<p><b>ARTÍCULO 8º: DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL FINANCIERA.</b></p>	<p>El hospital cumple con la suficiencia patrimonial exigida por el Ministerio de la Protección Social, en donde se especifica su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones a corto plazo.</p>	X		
<p><b>ARTÍCULO 9º: DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA.</b></p>	<p>Se cuenta con el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios exigidos por las normas respecto a su existencia y representación legal.</p>	X		
	<p>Posee total cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que demuestra que cuenta con un sistema contable, para generar estados financieros.</p>	X		
<p><b>ARTÍCULO 10º: REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD</b></p>	<p>No cuenta con un registro especial de prestadores de servicios de salud.</p>			X
<p><b>ARTÍCULO 11º: FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.</b></p>	<p>No posee un formulario diligenciado de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud.</p>			X
<p><b>CAPÍTULO</b></p>	<p><b>OBSERVACIONES</b></p>	<p><b>NIVEL DE CUMPLIMIENTO</b></p>		

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

		Total	Parcial	Nulo
<b>ARTÍCULO 12°: AUTOEVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA HABILITACIÓN.</b>	No ha desarrollado la autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación.			X
<b>ARTÍCULO 16°: REPORTE DE NOVEDADES.</b>	No se lleva un reporte de novedades ante la Entidad Departamental de Salud			X
<b>2. AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD</b>				
<b>ARTÍCULO 32°: AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.</b>	No posee la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.			X
	No aplican la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada.			X
	No poseen normas técnicas para medir la calidad de la red de prestadores.			X
<b>ARTÍCULO 33°: NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.</b>	No posee procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud			X
	No poseen cultura de autocontrol.			X
	No tiene un manual de auditoría para el mejoramiento de la calidad.			X
<b>ARTICULO 43°: TIPOS DE ACCIONES.</b>	No poseen un modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.			X
<b>3. SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.</b>				
<b>ARTÍCULO 44°: MANUAL DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.</b>	No tiene ningún tipo de documento para efectuar la acreditación.			X
	No posee el manual de estándares del sistema único de acreditación.			X
<b>4. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD</b>				
<b>ARTÍCULO 45°: SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.</b>	No tienen Sistema de Información para la Calidad.			X
	No poseen fichas técnicas del Sistema de Información para la Calidad			X
<b>CAPÍTULO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>NIVEL DE CUMPLIMIENTO</b>		

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

		Total	Parcial	Nulo
<b>5. PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>	No posee el PAMEC			X
	No están creados los siguientes comités: Comité de Farmacia y Terapéutica. Comité de Credenciales. Comité de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial. Comité de Infecciones, Profilaxis y Política Antibiótica Comité de Auditoría Médica y de Servicios. Comité de Adecuación Tecnológica. Comité de Docencia e Investigación. Comité Técnico Científico. Comité de Ética Hospitalaria. Comité de Calidad.			X
<b>6. GENERALIDADES DE LA EMPRESA.</b>	No tiene objetivos de la institución.			X
	No poseen principios corporativos.			X
<b>6. OTROS REQUERIMIENTOS.</b>	No tiene objetivos de calidad.			X
	No poseen política de calidad.			X
	No poseen indicadores y metas de calidad.			X
	No manejan un ciclo de mejoramiento continuo.			X
	No manejan las encuestas a los usuarios de la red de prestadores			X
	No se manejan los deberes y derechos de los pacientes			X

## 5.7. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Finalizado el proceso de evaluación realizado en la E.S.E. Hospital San José, se pudo concluir que diseñar un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud es una necesidad evidente dentro de la institución; mucho más allá que una simple Habilitación y próxima Acreditación, el sistema debe organizar de manera general a toda la organización.

Existen fortalezas de la organización que pueden facilitar todo el proceso como son:

- Personal administrativo altamente capacitado, capaz de asumir retos y alcanzar metas importantes.
- Personal operativo abierto al cambio y consciente de la importancia de la calidad.

Sin embargo, también son evidentes ciertas debilidades que deben superarse dentro del Hospital San José como son:

- No poseen documentos exigidos por la secretaría de salud, los cuales son esenciales para la obtención de la Habilitación.
- Los datos generados de algunos indicadores no son sometidos a un proceso de análisis para evaluar el alcance de los objetivos mínimos.
- No cuentan con metas de calidad a lo largo de la red de Prestadores de Servicios de Salud.

De acuerdo al cumplimiento encontrado en el Hospital con respecto a los requisitos que establece el Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, se presenta la siguiente propuesta que puede facilitar todo el proceso:

- Realizar un proceso de autoevaluación para evaluar el estado inicial del Hospital.
- Analizar los requerimientos no cumplidos por la institución.

- Establecer mejoras en cada uno de los procesos, e implementarlas.
- Desarrollar la documentación necesaria para dar cumplimiento a los requisitos del decreto.
- Realizar correcciones con los directivos del Hospital.
- Implementar mejoras en los procesos.

#### **5.8. PASOS A SEGUIR PARA LA CONFIGURACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD**

Después de la evaluación inicial, se obtuvo un claro entendimiento de los pasos a seguir para conseguir un orden lógico y planificado del proceso de configuración del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en el Hospital San José. La estructura se puede observar en la siguiente tabla:

TABLA 2. Plan de Implementación del Sistema de Gestión de Calidad en la E.S.E. Hospital San José.

N°	TEMA A TRATAR	COMPROMISOS											SEGUIMIENTO						
			D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	M	J	J	A	S	O	
1	ACTIVIDADES GENERALES	<b>DIAGNÓSTICO</b>																	
2		<b>SENSIBILIZACIÓN</b>																	
3	SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN.	<b>7.1. RECURSO HUMANO:</b> Identificar los requisitos legales, reglamentarios y de la institución.																	
4		Analizar cada hoja de vida y hallar los requisitos faltos por cumplir.																	
5		Corroborar la elaboración de capacitaciones periódicas																	
6		Identificar actividades de promoción y prevención																	
7		<b>7.2. INSTALACIONES FÍSICAS:</b> Revisar el estado de las instalaciones físicas requeridas en el decreto 1011 del 3 de abril de 2006																	
8		<b>7.3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO:</b> Elaborar, revisar y aprobar las hojas de vida de los equipos utilizados por la institución																	
9		Revisar la existencia de los equipos necesarios en el consultorio.																	
10		Rectificar la existencia de los equipos necesarios en cada proceso de la red de prestadores.																	
11		<b>7.4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS:</b> verificar los listados de los insumos de la institución.																	
12		Definir normas de no reutilización de dispositivos médicos																	
13		Actualizar las hojas kardex en el laboratorio																	
14		<b>7.5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES:</b> Definir, aprobar y difundir los procesos para implementar el sistema de información.																	
15		Elaborar, revisar, aprobar y difundir procedimientos documentados para el manejo de residuos hospitalarios, infecciosos y de riesgo biológico.																	
16		Elaborar, revisar, aprobar y difundir procedimientos para el manejo de residuos en cada servicio prestado por la institución.																	
17		Revisar el soporte de pedidos de toma de muestras y kardex.																	
18		Revisar los protocolos de identificación del origen de enfermedades y accidentes de trabajo																	

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA  
HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

N°	TEMA A TRATAR	COMPROMISOS	SEGUIMIENTO															
			D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	M	J	J	A	S	O
19	SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	Elaborar, revisar, aprobar y difundir las patologías que constituyen las 10 primeras causas de consulta o egreso.																
20		Elaborar, revisar, aprobar y difundir el manual de buenas prácticas de esterilización.																
21		Elaborar, revisar, aprobar y difundir un plan para la atención de urgencias.																
22		Elaborar, revisar, aprobar y difundir una guía de manejo de urgencias en la ambulancia																
23		Elaborar, revisar, aprobar y difundir un manual de toma, transporte, conservación y remisión de muestras para el laboratorio.																
24		Elaborar, revisar, aprobar y difundir un manual de bioseguridad para el laboratorio.																
25		Elaborar, revisar, aprobar y difundir el protocolo de limpieza y desinfección de áreas.																
26		Elaborar, revisar, aprobar y difundir el protocolo de limpieza y desinfección de materiales de vidrio.																
27		Elaborar, revisar, aprobar y difundir el protocolo de transporte de muestras.																
28		Establecer las principales causas de morbilidad oral y complicaciones anestésicas.																
29		Elaborar, revisar, aprobar y difundir tipos de procedimientos que se realizan en servicios de procedimientos menores.																
30		Elaborar, revisar, aprobar y difundir protocolo de procedimientos menores.																
31		Elaborar, revisar, aprobar y difundir información visible al usuario de farmacia, sobre la prohibición de asesoría fármaco por parte de personal diferente al regente fármaco																
32		<b>7.6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES:</b> Elaborar, revisar, aprobar y aplicar registro de temperatura de nevera. Elaborar, revisar, aprobar, un registro de auditoría interna, en el servicio de laboratorio clínico.																
33	<b>7.7 INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS:</b> Elaborar, revisar, aprobar y difundir registro de traslado asistencial con datos básicos del paciente.																	

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

N°	TEMA A TRATAR	COMPROMISOS	SEGUIMIENTO															
			D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	M	J	J	A	S	O
34	SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN.	7.8. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES: Elaborar, revisar, aprobar y difundir los flujos de urgencias de los pacientes																
35		7.9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS: Realizar procesos de evaluación.																
36		Elaborar ficha técnica del indicador.																
37		Definir, revisar y aprobar las metas de los indicadores.																
38		Documentar, identificar y cuantificar los riesgos al utilizar los servicios del laboratorio.																
39		10. REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD: Desarrollar, revisar y aprobar el registro especial de prestadores de servicios de salud.																
40		11. FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES: Diligenciar, revisar y aprobar la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud.																
41		12. AUTOEVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES PARA HABILITACIÓN: Desarrollar la autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación.																
42	16. REPORTE DE NOVEDADES: Reportar actividades ante la entidad departamental de salud.																	
43	AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.	32. AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD: Evaluar los procesos definidos como prioritarios.																
43		Comprobar la calidad esperada y la observada.																
45		Elaborar, revisar, aprobar y difundir las normas técnicas para medir la calidad de la red de prestadores.																
46		33. NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD: Establecer procesos de auditoría.																
47		Establecer una cultura de autocontrol.																
48		Elaborar, revisar, aprobar y difundir el manual de auditoría para el mejoramiento de la calidad.																
49		44. MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES PARA LA ACREDITACIÓN: Elaborar, revisar, aprobar y difundir manual único de estándares para la acreditación.																

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA  
HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

N°	TEMA A TRATAR	COMPROMISOS	SEGUIMIENTO																
			D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	M	J	J	A	S	O	
50	<b>SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.</b>	<b>4.5 SISTEMA DE INFORMACIÓN:</b> Establecer un sistema de información																	
51		Elaborar, revisar, aprobar y difundir las fichas técnicas del sistema de información para la calidad																	
52		Elaborar, revisar, aprobar y difundir el PAMEC																	
53	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.</b>	Crear los comités de: Comité de Farmacia y Terapéutica. Comité de Credenciales. Comité de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial. Comité de Infecciones, Profilaxis y Política Antibiótica Comité de Auditoría Médica y de Servicios. Comité de Adecuación Tecnológica. Comité de Docencia e Investigación. Comité Técnico Científico. Comité de Ética Hospitalaria. Comité de Calidad.																	
54	<b>GENERALIDADES DE LA EMPRESA.</b>	Elaborar, revisar, aprobar y difundir los objetivos que tiene como institución el Hospital San José.																	
55		Elaborar, revisar, aprobar y difundir los principios corporativos de la institución.																	
56		Elaborar, revisar, aprobar y difundir la política de calidad en función de las necesidades organizacionales y del cliente (acordes a la Misión y Visión).																	
57		Tomando como referencia las directrices de la política de calidad establecer los objetivos de calidad, teniendo en cuenta su respectivo despliegue.																	
58		Elaborar, revisar, aprobar y difundir los indicadores y metas de calidad.																	
59		Elaborar, revisar, aprobar y desarrollar encuestas a usuarios de la red de prestadores.																	
60		Elaborar, revisar, aprobar y difundir los derechos y deberes de los pacientes del Hospital San José.																	
61		Elaborar, revisar, aprobar y difundir un ciclo continuo de calidad.																	

## **6. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL**

Una vez evaluado el diagnóstico de la situación inicial del Hospital, se pudo concluir que además del diseño del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, es evidente la necesidad de desarrollar un cronograma de capacitación del personal del Hospital haciendo referencia a la calidad y Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

### **6.1. SENSIBILIZACIÓN**

Teniendo en cuenta la gran importancia de la participación activa del personal de la empresa, se llevó a cabo en primer lugar una jornada de sensibilización a todo el personal de la empresa; la cual se realizó los días 29 al 31 de enero de 2007 con los todos los trabajadores de la Organización.

Esta jornada de sensibilización estuvo dirigida por el Gerente General y la Coordinadora de Calidad (practicante), y se analizaron temas que fomentaron en el personal la adopción de una cultura de calidad.

Los temas tratados en la jornada fueron los siguientes:

- ✓ ¿Qué es calidad?
- ✓ ¿Qué es el Decreto 1011 del 3 de abril de 2006?
- ✓ Terminología básica de acuerdo al Decreto 1011 del 3 de abril de 2006.
- ✓ Enfoque al cliente.
- ✓ Beneficios de un Sistema de Gestión de Calidad.
- ✓ Misión y Visión de la empresa.

Esta jornada se realizó con todo el personal del Hospital, con el fin de dar a conocer las intenciones de la gerencia con respecto al Sistema que se deseaba implementar, los beneficios que podría tener en el futuro para

todos los miembros del Hospital y además empaparlos de los conceptos y temas anteriormente descritos.

Se diseñó un formato de Inducción al Personal (ver figura 1.), el cual es una guía para los responsables de realizar cada etapa de la inducción, dicho formato está compuesto por tres etapas, de las cuales la primera trata temas relacionados con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tales como: Inducción al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Misión, visión, política de calidad, objetivos de calidad y carta organizacional.

El responsable de gestionar esta parte de la inducción es la coordinadora de calidad, todo esto para concientizar al personal, de la existencia en el Hospital un Sistema de Obligatorio de Garantía de calidad.

**FIGURA 1.** Formato Inducción al Talento Humano

TIPO DE INDUCCIÓN	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	
INDUCCIÓN GENERAL	Reseña Histórica y Presentación de la Empresa	GERENTE GENERAL	FECHA: _____
	Explicación del ambiente de trabajo		
	Explicación de horarios		
	Inducción al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad	GERENTE GENERAL	FIRMA: _____
	Sensibilización del Direcccionamiento Estratégico (Misión, visión, Política de Calidad, Objetivos de Calidad, Organigrama)		
INDUCCIÓN A NORMAS DE LA ORGANIZACIÓN	Explicación del Reglamento Interno de Trabajo	GERENTE GENERAL	FECHA: _____
	Explicación y entrega del perfil del cargo		FIRMA: _____
INDUCCIÓN A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Presentación en la Administración	GERENTE GENERAL	FECHA: _____
	Presentación al grupo de trabajo		
	Entrega de áreas de trabajo y actividades a realizar		FIRMA: _____
	Explicación de la documentación, procedimientos, registros		

NOMBRE: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_

## **6.2. PLANIFICACIÓN DE LAS CAPACITACIONES**

Para planificar las capacitaciones se partió de la detección de las necesidades de formación de acuerdo a cada cargo.

### **6.2.1. Fuentes para la detección de la necesidad de capacitación.**

Se elaboró una encuesta y se aplicó a todos los empleados de acuerdo a su cargo y se tomaron datos de cuánto conocen el Sistema de Garantía de Calidad.

La encuesta toca aspectos relacionados con el respeto, liderazgo, actitud de trabajo y servicio al cliente, trabajo en equipo, motivación, comunicación, solución de problemas, responsabilidad, confidencialidad, puntualidad y calidad técnica (Ver Anexo 1.), esta evaluación fue realizada por el Gerente del Hospital, de la cual se obtuvo un porcentaje que equivale a un criterio de aceptación y en caso que el empleado estuviese por debajo del 70%, se tomaban acciones y/o compromisos para mejorar el aspecto que no alcanzó, el cual quedaba registrado en el mismo formato en el que se le realizó la evaluación, se fijó una fecha de cumplimiento quedando como registro las firmas del evaluado y el evaluador. Uno de los compromisos fue asistir a las reuniones de capacitación que iban a ser programadas de acuerdo a estas evaluaciones.

Para definir aspectos a tratar, se sacó un promedio de las habilidades, llevando a priorizar temas de capacitación. A continuación se observa la tabla de resultados.

**TABLA 3.** Resultados obtenidos en la encuesta de Desempeño en promedio.

HABILIDADES	PORCENTAJE
Respeto	89.27%
Liderazgo	83.7%
Actitud de trabajo	95.94%
Actitud de servicio al cliente	89.39%
Trabajo en equipo	91.95%
Motivación	82.60%
Comunicación	90.43%
Solución de problemas – mejora continua	91.30%
Responsabilidad	86.08%
Confidencialidad	95.21%
Puntualidad	95.65%
Calidad técnica	98.73%

Se puede observar que las habilidades donde más se requiere mejorar, de acuerdo al criterio de evaluación del gerente general son: Motivación, Liderazgo y Responsabilidad. Estos temas serán tenidos en cuenta para próximas capacitaciones, teniendo como herramientas videos, talleres y charlas de motivación.

Como la actitud de servicio al cliente es un proceso prioritario en la red de prestadores y al momento de ser evaluado presentó un bajo porcentaje, se vió la necesidad de programar capacitaciones enfocadas al servicio al cliente y buen trato a los usuarios para garantizar su total satisfacción.

### **6.2.2. Recursos.**

Para llevar a cabo las capacitaciones del personal, la empresa cuenta con recursos humanos y físicos, entre éstos están:

- **Recursos Humanos**

***Capacitadores***

Erika Yolima Moreno Rodríguez

Coordinadora de Calidad de la organización

Estudiante en práctica

La estudiante en práctica que es actualmente la coordinadora de calidad del Hospital tiene conocimientos sobre el Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 y está certificada como auditor interno por el ente certificador SGS, además se ha contado con el apoyo del Gerente para llevar a cabo las capacitaciones.

- **Recursos Físicos**

Vídeo beam

Tablero

Carteleras

Resúmenes entregados al personal sobre los diferentes temas

Las reuniones se realizaron en las instalaciones del Hospital San José.

### **6.2.3. Cronograma de Capacitación**

Con el objeto de fomentar la activa participación y el mejoramiento tanto laboral como intelectual de los miembros de la organización, se diseñó en reunión de comité de calidad el cronograma de capacitación

**TABLA 4** Cronograma de capacitación

TEMA DE CAPITACIÓN	A QUIÉN VA DIRIGIDO	RESPONSABLE	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	HORAS CAPACITACIÓN
Definiciones, Inducción, Importancia y Sensibilización del Sistema de Gestión de Calidad.	Personal operativo y administrativo	Coordinador de aseguramiento de calidad		7								1 hora
Deberes y Derechos como trabajadores del Hospital San José.	Personal operativo y administrativo	Coordinador de aseguramiento de calidad	30									30 minutos
Introducción y Fundamentos al decreto 1011 del 3 de abril de 2006.	Personal operativo y administrativo	Coordinador de aseguramiento de calidad		7								2 horas
Misión, Visión, Política y Objetivos de Calidad del Hospital San José	Personal operativo y administrativo	Coordinador de aseguramiento de calidad			14							30 minutos
Planificación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad: Política de Calidad, Objetivos, indicadores (Taller)	Personal operativo y administrativo	Coordinador de aseguramiento de calidad				18						2 horas
Plan de Seguimiento y medición, Generación de Acciones Correctivas y Preventivas.	Jefes de cada proceso	Coordinador de aseguramiento de calidad				25						1 hora
Curso de auditoría interna	Personal administrativo	Coordinador de aseguramiento de calidad						20 21				4 horas
Manejo del PAMEC	Personal administrativo y grupo de comités	Coordinador de aseguramiento de calidad				4 5 6						5 horas

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA  
HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

TEMA DE CAPITACIÓN	A QUIÉN VA DIRIGIDO	RESPONSABLE	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	HORAS CAPACITACIÓN
Fundamentos de la familia ISO 9000:2000	Personal operativo y administrativo	Coordinador de aseguramiento de calidad							11 18			4 horas
Taller de preguntas acerca del Sistema obligatorio de Garantía de calidad.	Personal operativo y administrativo	Coordinador de aseguramiento de calidad								8		2 horas
Taller de retroalimentación, trabajo en equipo	Personal operativo y administrativo	Coordinador de aseguramiento de calidad		14			16		30		26	8 horas
Taller de preguntas acerca de la norma ISO 9000:2000	Personal operativo y administrativo	Coordinador de aseguramiento de calidad								29		2 horas
Técnicas estadísticas y manejo de indicadores	Auxiliar de información	Coordinador de aseguramiento de calidad				19	29 30					6 horas

### **6.2.3.1. Objetivos del Cronograma.**

Los objetivos del cronograma de capacitación son los siguientes:

- Promover la adopción de una cultura de calidad en todo el personal de la organización.
- Lograr el compromiso de todo el personal con el SOGCS.
- Mostrar de manera general la estructura del decreto 1011 del 3 de abril de 2006 y los requisitos más importantes para el Hospital.
- Capacitar a todo el personal en temas específicos de calidad como conceptos, definiciones, principios, estructura del decreto, norma y cumplimiento de requisitos.
- Capacitar al personal en temas como trabajo en equipo, liderazgo, comunicación, con el fin de aumentar su nivel intelectual y mejorar las relaciones en el lugar de trabajo.
- Dar a conocer de manera general la estructura de la norma ISO 9000:2000 y los requisitos más importantes para una empresa

### **6.2.3.2. Temas del Cronograma.**

- Deberes y Derechos como trabajadores del Hospital San José.
- Introducción y Fundamentos al decreto 1011 del 3 de abril de 2006.
- Definiciones, Inducción, Importancia y Sensibilización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
- Misión, Visión, Política y Objetivos de Calidad del Hospital San José.
- Planificación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad: Política de Calidad, Objetivos, indicadores (Taller).

- Plan de Seguimiento y medición, Generación de Acciones Correctivas y Preventivas.
- Curso de auditoría interna.
- Manejo del PAMEC
- Fundamentos de la familia ISO 9000:2000.
- Taller de preguntas acerca del Sistema obligatorio de Garantía de calidad.
- Taller de retroalimentación trabajo en equipo.
- Taller de preguntas acerca de la norma ISO 9000:2000,
- Técnicas estadísticas y manejo de indicadores

#### **Grupo de temas #1.**

Introducción y fundamentos al decreto 1011 del 3 de abril de 2006.

Definiciones, Inducción, Importancia y Sensibilización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Taller de preguntas acerca del Sistema obligatorio de Garantía de calidad.

#### **Objetivo.**

Identificar cada uno de los beneficios y la importancia que obtiene el Hospital una vez sea implementado el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud, aclarando conceptos referentes a la calidad, a la gestión, la organización, al proceso y al servicio.

#### **Grupo de temas #2.**

Misión, Visión, Política y Objetivos de Calidad del Hospital San José.

Planificación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad: Política de Calidad, Objetivos, indicadores (Taller).

**Objetivos.**

Dar a conocer la planificación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud, como un documento que contiene el despliegue de indicadores por proceso con su respectiva meta, frecuencia, responsable y fuente de información, definiendo y garantizando el entendimiento de los indicadores de gestión por parte del personal.

Exponer a los asistentes la Misión, Visión, Política de calidad y Objetivos de calidad, con el fin de dar a conocer qué es y hacia dónde se proyecta la organización, qué intenciones tiene la gerencia con respecto al sistema que se quiere implementar y los beneficios que puede tener en el futuro para todos los miembros de la organización.

**Grupo de temas #3.**

Deberes y Derechos como trabajadores del Hospital San José.  
Manejo del PAMEC

**Objetivos.**

Socializar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención de salud, como una guía para implementar el Sistema.  
Enseñar el manejo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención de salud con sus respectivos formatos.

**Grupo de temas #4.**

Plan de Seguimiento y medición, Generación de Acciones Correctivas y Preventivas.  
Curso de auditoría interna

**Objetivo.**

Capacitar al personal para la ejecución de las auditorías internas y lograr un mejoramiento continuo en la institución.

**Grupo de temas #5.**

Fundamentos de la familia ISO 9000:2000.

Taller de retroalimentación trabajo en equipo.

Talle de preguntas ISO.

**Objetivo.**

Dar a conocer la norma ISO 9000:2000, revelando las similitudes con el decreto 1011 del 3 de abril de 2006 y explicando los conceptos incluidos en esta norma.

**Grupo de temas #6.**

Motivación.

Liderazgo.

Responsabilidad.

**Objetivo.**

Este grupo de temas surgió de las evaluaciones de desempeño realizadas al personal de la institución. El fin es lograr que ellos puedan mejorar estos aspectos y habilidades dentro del grupo de trabajo, para de esta manera poder crear un ambiente agradable atendiendo al cliente de la mejor manera.

**6.2.4. Metodología**

El Hospital cuenta con una cartelera informativa donde se publica la hora, fecha y lugar donde se lleva a cabo la capacitación, además de la

información personal, también allí son publicados textos de motivación e informes sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud.

Además de lo anterior se realizaron actividades de interacción con todo el personal de la institución, logrando un ambiente de trabajo armonioso.

Las capacitaciones se llevaron a cabo por medio de conferencias en las cuales el conferencista realiza las charlas acerca del tema programado, al final de dichas charlas resuelve dudas a los asistentes y de acuerdo a la magnitud y grado de dificultad del tema, se realiza un taller que aclare y complemente lo visto.

La Coordinadora de Calidad es la encargada de la logística de la actividad, por tanto asigna la fecha, hora y lugar para el desarrollo de la capacitación.

### **6.3. EJECUCIÓN DE LAS CAPACITACIONES**

Las capacitaciones se llevaron a cabo en su totalidad en las fechas definidas conforme al cronograma de capacitación.

La realización de capacitaciones en nuestra organización han dado excelentes resultados, ya que el personal demostró su compromiso, responsabilidad y participación dentro de la organización.

Una actividad importante es la capacitación de auditoría interna, ya que es la base primordial para la detección de problemas con la prestación de servicios de nuestra red de prestadores y con ésto lograr un proceso de mejoramiento continuo.

## **6.4. CONTROL Y EVALUACIÓN DE LAS CAPACITACIONES**

### **6.4.1. Control de asistencia a las capacitaciones.**

Para realizar control de asistencia a las capacitaciones se utilizó el formato Control de Asistencia (Ver anexo 1), el cual contiene el objetivo de la capacitación, responsable de llevar a cabo la actividad, fecha y hora en la que se desempeña la actividad, los nombres y firmas de los asistentes.

### **6.4.2. Evaluación de la capacitación.**

Se realizó un proceso de evaluación de las capacitaciones para evaluar la eficacia de ésta y se elaboró un formato de evaluación (ver anexo 2), el cual es aplicado después de un mes por la coordinadora de calidad.

A principios del mes de octubre, se llevó a cabo la Evaluación de Capacitación para valorar temas como:

- Introducción y Fundamentos al decreto 1011 del 3 de abril de 2006.
- Definiciones, Inducción, Importancia y Sensibilización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
- Misión, Visión, Política y Objetivos de Calidad del Hospital San José.
- Plan de Seguimiento y medición, Generación de Acciones Correctivas y Preventivas.
- Curso de auditoría interna.
- Manejo del PAMEC
- Fundamentos de la familia ISO 9000: 2000.

Esta evaluación fue realizada al personal de la institución y de acuerdo a la capacitación, se sacó un promedio por temas tratados. Los resultados se pueden observar a continuación:

**TABLA 5** Resultados de evaluación del personal.

TEMA TRATADO	PORCENTAJE	CRITERIO DE ACEPTACIÓN
Deberes y Derechos como trabajadores del Hospital San José.	98%	E
Introducción y Fundamentos al decreto 1011 del 3 de abril de 2006.	99%	E
Definiciones, Inducción, Importancia y Sensibilización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.	100%	E
Misión, Visión, Política y Objetivos de Calidad del Hospital San José.	98%	E
Planificación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad: Política de Calidad, Objetivos, indicadores (Taller).	100%	E
Plan de Seguimiento y medición, Generación de Acciones Correctivas y Preventivas.	98%	E
Curso de auditoría interna.	96%	E
Manejo del PAMEC	98%	E
Fundamentos de la familia ISO 9000:2000.	100%	E
Taller de preguntas acerca del Sistema obligatorio de Garantía de calidad.	100%	E
Taller de retroalimentación, trabajo en equipo.	100%	E
Talle de preguntas acerca de la norma ISO 9000:2000,	100%	E
Técnicas estadísticas y manejo de indicadores	96%	E

## 6.5. RESULTADOS DE LAS CAPACITACIONES

- Generó un ambiente de participación entre el personal de la institución, siendo ésto de gran importancia para el éxito de la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud.
- Se logró en el personal de la empresa un claro conocimiento de la importancia de la calidad y la interiorización de una cultura de enfoque al cliente.

- Comunicación de las intenciones de la Gerencia en lo referente a la calidad, por medio del conocimiento de la misión, visión, política y objetivos de calidad.
- Una participación del personal del Hospital en la planificación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud, por medio de su aporte en la construcción de la descripción de los procesos, procedimientos y guías médicas.
- Participación del personal al momento de diligenciar los diferentes formatos diseñados como evidencia.

## **7. PLANIFICACIÓN**

### **7.1. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

En el ámbito de la planificación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud, de la E.S.E. Hospital San José, se contempla la evolutiva adaptación a las necesidades de los usuarios, la formación de equipos de trabajo y la mejora continua de los procesos de la red de prestadores de servicios.

Para asegurar la integridad del sistema, la carta organizacional tiene establecido a los comités del PAMEC, quienes son los encargados de las actividades del sistema y de brindar apoyo a todos los procesos, para que se gestionen con criterio de mejora continua, orientados a satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios de salud.

Uno de los puntos clave en el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud en el presupuesto.

En este aspecto el gerente lo aprobó para darle cumplimiento y la coordinadora de calidad aportó información de gastos, que podrían generar la implementación del decreto 1011 del 3 de abril de 2006.

Como se puede observar en la tabla 6 la variación de lo ejecutado a lo proyectado fue de un 30.13%, cumpliéndose con todas la actividades programadas, siendo el presupuesto muy acorde a la realidad de la organización

En los imprevistos se tomó las cuentas de publicaciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud, como publicación de política y objetivos de calidad, publicación de derechos y deberes del paciente y buzón de sugerencias.

La diferencia en el presupuesto se debe principalmente a un ahorro efectuado por sueldo de la practicante que generó la suma de \$1.000.000

TABLA 6 Presupuesto

E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ	Presupuesto año 2006-2007			
RECURSOS	V/R UNITARIO	V/R TOTAL	EJECUTADO	VARIACION
<b>PERSONAL</b>				
Practicante	\$200.000	\$3.200.000	\$2.200.00	\$1.000.000
<b>FÍSICOS</b>				
Normas y decretos		\$120.000	\$0.00	\$120.000
Manuales, cartillas, libros, tesis		\$50.000	\$0.00	\$50.000
Papelería	\$20.000	\$240.000	\$126.000	\$114.000
Lápices, hojas, carpetas, folders, CD		\$260.000	\$58.000	\$202.000
Impresiones	\$20.000	\$240.000	\$184.000	\$56.000
Fotocopias		\$80.000	\$36.500	\$43.500
Empaste		\$40.000	\$78.000	-\$38.000
Computador		\$1.700.000	\$1.7000.000	\$0.00
Internet		\$120.000	\$160.000	-\$40.000
<b>SUBTOTAL</b>		\$6.050.000	\$4.542.500	\$1.507.500
<b>IMPREVISTOS 10%</b>		\$605.000	\$107.000	\$498.000
<b>TOTAL</b>		\$6.655.000	\$4.649.500	\$2.005.500

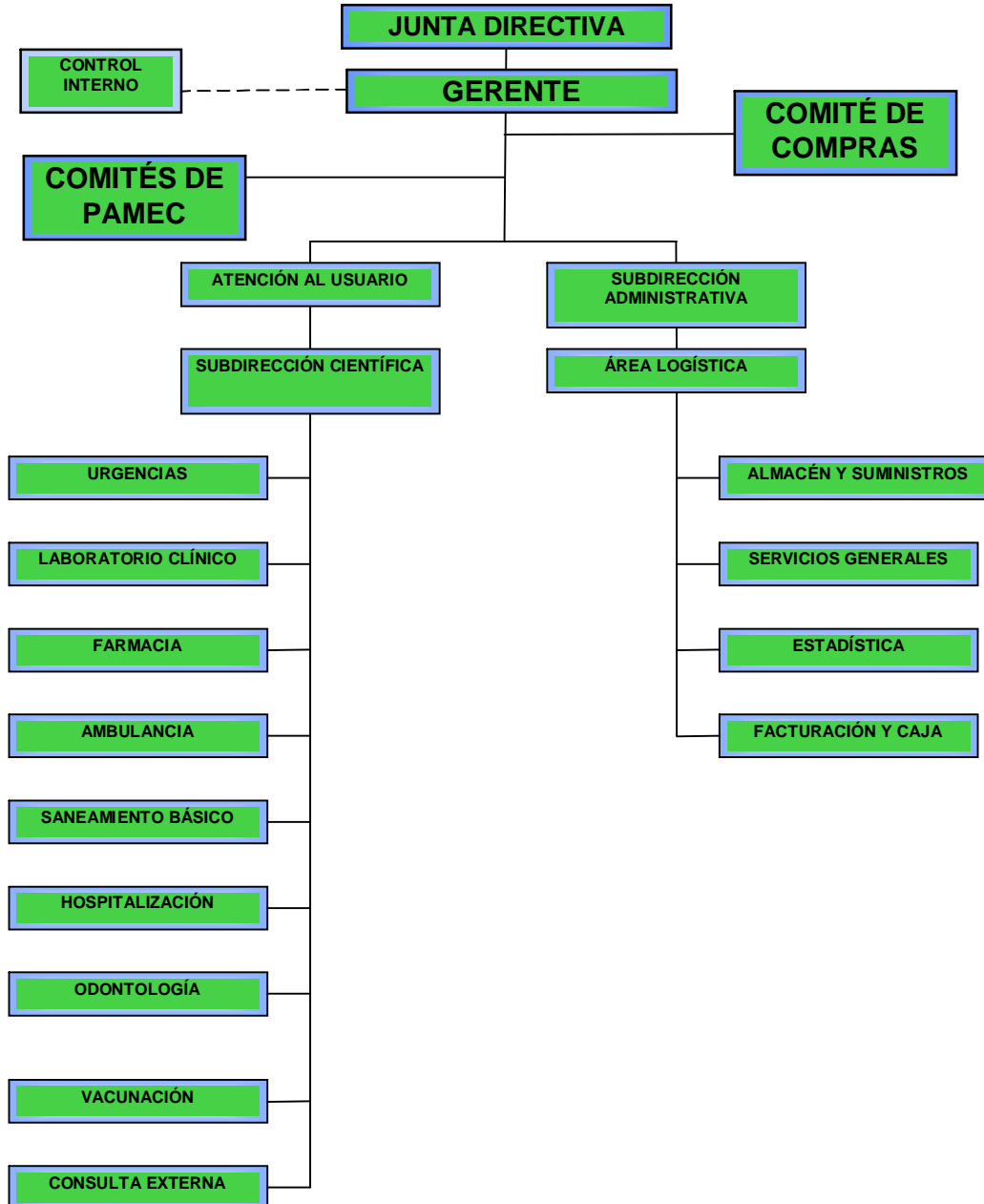
### **7.1.1. Alcance**

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud, aplica para todo el sistema de red de prestadores de servicios de salud en su totalidad.

### **7.1.2. Carta Organizacional**

Se desarrolló una carta organizacional (figura 2), donde se plasman todos los procesos necesarios para el buen funcionamiento de nuestra red de prestadores, la carta organizacional fue aprobada por el gerente General de la E.S.E. Hospital San José.

FIGURA 2 carta organizacional



### **7.1.3. Política de Calidad**

La política de calidad de la ESE Hospital San José, gira entorno a la satisfacción de las necesidades de los usuarios, es el pilar fundamental del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud, en el cual se evidencia el compromiso de la Gerencia para administrar los procesos, con miras a satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes.

La alta dirección considera necesario y fundamental la motivación de todos sus trabajadores, haciéndoles partícipes y conocedores de la Política de Calidad a través de lo cual se conseguirá una mejora continua del sistema. Esta política de calidad es entendida, implantada y mantenida en todos los niveles de la organización.

La política de calidad fue elaborada por el comité de calidad y aprobada por la Gerencia del Hospital. Es importante resaltar que las bases para elaborar la Política son el Direccionamiento Estratégico del hospital, con el fin de asegurar su adecuación a los propósitos de la organización y garantizar que sirva como base para obtener los objetivos de calidad

La POLÍTICA DE CALIDAD de la E.S.E. Hospital San José es la siguiente:

*El Hospital San José mantiene el compromiso continuo de satisfacer a sus clientes, ofreciendo servicios con calidad, oportunidad y con el menor riesgo posible, apoyados en un recurso humano idóneo y tecnología apropiada, involucrando todos nuestros procesos en un ciclo de mejora continua.*

#### **7.1.4. Objetivos de Calidad**

La formulación de los Objetivos de Calidad, es compromiso del Comité de Gestión de Calidad y tiene como punto de partida la Política de Calidad.

Los objetivos de calidad son medibles, por lo tanto se establecen unos indicadores para hacerles seguimiento, y con base en ellos la alta dirección realiza la revisión del sistema. En la Planificación del Sistema de Gestión de Calidad se muestran los objetivos de calidad y sus respectivos indicadores de gestión.

LOS OBJETIVOS DE CALIDAD de la E.S.E. Hospital San José son los siguientes:

- *Ofrecerle a nuestros clientes un servicio que cumpla con sus necesidades y expectativas*
- *Garantizar a los clientes un servicio con calidad, es decir, atención oportuna, buen trato e información adecuada.*
- *Lograr la prestación de los servicios con la menor tasa de complicaciones.*
- *Contar con un equipo humano competente y capacitado para ejercer sus funciones.*
- *Garantizar que los equipos se encuentren disponibles y en condiciones óptimas de uso.*
- *Establecer acciones de mejora del Sistema de Gestión de Calidad generadas en los diferentes procesos.*

### **7.1.5. Indicadores de Calidad**

En la organización se establecieron indicadores de eficacia para los procesos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud, con el fin de evaluar los resultados y poder tomar acciones.

Se definieron Indicadores de gestión, ya que la intención de la alta dirección es administrar eficazmente los procesos:

- Para tomar medidas cuando las variables se salen de los límites establecidos.
- Para definir la necesidad de introducir cambios y/o mejoras y poder evaluar sus consecuencias en el menor tiempo posible.

Por lo tanto, el comité de calidad creó una tabla de planificación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud (ver tabla 7) , que es un documento que contiene el despliegue de indicadores con su respectiva meta, frecuencia, medición y responsable.

También se diseñó una ficha técnica de los indicadores donde se hace la clasificación, tipo de medida, objetivo del indicador, numerador y denominador, fuente de datos, ajuste por riesgo, meta y periodicidad.

El diseño de los indicadores fue una tarea satisfactoria, ya que su funcionalidad fue excelente y las metas programadas fácilmente alcanzables.

**TABLA 7** Indicadores de calidad

Objetivo	Indicador	Meta	Cómo medir	Frecuencia	Responsable	Registro
Garantizar a los clientes un servicio con calidad, es decir, atención oportuna, buen trato e información adecuada.	Porcentaje de usuarios informados satisfactoriamente	≥95%	[N° de usuarios encuestados que manifiestan que la información recibida en la atención es entendible y completa x 100 ] / [N° total de usuarios encuestados]	Mensual	Comité de calidad	Formato de encuestas a usuarios
	Porcentaje de usuarios que perciben una atención oportuna en la prestación de salud	≥90%	[N° de usuarios encuestados que perciben una atención oportuna x 100 ] / [N° total de usuarios encuestados]			
	Porcentaje de usuarios que perciben trato adecuado por el proveedor de servicios en la prestación de salud	≥90%	[N° de usuarios encuestados que perciben buen trato x 100] / [N° total de encuestados]			

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA  
HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

Objetivo	Indicador	Meta	Cómo medir	Frecuencia	Responsable	Registro
Contar con un equipo humano competente y capacitado para ejercer sus funciones	Personal actualizado en la red prestadores de servicio de salud	≥0.98	Personal con capacitación actualizada en cada servicio / Total del personal de cada servicio	Anual	Comité de calidad	
Garantizar que los equipos se encuentren disponibles y en condiciones óptimas.	Proporción de equipos aptos para el uso	≥0.9	Equipos en excelente estado / total de equipos en la institución	Mensual	Comité de calidad	Formato de relación de equipos
Establecer acciones de mejora del sistema de gestión de calidad generadas en los diferentes procesos	Porcentaje de actividades realizadas satisfactoriamente por cada comité según su plan de trabajo	≥95%	[Nº de actividades realizadas satisfactoriamente por cada comité x 100] / [Nº total de actividades de cada comité]	Mensual	Comité de calidad	Formato de seguimiento al plan de trabajo de los comités

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA  
HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

Objetivo	Indicador	Meta	Cómo medir	Frecuencia	Responsable	Registro
Ofrecerle a nuestros clientes un servicio que cumpla con sus necesidades y expectativas	Porcentaje de satisfacción del usuario interno	≥95%	[Nº de usuarios internos encuestados satisfechos x 100] / [total de usuarios internos encuestados]	Trimestral	Comité de calidad	Formato de encuestas
	Porcentaje de satisfacción del usuario externo	≥95%	[Nº de usuarios externos encuestados satisfechos x 100] / [total de usuarios externos encuestados]			
Lograr la prestación de los servicios con la menor tasa de complicaciones	Porcentaje de procesos sin complicaciones	≥0.98	[Número de servicios sin complicaciones en cada proceso x 100] / [Número de servicios prestados en cada proceso]	Mensual	Comité de calidad	Historia clínica

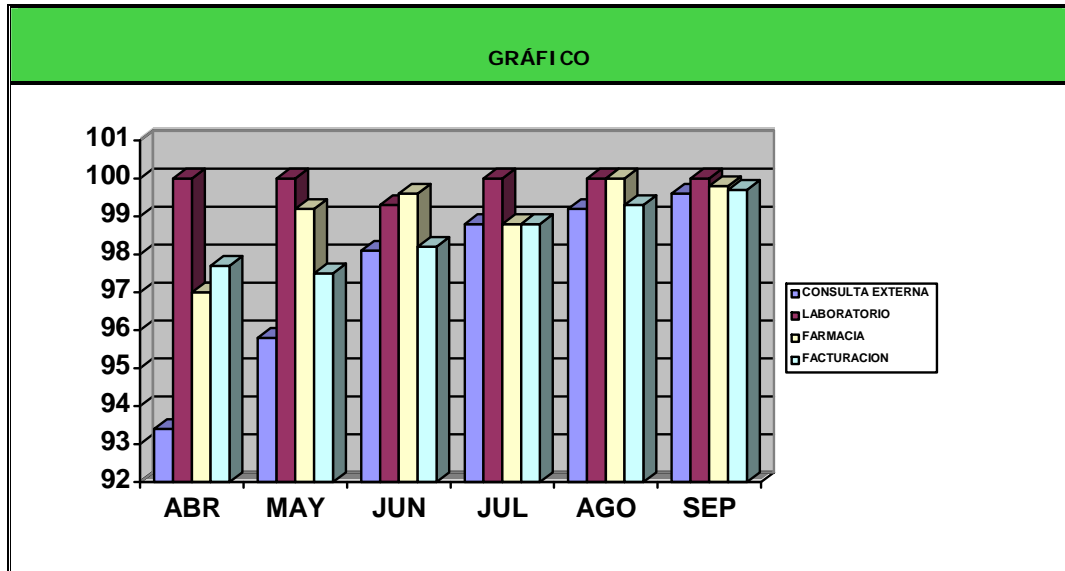
### 7.1.6. Informe de indicadores

A continuación se muestra la ficha técnica de los indicadores con su respectivo informe.

<b>Nombre:</b> <b>Porcentaje de procesos sin complicaciones</b>	
Clasificación del indicador: Indicador de calidad	Tipo de medida: Porcentaje
Objetivo del indicador: Lo más grave en la institución son las complicaciones en el momento de prestar sus servicios, este indicador nos ayuda a monitorear si en el período se han presentado obstáculos en estos servicios y así poder evaluar la calidad total de nuestra institución.	
Numerador: Número de servicios sin complicación en cada proceso x 100	Denominador: Número de servicios prestados en cada proceso
Fuente de datos	
Numerador: Registro de servicios prestados y Registro comité de calidad	Denominador: Libro portafolio de servicios
Ajuste por riesgo: No requiere ajuste por riesgo	
Meta: ≥ 98%	Periodicidad: Mensual

### RECOPIACIÓN Y TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA

Meta: ≥ 98% de servicios sin complicaciones.						
	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
CONSULTA EXTERNA	93.4%	95.8%	98.1%	98.8%	99.2%	99.6%
URGENCIAS	100%	100%	100%	100%	100%	100%
HOSPITALIZACIÓN	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SALA DE PARTOS	100%	100%	100%	100%	100%	100%
PARAMÉDICA	100%	100%	100%	100%	100%	100%
LABORATORIO	100%	100%	99.3%	100%	100%	100%
FARMACIA	97.0%	99.2%	99.6%	98.8%	100%	99.8%
TAB	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ODONTOLOGÍA	100%	100%	100%	100%	100%	100%
FACTURACIÓN	97.7%	97.5%	98.2%	98.8%	99.3%	99.7%



### ANÁLISIS DE DATOS

Los criterios de evaluación de este indicador muestran, que en 6 de los 10 procesos los usuarios perciben una satisfacción del 100% en todos los meses en los cuales se tomaron los datos.

En 4 de los procesos se aprecia insatisfacción en los usuarios, pero en 3 de ellos se acentúa aún más en los meses de abril y mayo.

En los siguientes meses se notó un mayor compromiso de los trabajadores para lograr una mejora en la prestación del servicio.

#### **Consulta externa**

La razón de las complicaciones en este servicio se basa en la petición de un mayor número de citas programadas, expresan que desean un servicio más amplio para un mayor número de pacientes atendidos al día.

El inconveniente que se presenta para que esta petición se haga realidad, se debe a que el mayor porcentaje de usuarios pertenecen a Salud Vida IPS que mantiene contrato capitado con la institución.

#### **Laboratorio**

El motivo de la caída porcentual en el mes de junio se dió por presentarse un reactivo obsoleto sin encontrarse vencido.

#### **Farmacia**

El problema se presentó, debido a la falta de un medicamento de control en la institución, el cual tuvo que adquirirse en una de las droguerías del municipio a un alto costo, con el fin de brindarle al

paciente el tratamiento médico que requería

### **Facturación**

Debido a un costo de no calidad generado por la mala facturación, la institución está incurriendo en gastos adicionales de insumos de papelería, además de los retrasos que provoca un cuello de botella en este proceso.

## **ACCIONES DE MEJORA**

### **Consulta externa**

Con una campaña educativa utilizando carteles donde se plasmaba la política de accesibilidad de la institución, además del número máximo de pacientes al día; las acciones que fueron tomadas sirvieron para educar al usuario de la importancia del intervalo de tiempo en el cual es visto por el médico para un diagnóstico acertado, logrando una sensibilización del paciente y un descenso en el porcentaje de complicaciones en este proceso.

### **Laboratorio**

Se realizó una inspección a los insumos necesarios para el funcionamiento del laboratorio buscando hallar aquellos que no están en su potencial más alto y pueden provocar una falla en los resultados, por otro lado se hizo un estudio de inventarios para lograr eliminar las grandes cantidades de materiales que tienen un bajo porcentaje de utilización mensual, alcanzando un nivel óptimo necesario para el funcionamiento en intervalos de tiempo adecuado.

### **Farmacia**

Con base en los registros de usuarios que requieren un tratamiento con medicamentos de control se elaboró un esquema de pedidos para alcanzar a cubrir la demanda mensual.

### **Facturación**

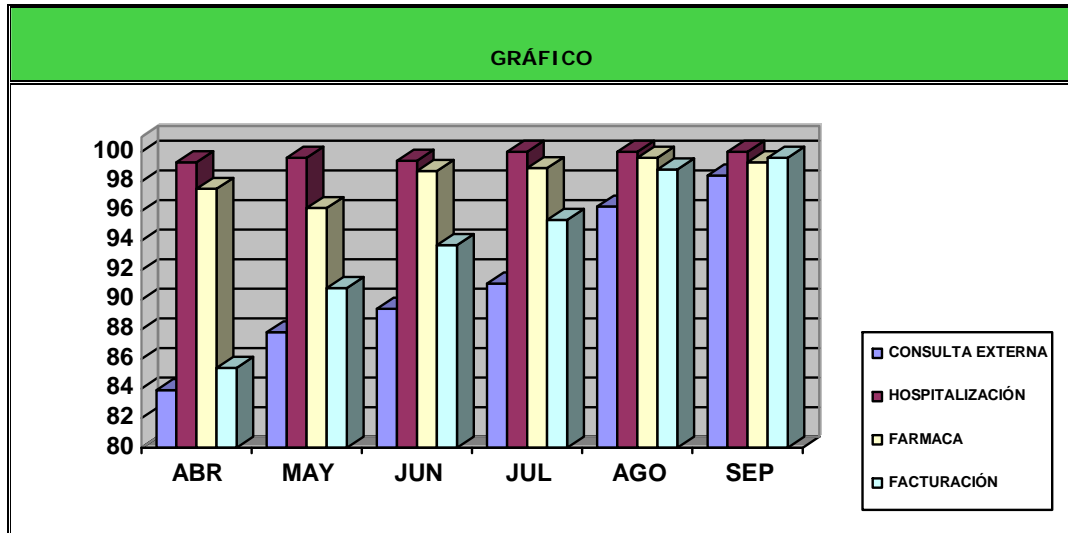
Se analizó las posibles causas en los procesos y mediante diálogo del Gerente, auxiliar de facturación y la coordinadora de calidad se detectaron las fallas que se estaban presentando y se optó por:

- Brindarle una capacitación a la auxiliar de facturación sobre el manejo adecuado de software.
- Compromiso personal de atender y cumplir las recomendaciones dadas por el Gerente y coordinadora de calidad.

<b>Nombre:</b> <b>Porcentaje de satisfacción del usuario externo</b>	
Clasificación del indicador: Indicador de calidad	Tipo de medida: Porcentual
Objetivo del indicador: La percepción de satisfacción de los usuarios, es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud. La monitorización de este indicador, permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.	
Numerador: Número de usuarios externos encuestados satisfechos	Denominador: total de usuarios externos encuestados
Fuente de datos	
Numerador: Encuesta de satisfacción	Denominador: Encuesta de satisfacción
Ajuste por riesgo: No requiere ajuste por riesgo	
Meta: ≥ 95%	Periodicidad: Mensual

### RECOPIACIÓN Y TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA

<b>Meta: ≥ 95% usuarios satisfechos en la red de servicios.</b>						
	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
CONSULTA EXTERNA	83.9%	87.8%	89.4	91.1%	96.3%	98.4%
URGENCIAS	100%	100%	100%	100%	100%	100%
HOSPITALIZACIÓN	99.3%	99.6%	99.4%	100%	100%	100%
SALA DE PARTOS	100%	100%	100%	100%	100%	100%
PARAMÉDICA	100%	100%	100%	100%	100%	100%
LABORATORIO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
FARMACIA	97.5%	96.2%	98.7%	98.9%	99.6%	99.3%
TAB	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ODONTOLOGÍA	100%	100%	100%	100%	100%	100%
FACTURACIÓN	85.4%	90.8%	93.7%	95.4%	98.8%	99.6%



#### ANÁLISIS DE DATOS

En este indicador notamos que los usuarios expresan inconformidad en los procesos de consulta externa y facturación. Las principales causas que afectan estos resultados son:

Falta de compromiso en la atención al cliente.

No conocimiento por parte del usuario con respecto a que la institución cuenta con cupo limitado para las citas medicas.

Con estos puntos se logró estabilizar el indicador en los últimos meses.

#### ACCIONES DE MEJORA

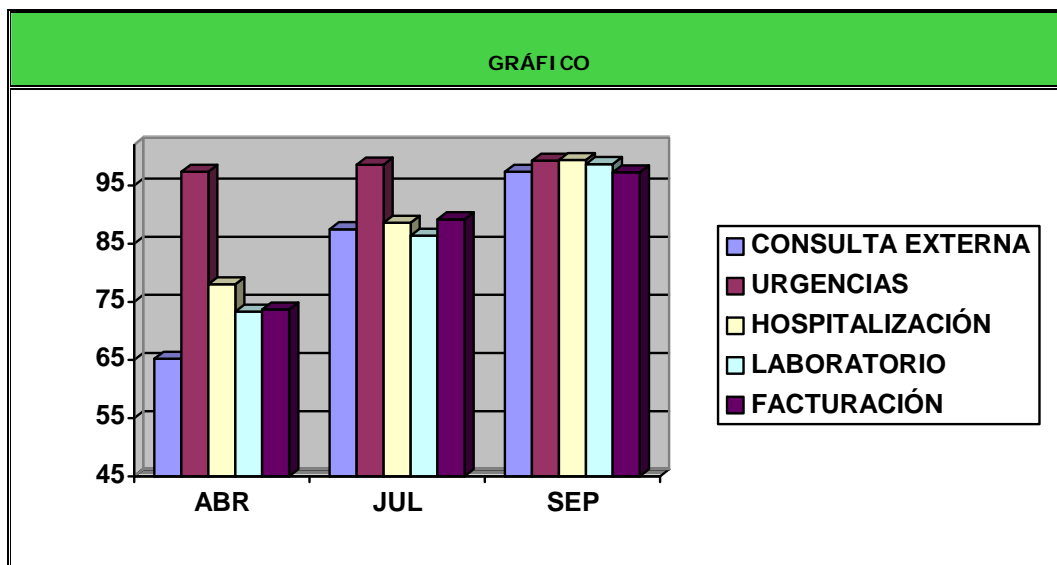
Las actividades realizadas en el indicador de porcentaje de procesos sin complicación fueron las mismas para este indicador en el servicio de consulta externa, ya que el problema de pocas consultas programadas para una jornada, es motivo de insatisfacción del usuario externo como causa de problemas en el proceso.

Se programó charlas que conllevaron a aumentar el sentido de pertenencia, amor al trabajo y entrega a la institución, además de un programa de información sobre el número de pacientes atendidos por día.

<b>Nombre:</b> <b>Porcentaje de satisfacción del usuario interno</b>	
Clasificación del indicador: Indicador de calidad	Tipo de medida: Porcentual
Objetivo del indicador: El cliente interno, es uno de los mayores y principales pilares de la institución, si se encuentran satisfechos podrán prestar un servicio con el grado más alto de satisfacción y entrega, y así se asegura la eficiencia y efectividad de la labor que deben prestar, el cual es otro ingrediente para la calidad total.	
Numerador: Número de usuarios internos encuestados de cada proceso satisfechos	Denominador: total de usuarios internos de cada proceso encuestados
Fuente de datos	
Numerador: Encuestas de satisfacción	Denominador: Encuestas de satisfacción
Ajuste por riesgo: No requiere ajuste por riesgo	
Meta: ≥ 95%	Periodicidad: Trimestral

### RECOPIACIÓN Y TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA

	<b>Meta: ≥ 95% usuarios internos satisfechos en cada proceso de la red de servicios.</b>		
	ABRIL	JULIO	SEPTIEMBRE
CONSULTA EXTERNA	65,2%	87,5%	97,4%
URGENCIAS	97,4%	98,60%	99,3%
HOSPITALIZACIÓN	78%	88,6%	99,4%
SALA DE PARTOS	100%	100%	100%
PARAMÉDICA	100%	100%	100%
LABORATORIO	73,3%	86,4%	98,7%
FARMACIA	100%	100%	100%
TAB	100%	100%	100%
ODONTOLOGÍA	100%	100%	100%
FACTURACIÓN	73,7%	89,2%	97,3%



### ANÁLISIS DE DATOS

Consulta externa, es el proceso en el que más se presentó un bajo porcentaje de satisfacción del usuario interno, debido a las constantes quejas que se presentan por insuficiente número de citas otorgadas a los usuarios.

En el servicio de hospitalización durante la medición del indicador en los meses de abril y julio, los integrantes del equipo de trabajo manifestaron estar inconformes por el recargo de trabajo en unos más que otros, cuando las actividades están distribuidas equitativamente.

El indicador nos muestra que en el mes de abril el servicio de laboratorio mostró inconformidad por motivos del irrupimiento en el área de trabajo por otros integrantes de la institución, que alteraron las muestras tomadas en una jornada.

Por último en facturación notamos que por reacciones impulsivas de los usuarios que se encuentran en la red incomodan al auxiliar de caja, quien es el encargado de recaudar los dineros de copago obligatorios para acceder al servicio.

### ACCIONES DE MEJORA

Se concientizó al trabajador de la necesidad de informarle al paciente sobre la políticas de accesibilidad y número máximo de consultas al día implantadas por la Secretaria de Salud, además de soportarnos en las acciones de mejora de los indicadores de porcentaje de procesos sin complicaciones y satisfacción del usuario externo que presentan problemas por el mismo motivo.

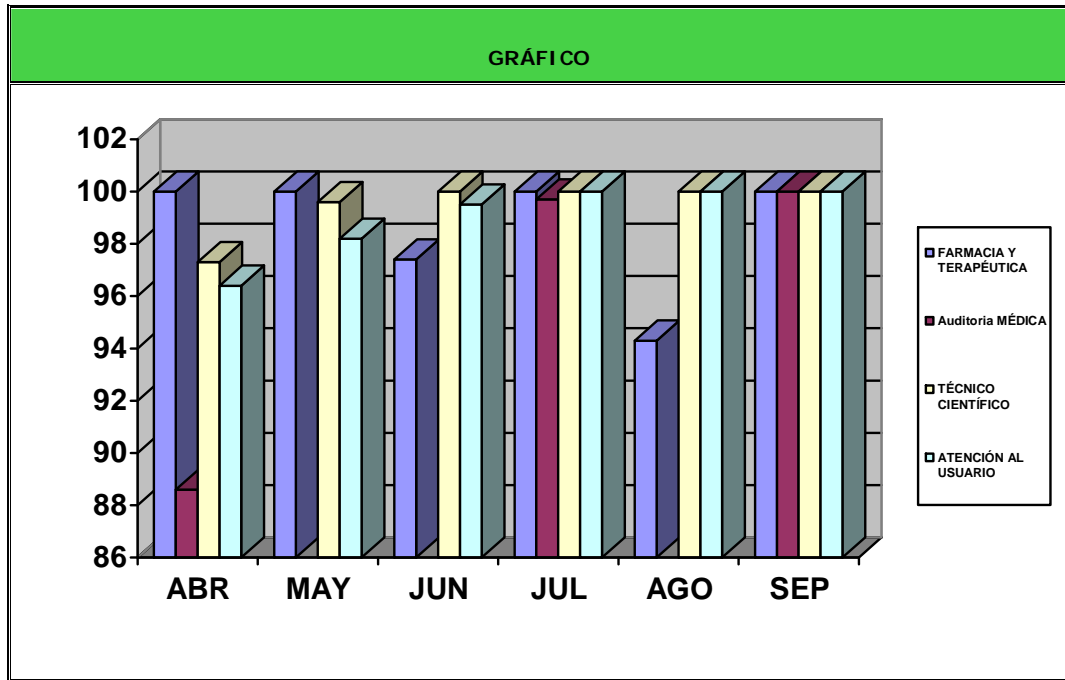
Se realizó un taller para recordarles las funciones de cada cargo de los trabajadores de la institución, haciéndoles notar que todas las personas que integran un grupo de trabajo tiene acciones que son importantes para el éxito de la prestación del servicio y no se puede recargar el trabajo en unos pocos integrantes del grupo. Por otro lado en las charlas programadas en las acciones de mejora del indicador de satisfacción del usuario externo, se tocó temas de amor al trabajo y entrega a la institución necesarias para atacar el problema presentado en este indicador.

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

<b>Nombre: Porcentaje de actividades realizadas satisfactoriamente por cada comité según su plan de trabajo</b>	
Clasificación del indicador: Indicador de calidad	Tipo de medida: Porcentual
Objetivo del indicador: Los comités de la institución buscan custodiar la calidad de la totalidad de los servicios dentro de la red de prestadores de servicios de salud, si la proporción de actividades realizadas satisfactoriamente el alto, nos indica que la calidad dentro de SOGCS esta controlada dentro de los parámetros de la institución.	
Numerador: Número de actividades realizadas satisfactoriamente por cada comité	Denominador: Número total de actividades de cada comité
Fuente de los datos	
Numerador: Formato de seguimiento al plan de trabajo del comité	Denominador: Formato de seguimiento al plan de trabajo del comité
Ajuste por riesgo: No requiere ajuste por riesgo	
Meta: ≥ 95%	Periodicidad: Mensual

### RECOPIACIÓN Y TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA

		<b>Meta: ≥ 95% de actividades realizadas satisfactoriamente por cada comité según su plan de trabajo.</b>					
		ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
FARMACIA TERAPÉUTICA	Y	100%	100%	97,4%	100%	94,3%	100%
CREDENCIALES		100%	-	-	-	-	-
MEDICINA, HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL		100%					
INFECCIONES, PROFILAXIS Y POLÍTICA ANTIBIÓTICA		100%	-	-	-	-	100%
AUDITORÍA MÉDICA Y DE SERVICIOS		88,6%	-	-	99,7	-	100%
ADECUACIÓN TECNOLÓGICA		-	100%	-	-	-	-
DOCENCIA INVESTIGACIÓN	E	-	-	100%	-	-	-
TECNICO-CIENTÍFICO		97,3%	99,6%	100%	100%	100%	100%
ÉTICA HOSPITALARIA		100%	100%	100%	100%	100%	100%
CALIDAD		100%	100%	100%	100%	100%	100%
ATENCIÓN AL USUARIO		96.4%	98,2%	99,5%	100%	99,5%	99,8%
HISTORIAS CLINICAS		100%	100%	100%	100%	100%	100%
LACTANCIA MATERNA		100%	100%	100%	100%	100%	100%



### ANÁLISIS DE DATOS

Los procesos que no alcanzaron su meta son los siguientes:  
Farmacia y terapéutica por la no realización de una de las auditorías programadas para evaluar el estado de los medicamentos con respecto a la vida útil del mismo, provocando los hallazgos de insumos próximos a vencer.

En el comité de auditoría médica y de servicios se establecieron procesos de auditorías a la totalidad de los servicios ofrecidos a los usuarios, en el mes de abril no se efectuó la actividad al proceso de laboratorio clínico porque se hizo con anterioridad a este mes.

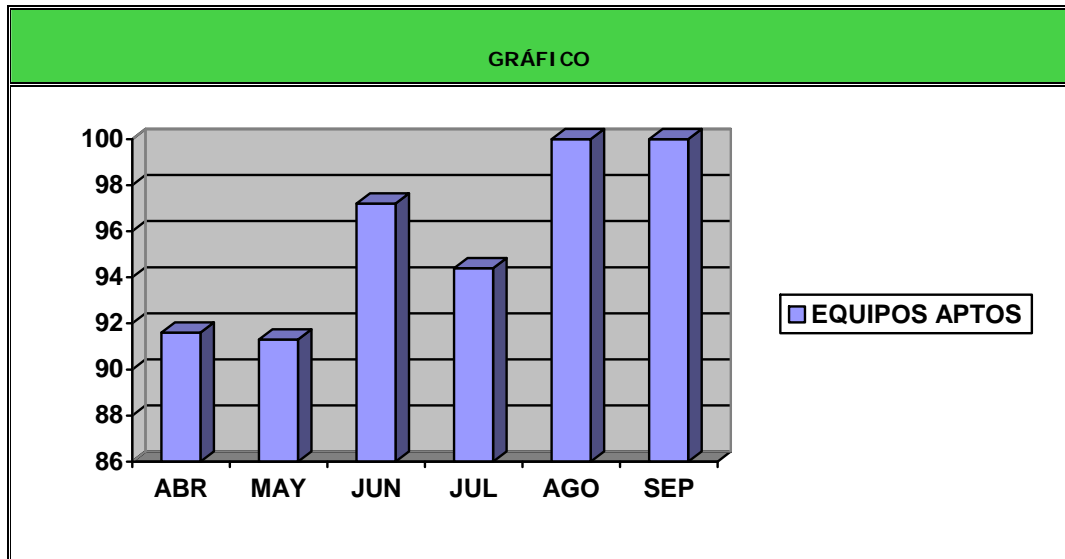
### ACCIONES DE MEJORA

Se elaboró un comunicado el cual fue transmitido a la totalidad de los integrantes de los comités, donde se les sugería cumplir a cabalidad las actividades en las fechas programadas.

<b>Nombre:</b> <b>Proporción de equipos aptos para el uso</b>	
Clasificación del indicador: Indicador de calidad	Tipo de medida: Porcentual
Objetivo del indicador: La institución busca permanecer con los equipos necesarios y en buen estado para el éxito de la prestación del servicio y disminuir al máximo el riesgo del paciente.	
Numerador: Equipos en excelente estado	Denominador: total de equipos en la institución
Fuente de datos	
Numerador: Relación de equipos	Denominador: Relación de equipos
Ajuste por riesgo: No requiere ajuste por riesgo	
Meta: ≥ 90%	Periodicidad: Mensual

### RECOPIACIÓN Y TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA

	Meta:					
	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
EQUIPOS APTOS	91.6%	91.3%	97.2%	94.4%	100%	100%



#### ANÁLISIS DE DATOS

En el presente indicador no se presentó ningún inconveniente para alcanzar la meta del 90 % de los equipos aptos para la prestación del servicio, sin embargo el porcentaje fue bajo ya que algunos equipos de cómputo estaban en reparación, estos equipos hacen parte de un servicio adicional de Internet para que los familiares de los pacientes se distraigan mientras éste es diagnosticado.

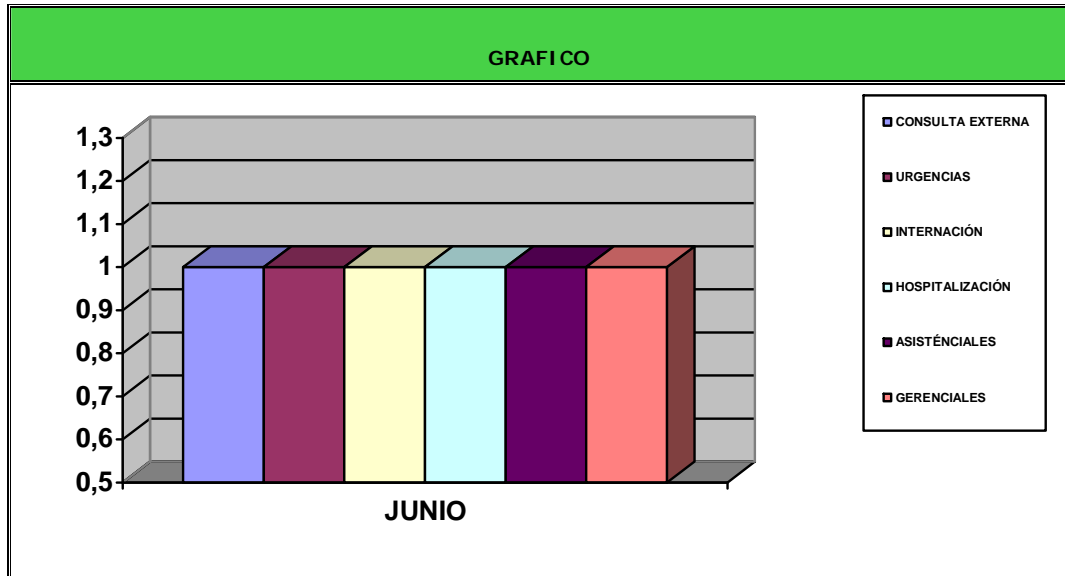
#### ACCIONES DE MEJORA

Se recomienda incrementar la meta del indicador en un 95% ya que las actividades realizadas por el comité de adecuación tecnológica han surgido efecto para alcanzar la calidad esperada.

<b>Nombre: Personal actualizado en la red prestadores de servicio de salud</b>	
Clasificación del indicador: Indicadores de calidad	Tipo de medida: Relación
Objetivo del indicador: Es importante para cualquier institución, el poseer dentro de su talento humano el personal indicado para asegurar el éxito de la prestación del servicio a lo largo de la red de prestadores de servicio de salud, trabajando con la mayor calidad posible y así poder sobrepasar las expectativas y requerimientos de nuestros clientes que buscan en nuestra institución la satisfacción total de la prestación de los servicios de salud.	
Numerador: Personal con capacitación actualizada en cada servicio	Denominador: Total del personal de cada servicio.
Fuente de datos	
Numerador: Gerencia	Denominador: Libro / Registro de personal de la institución
Ajuste por riesgo: No requiere ajuste por riesgo	
Meta: ≥ 0,98	Periodicidad: Anual

### RECOPIACIÓN Y TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA

	<b>Meta: ≥ 0,98 del personal con capacitaciones actualizadas en cada servicio</b>
	JUNIO
CONSULTA EXTERNA	1
URGENCIAS	1
INTERNACIÓN	1
HOSPITALIZACIÓN	1
ASISTENCIALES	1
GERENCIALES	1



#### **ANÁLISIS DE DATOS**

La totalidad del personal de la institución cuenta con las capacitaciones más actualizadas que el medio ofrece, alcanzando con ello la excelencia en el indicador, gracias a la buena gestión del actual gerente de la E.S.E. Hospital San José

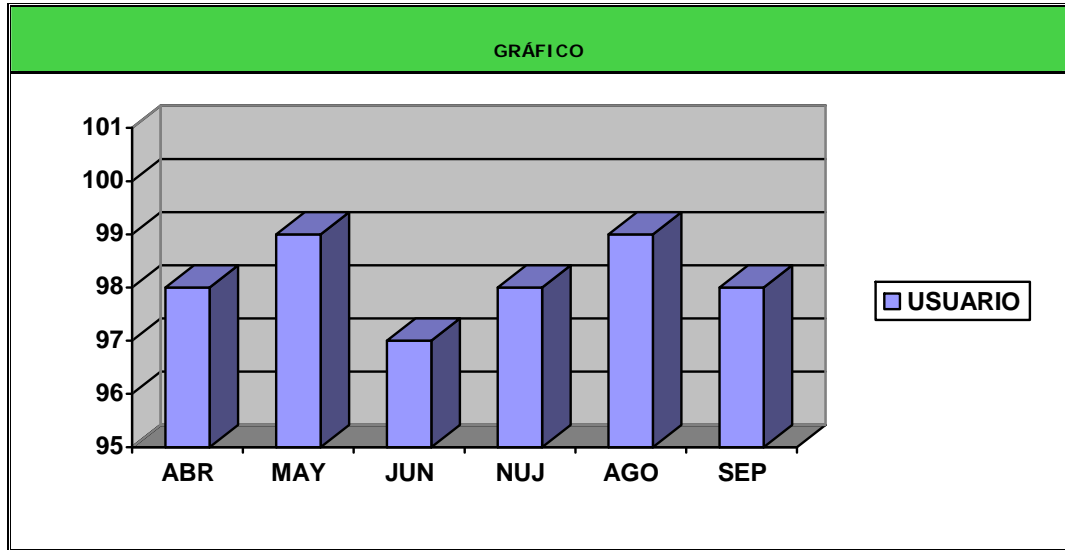
#### **ACCIONES DE MEJORA**

Se sugiere mantener el entusiasmo e interés en los temas de capacitación para el personal.

<b>Nombre: Porcentaje de usuarios informados satisfactoriamente</b>	
Clasificación del indicador: Indicadores de calidad	Tipo de medida: Porcentual
Objetivo del indicador: En toda organización es responsabilidad el mantener informados a los usuarios para que conozcan todo lo referente al tratamiento y funcionamiento de la institución.	
Numerador: Nº de usuarios encuestados que manifiestan que la información recibida en la atención es entendible y completa $\times 100$	Denominador: Nº total de usuarios encuestados
Fuente de datos	
Numerador: Encuestas realizadas a los usuarios	Denominador: Encuestas realizadas a los usuarios
Ajuste por riesgo: No requiere ajuste por riesgo	
Meta: $\geq 95\%$	Periodicidad: Mensual

### RECOPIACIÓN Y TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA

	Meta:					
	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
USUARIO	98%	99%	97%	98%	99%	98%



#### **ANÁLISIS DE DATOS**

La excelencia en el indicador se debió al alto grado de satisfacción por parte de los usuarios que reciben el servicio, ya que la institución cuenta con personal preparado para brindar una información precisa y veraz.

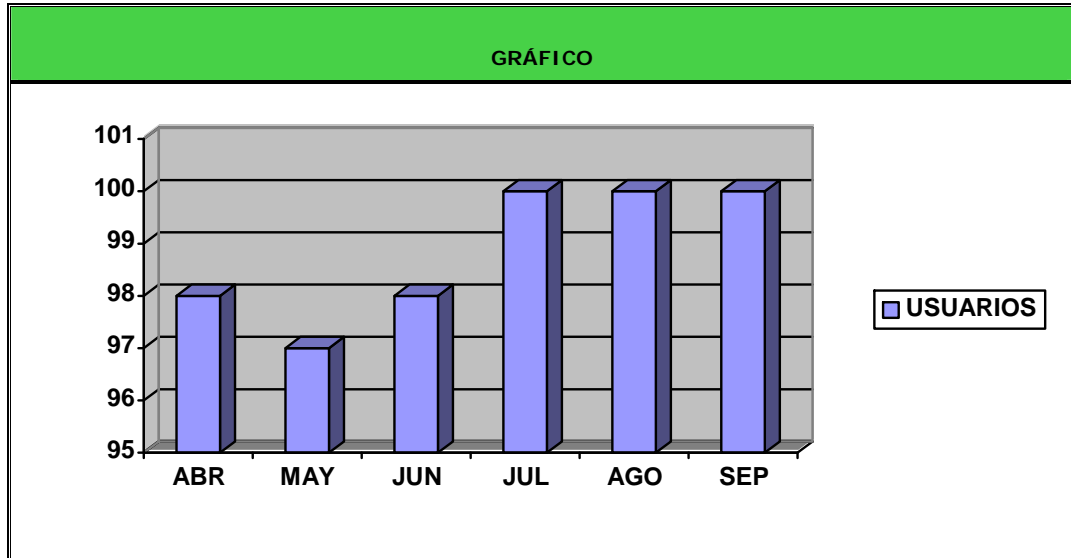
#### **ACCIONES DE MEJORA**

En este indicador se recomienda aumentar el porcentaje de satisfacción esperada en un 98%.

<b>Nombre:</b> <b>Porcentaje de usuarios que perciben una atención oportuna en la prestación de salud</b>	
Clasificación del indicador: Indicadores de calidad	Tipo de medida: Porcentual
Objetivo del indicador: En este tipo de instituciones lo ideal es brindarle al paciente una atención oportuna para lograr estabilizar y atacar el problema en el momento adecuado.	
Numerador: N° de usuarios encuestados que perciben una atención oportuna x 100	Denominador: N° total de usuarios encuestados
Fuente de datos	
Numerador: Encuestas realizadas a los usuarios	Denominador: Encuestas realizadas a los usuarios
Ajuste por riesgo: No requiere ajuste por riesgo	
Meta: ≥90%	Periodicidad: Mensual

### RECOPIACIÓN Y TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA

	Meta:					
	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
USUARIO	98%	97%	98%	100%	100%	100%



#### ANÁLISIS DE DATOS

En la gráfica podemos notar que los usuarios se encuentran totalmente satisfechos en este indicador, se alcanzó la excelencia a partir del mes de julio

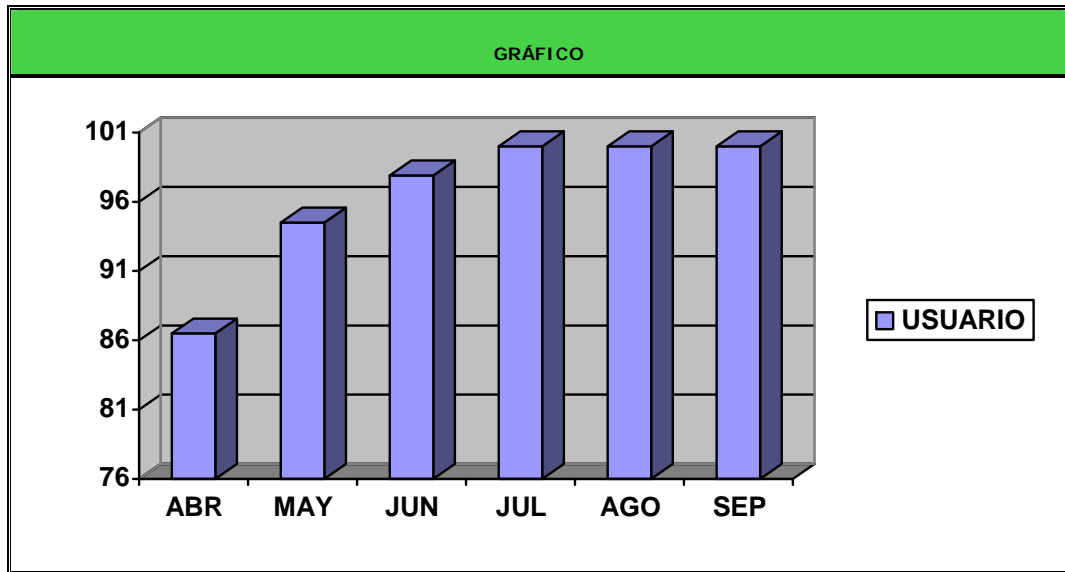
#### ACCIONES DE MEJORA

Se recomienda aumentar la meta en un 98% de satisfacción de la atención oportuna en la prestación del servicio

<b>Nombre:</b> <b>Porcentaje de usuarios que perciben trato adecuado por el proveedor de servicios en la prestación de salud</b>	
Clasificación del indicador: Indicadores de calidad	Tipo de medida: Porcentual
Objetivo del indicador: Promover el buen trato de los trabajadores hacia los pacientes, haciéndolos sentir parte importante d la institución.	
Numerador: Nº de usuarios encuestados que perciben buen trato $\times 100$	Denominador: Nº total de encuestados
Fuente de datos	
Numerador: Encuestas realizadas a los usuarios	Denominador: Encuestas realizadas a los usuarios
Ajuste por riesgo: No requiere ajuste por riesgo	
Meta: $\geq 90\%$	Periodicidad: Mensual

### RECOPIACIÓN Y TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA

	Meta:					
	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
USUARIOS	86,5%	94,5%	97,9%	100%	100%	100%



#### ANÁLISIS DE DATOS

En el mes de abril los usuarios manifestaron inconformidad en el trato que se les brindó al momento de la prestación del servicio por no percibir una conducta amable del personal responsable del recibimiento del usuario.

#### ACCIONES DE MEJORA

Las charlas programadas para mejorar el indicador de satisfacción del usuario externo sirvieron para que los trabajadores de la institución se concientizaran de la importancia de la buena atención al usuario.

Al analizar los datos suministrados, se observó, que la no información sobre el número de consultas atendidas en el día estaba generando inconformidad de tal magnitud, que afectó la medición de 3 de los 9 indicadores, logrando con esto atacar el problema y estabilizar el sistema obligatorio de garantía de calidad.

El indicador que más está generando aportes al sistema obligatorio de garantía de calidad, es el porcentaje de satisfacción del usuario externo,

este indicador nos permite captar la percepción de los usuarios, además de generar un espacio de sugerencias y oportunidades de mejora.

A partir de la generación de estos indicadores se ha observado una mejora en la calidad del trabajo y en la percepción del servicio por parte de nuestros usuarios , ya que el empleado es consciente de que sus funciones diarias van a contribuir o van a aportar en el resultado de estas mediciones y va a ser estimulado a la mejora de los mismos y los usuarios manifiestan un cambio positivo en el servicio lo que ha llevado a la organización a obtener una mayor participación en el mercado por sugerencias dadas de nuestros clientes a otros

#### **7.1.7. Objetivos de la Institución**

- Ofrecer y dar a la comunidad del Valle de San José, los diferentes servicios que presta la E.S.E. Hospital San José con sus respectivos horarios y el personal disponible para ello.
- Ofrecer en su totalidad a las diferentes EPS, ARS y particulares, el paquete de servicios que presta el E.S.E. Hospital San José, para la realización de convenios de prestación de servicios de salud integrales.
- Obtener un manejo serio y responsable de los planes, programas y políticas que la empresa E.S.E. Hospital San José, desarrolla hacia la comunidad que demanda los servicios.
- Facilitar el mercadeo que la E.S.E. Hospital San José realiza con las instituciones de salud y municipios vecinos, etc.

### **7.1.8. Principios Corporativos**

- **RESPECTO:** Trato respetuoso y humano con el cliente externo y entre los clientes internos.
- **TRABAJO EN EQUIPO:** Cada persona es muy importante dentro del engranaje de la institución para conseguir los objetivos de la empresa.
- **SOLIDARIDAD:** Debe existir entre los clientes internos con miras a establecer un clima organizacional óptimo.
- **ÉTICA:** Las acciones que desarrollamos producto de nuestra actividad, se enmarcan dentro de la ética médica.
- **ACTIVA FORMACIÓN DEL PERSONAL EN SALUD:** Apoyo económico, logístico y en tiempo para la adecuación continua del personal.
- **CALIDAD DE SERVICIOS:** Prestación de servicios con calidad total.

### **7.2. PLANIFICACIÓN DE CAMBIOS AL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.**

Cuando se presenten cambios en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud, bien sea por la estructura organizacional, o requisitos exigidos por la secretaria de Salud, modificaciones en los métodos de trabajo o aspectos que impliquen modificaciones de las actuales formas de operación del hospital. La organización realizará las siguientes actividades para planificar la adecuación del Sistema y lograr que este se mantenga:

- Se organizará el Comité de Calidad para analizar el impacto del cambio a nivel de la organización y el cliente.

- Se reunirán la totalidad de los comités de apoyo del Sistema para organizar las actividades necesarias para el cambio.
- Conformación de un grupo de trabajo con los representantes de los procesos de la empresa involucrados para identificar el impacto sobre las actividades bajo su responsabilidad.
- Análisis por parte de la gerencia, comité de calidad, dueños de los procesos involucrados sobre los recursos que requieren invertir y las especificaciones de dichos recursos.
- Elaboración de un plan de trabajo, describiendo actividades, responsables y fechas, el cual se actualizará periódicamente.
- Elaboración de un plan de contingencia en casos de que los resultados no sean los esperados.

Se dejará registro de lo anterior en un Acta de Reunión, realizada por el coordinador de calidad donde se describirá los resultados, estrategias y conclusiones del comité de calidad y los comités de apoyo en cada una de sus sesiones.

### **7.3. PLAN DE MANTENIMIENTO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.**

Nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud, es el primer paso para la obtención de la certificación, por esta razón no se puede dejar caer el sistema, para lograr ésto además de contar con un presupuesto financiero que es también muy importante, se planeó un cronograma de mantenimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud ( ver figura 3), que describe las fechas de entrega de indicadores de calidad, lo

que permitirá hacer un seguimiento detallado a estos aspectos claves en la mejora y mantenimiento del sistema

FIGURA 3. Plan de Mantenimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ	PLAN DE MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO	PMS_1
		VERSION	01

ACTIVIDADES	2007			Año 2008												
	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
<b>ENTREGA DE INDICADORES</b>																
Porcentaje de usuarios informados satisfactoriamente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Porcentaje de usuarios que perciben una atención oportuna en la prestación de salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Porcentaje de usuarios que perciben trato adecuado por el proveedor de servicios en la prestación de salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Personal actualizado en la red prestadores de servicio de salud									X							
Proporción de equipos aptos para el uso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Porcentaje de actividades realizadas satisfactoriamente por cada comité según su plan de trabajo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Porcentaje de satisfacción del usuario interno			X			X			X			X				X
Porcentaje de satisfacción del usuario externo			X			X			X			X				X
Porcentaje de procesos sin complicaciones	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>REVISIÓN DEL SGC</b>							X							X		
<b>AUDITORÍAS INTERNAS</b>				X				X				X				

## **8. DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

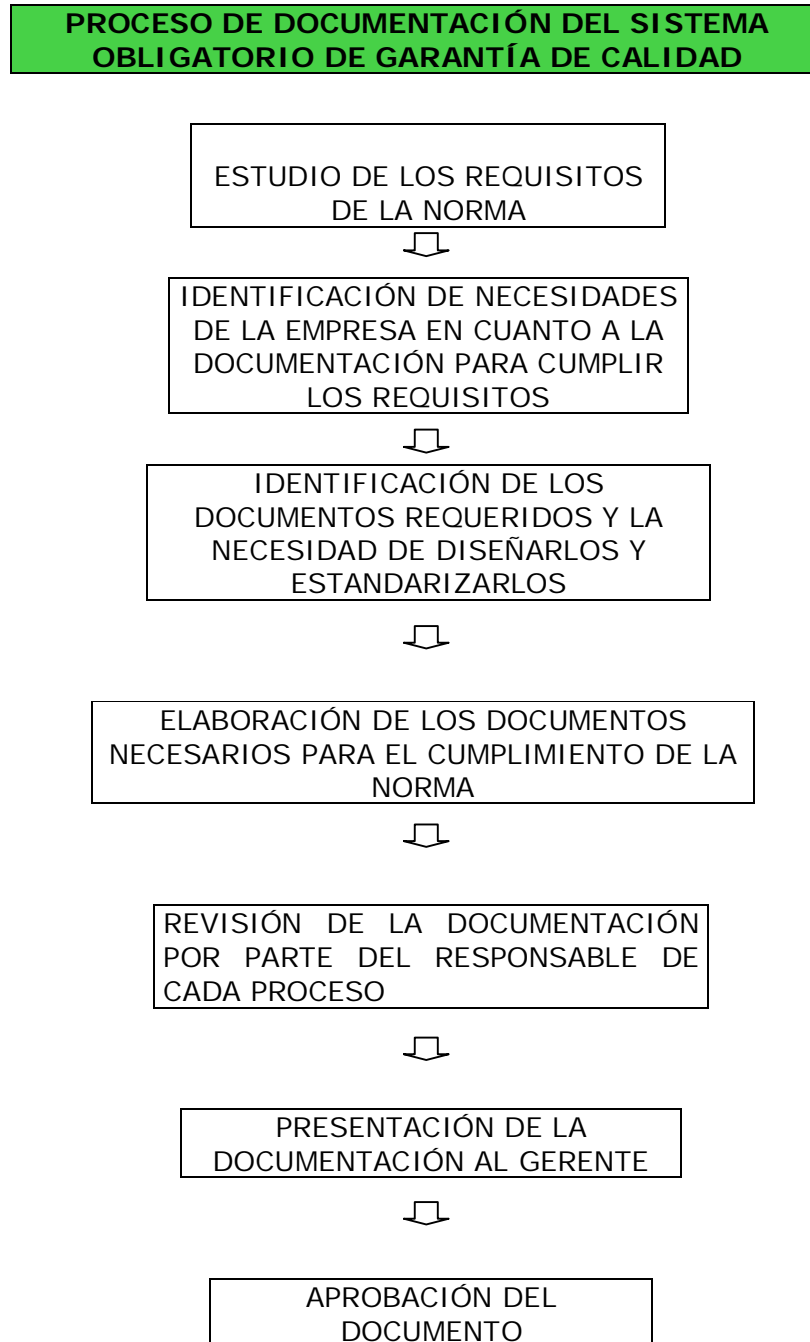
### **8.1. METODOLOGÍA DE LA DOCUMENTACIÓN**

En conjunto con los responsables de procesos se realizaron reuniones continuas para la total documentación de la institución, se analizó qué tipo de documento sería más conveniente en cada caso: procedimiento, instructivo o formato de registro, la idea no era crear documentos por crear sino modificar aquellos métodos de trabajo que contribuyeran a mejorar los procesos internos de trabajo, así como la satisfacción del cliente.

A partir de la evaluación realizada sobre el cumplimiento de la situación inicial con relación a los requisitos del decreto 1011 del 3 de abril de 2006, se identificaron los elementos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud con los cuales se cuenta, como también qué elementos necesitarían mejorarse o establecerse y se definió la metodología de trabajo siguiendo el siguiente procedimiento que consta de siete etapas para la elaboración de la documentación.

La figura 4 presenta el proceso de documentación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud en la E.S.E. Hospital San José.

FIGURA 4: Proceso de documentación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad



Para la identificación de los documentos requeridos por proceso, se reunió la coordinadora de calidad (practicante) con el responsable de cada proceso involucrado, para diseñar y estandarizar los procedimientos, formatos de registro, instructivos, fichas técnicas, planes de seguimiento y medición que reflejen la realidad dentro de la organización.

Luego con la información recopilada se analizaron los procedimientos junto con sus documentos anexos y se realizaron las mejoras convenientes o que eran necesarias para dar cumplimiento a los requisitos de la norma.

Posteriormente se documentaron los procedimientos y documentos anexos, los cuales se presentaron al responsable de cada proceso para que los revisara y luego realizarle sus respectivos cambios de mejora. Éstos se implementaron y finalmente se documentaron los procedimientos finales, los cuales se presentaron ante el Gerente General para su aprobación. Los documentos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad fueron diseñados por la Coordinadora de Calidad.

## **8.2. REQUISITOS DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN.**

Con base en el decreto utilizado como norma, la institución debe establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud y mejorar continuamente su eficacia.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad debe:

- Garantizar las condiciones de capacidad técnico y científica.
- Garantizar las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera
- Garantizar las condiciones de capacidad técnico – administrativa
- Llevar el registro especial de prestadores de servicios de salud

- Elaborar el formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud
- Autoevaluar el cumplimiento de las condiciones para la habilitación
- Reportar las novedades
- Elaborar el Manual único de estandarización y verificación
- Efectuar el Plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

### **8.2.1. Condiciones de capacidad técnico y científica**

Para la verificación de las condiciones de capacidad técnico y científica, en la E.S.E. Hospital San José se realizó un proceso de inspección para verificar cuáles de ellas se estaban cumpliendo y cuáles no, con este proceso se halló que la institución cumple con la totalidad de los requerimientos que la Secretaria de Salud impone para las entidades prestadoras de servicios de salud.

- **Recurso humano:**

Se tomó las hojas de vida de los trabajadores de la institución y se le realizó la verificación de las condiciones técnicas, profesionales, y requisitos que el Hospital requiere para su vinculación en la nómina.

Se envió a la secretaría de salud las fotocopias con las hojas de vida de la totalidad de los trabajadores de la institución.

- **Infraestructura, instalaciones físicas y su mantenimiento:**

Con una documentación detallada de las instalaciones con las que cuenta el hospital con sus especificaciones y todo lo concerniente a ellas, la E.S.E. constató que cuenta con una estructura física apta para la prestación de servicios de salud.

Este documento junto con fotos fue llevado a la secretaría de salud, por otro lado la secretaría realizó una visita para constatar que las instalaciones

se encuentran en perfecto estado y además comprobar que lo documentado sea de las instalaciones de la institución.

- **Dotación y su mantenimiento:**

La institución diseñó un documento donde se demuestra que se realizan actividades de mantenimiento preventivo y correctivo, además de contar con todos los equipos necesarios para esta institución de primer nivel de complejidad, para lo cual se llevó un listado maestro de equipos de la institución.

- **Medicamentos dispositivos médicos y su disposición:**

En este requerimiento se certificó que la farmacia se rige por procesos que garantizan el cumplimiento de las condiciones legales para el uso de los medicamentos y dispositivos médicos, además de políticas de la no reutilización de dispositivos desechables.

- **Procesos prioritarios asistenciales:**

Se definieron los procesos prioritarios para nuestra red ante la secretaría de salud.

- **Historia clínica y registros clínicos:**

Se llevó ante la secretaria de salud el proceso de historias clínicas en el cual se establece que éstas después de ser diligenciadas e incluidas en el sistema, son imposibles de modificar y se encuentran en perfecta custodia para constatar que estos documentos están controlados en la institución.

### **8.2.2. Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera**

Se revisaron los libros de contabilidad y demás documentos donde se expresa la capacidad económica y se halló que los procesos administrativos de la institución llevan un excelente control de las entradas provenientes del

estado y gracias a la prestación del servicio, por este motivo se cuenta con un estado financiero estable y capaz de cumplir con las obligaciones.

Por otro lado goza de un número de predios bastante grande capaz de cubrir las deudas que por algún motivo tengan que incurrir.

- **Certificado de suficiencia patrimonial.**

En el anexo 3 se muestra un formato del certificado de suficiencia patrimonial y financiera entregada por la institución a la secretaria de salud.

### **8.2.3. Condiciones de capacidad técnico - administrativa**

Estas condiciones son las referentes al cumplimiento de las normas legales para su funcionamiento como su existencia, representación legal, sistema contable en vigencia entre otras, que la institución tiene en perfecto estado.

### **8.2.4. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.**

En este documento la institución hace una especificación de cuáles son los servicios que desea que sean Habilitados.

### **8.2.5. Formulario de Inscripción en el Registro especial de Prestadores de Servicios de Salud.**

Este es el formulario que la institución hace llegar a la secretaria de salud con los servicios que desean ser habilitados y presentados ante la secretaria de salud, en este formulario va la siguiente información:

- Identificación del prestador: clase, nombre, identificación, tipo de persona, naturaleza jurídica, sitio Web, departamento, municipio,

dirección, teléfono, fax, representante legal, prestadores públicos, prestadores privados, nivel de atención, entre otros.

- Datos de la sede de prestación de servicios de salud: departamento, municipio, centro poblado, nombre, zona, gerente, horario de atención, entre otros.
- Capacidad instalada.
- Servicios ofrecidos en la sede.

#### **8.2.6. Autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la Habilitación.**

La coordinadora de calidad elaboró un formato para encontrar el estado de la institución ante el cumplimiento de las condiciones de Habilitación y se envió a la secretaría de salud debidamente diligenciado. Ver anexo 4

#### **8.2.7. Reporte de novedades.**

Este formulario es el mismo que el de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud, pero con la diferencia que éste se envía a la secretaria de salud cuando un nuevo proceso es integrado a la red de servicios de la institución.

#### **8.2.8. Manual único de estandarización y verificación.**

Es un documento de 237 páginas donde se especifica los requisitos del decreto 1011 del 3 de abril de 2006 que la institución cumple en el momento de pasar los documentos para la Habilitación.

### 8.2.9. Plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. PAMEC

Documento donde se especifican los procesos de auditoría para el mejoramiento de calidad, donde se encuentran los mecanismos para evaluar la red de prestadores de servicios de la institución, además de contener la totalidad de los comités con sus funciones, integrantes, misión del comité, funcionamiento, métodos de recolección de información, plan de trabajo del comité, seguimiento al plan de trabajo y método de análisis y soluciones de problemas con sus respectivos formatos.

El plan posee la siguiente tabla de contenido

**FIGURA 5** contenido del PAMEC

1.	DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	4
1.1.	Ubicación	4
1.2.	Reseña Histórica	4
1.3.	Nuestra Organización	5
1.4.	Sistema de Calidad	9
1.5.	Misión	9
1.6.	Visión	9
1.7.	Objetivos de la Institución	10
1.8.	Principios Corporativos	10
1.9.	Portafolio de Servicios	11
2.	POLÍTICA DE CALIDAD	12
2.1.	Objetivos de Calidad	12
2.2.	Indicadores y Metas de Calidad	13
2.3.	Estructura de Apoyo	16
2.3.1.	Comité de Calidad	16
2.3.2.	Comités para Apoyo y Seguimiento a la Calidad de la E.S.E. Hospital Integrado San José	21
2.3.3.	Trabajo de los Comités para Apoyo y Seguimiento a la Calidad	22
2.3.3.1.	Oficina de Atención al Usuario	22
2.3.3.2.	Comité de Ética Hospitalaria	25
2.3.3.3.	Comité de Farmacia y Terapéutica	29
2.3.3.4.	Comité de Credenciales	32
2.3.3.5.	Comité de Infecciones, Profilaxis y Política Antibiótica	34
2.3.3.6.	Comité de Auditoría Médica y Servicios	37
2.3.3.7.	Comité de Historias Clínicas	40
2.3.3.8.	Comité de Adecuación Tecnológica	43
3.	DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS CRÍTICOS	46
4.	SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE CALIDAD	48

### **8.3. REQUISITOS DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.**

La auditoría debe ser entendida como un componente del sistema obligatorio de garantía de calidad, al igual que el sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información, en el cual ninguno de los instrumentos tiene más importancia que el otro, es de recordar que no son exhaustivos y no son únicos que existen para promover la garantía de calidad.

Dentro del sistema de garantía de calidad, la auditoría tiene su razón de ser en la implementación de los elementos de evaluación y monitorización.

De acuerdo con estos lineamientos, el enfoque de la auditoría es el de un instrumento de evaluación y mejoramiento que para ser efectiva debe ser sistemática y con el objetivo fundamental de contribuir a la mejora de los resultados de la institución. Objetivo que es posible cumplir en la medida que su implementación se centre a los miembros de la institución para la toma de decisiones con base en hechos y datos objetivos, en la capacidad de autogestionarse y autocontrolarse.

Es importante recordar que para que la auditoría sea eficiente debe obedecer a un planeación sistemática, debe estar basada en criterios explícitos predeterminados, aplicarse con enfoque sistémico, con unidad de propósito y cohesión y llevarse a cabo con una periodicidad preestablecida

En relación con lo anterior, el decreto 2309 de 2002 ha definido la auditoría para el mejoramiento de la calidad en los siguientes términos:

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> [minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo220302.pdf](http://minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo220302.pdf)

Según esta norma, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud implica:

- La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
- Comparación entre calidad observada y la calidad esperada.
- Actividades de mejoramiento.

Para cumplir con este requisito la coordinadora de calidad elaboró un manual de auditorías para el mejoramiento de la atención en salud.

#### **Manual de Auditoría para el Mejoramiento de la Atención en Salud:**

En este manual se encuentran todas las medidas necesarias para implantar el proceso de auditoría en la institución llevando la siguiente estructura.

#### **8.4. REQUISITOS DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.**

Para llegar al punto de ser acreditada como una entidad prestadora de servicios de salud, la institución debe presentar un manual de estándares de acreditación, además de mantener vigente el sistema obligatorio de garantía de calidad.

Los requisitos son:

- Declaración de los deberes y derechos de los pacientes y además que toda la organización tenga conocimiento de ellos (ver anexo 5 y 6)
- Oficina de atención al usuario **SIAU** para atender las inquietudes y dar solución a los posibles problemas que se presenten durante la prestación del servicio.

- Existencia de un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento el cual consta de la documentación de los procesos con sus interacciones. En la tabla 8 se muestra los procesos elaborados por la coordinadora de calidad

**TABLA 8** Procedimientos con caracterización

CÓDIGO	PROCEDIMIENTO
CPAD	GESTIÓN DE ARCHIVO DOCUMENTAL
CPCE	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL
CPAHC	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS
CPC	CONTABILIDAD
CPCI	CONTROL INTERNO
CPCO	CONSULTA AMBULATORIA DE ODONTOLOGÍA
CPCOM	COMPRAS
CPF	FARMACIA
CPFA	FACTURACIÓN
CPGG	GESTIÓN GERENCIAL
CPGI	GESTIÓN DE INVENTARIOS
CPM	MANTENIMIENTO
CPOP	OBSTETRICIA AMBULATORIO-ATENCIÓN DE PARTOS
CPPRE	PRESUPUESTO
CPPYP	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
CPRH	RECURSO HUMANO
CPSG	SERVICIOS GENERALES
CPSIUA	SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO - SIAU
CPTAB	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO
CPU	URGENCIAS AMBULATORIO
CPVE	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Para evaluar el buen funcionamiento de los procesos y realizar la medición de ellos se formularon unos indicadores de gestión, los cuales serán monitoreados por cada proceso y analizados por el comité de calidad. En el anexo 7 se muestran los indicadores de gestión con su meta, periodicidad y fuente de datos.

- Se debe garantizar el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad. Gracias al **comité de ética hospitalaria** se garantiza el cumplimiento de las políticas de confidencialidad que la institución implementó para brindarle este derecho desde el momento en que inicia su historia clínica en el hospital.
- Se debe garantizar que los procedimientos se encuentren documentados, la coordinadora documentó los procedimientos que se encuentran en la tabla 9.

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

**TABLA 9** Procedimientos documentados

CODIGO		PROCEDIMIENTOS
PAD_01	ARCHIVOS	ADMINISTRACIÓN DE ARCHIVOS
PCE_01	CONSULTA EXTERNA	RECEPCIÓN Y ATENCIÓN DEL USUARIO DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL
PCI_01	CONTROL INTERNO	CONTROL INTERNO A LA AUDITORÍA INTERNA
PCI_02		EVALUACIÓN A TRAVÉS DE INDICADORES DE GESTIÓN
PCI_03		EVALUACIÓN SISTEMA DE CONTROL INTERNO
PGG_01	GERENCIA	DIRECCIÓN, COORDINACIÓN, SUPERVISIÓN Y CONTROL
PGG_02		FORMULACIÓN Y APROBACIÓN DE PLANES
PGG_03		CONTRATACIÓN DE SERVICIOS
PCEO_01	CONTROL DE	RECEPCIÓN Y ATENCIÓN DEL USUARIO DE LA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA
PHC_01	ARCHIVOS	MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS
PGRH_01	GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO	VINCULACIÓN DE FUNCIONARIOS EN CARGOS DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN
PGR_02		GENERACIÓN DE NOMINA
PGR_03		EMISIÓN DE CERTIFICACIONES
PAU_01	ATENCIÓN DE URGENCIAS	RECEPCIÓN Y ATENCIÓN DEL USUARIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
PGC_01	CONTABILIDAD	REGISTRO CONTABLE
PGC_02		CERTIFICADOS DE INGRESOS, RETENCIONES Y OTROS CONTABLES
PGC_03		DECLARACIÓN DE IMPUESTOS
PFA_01	FACTURACIÓN	FACTURACIÓN EN CONSULTA EXTERNA
PFA_02		FACTURACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS
PGA_03		FACTURACIÓN DE SERVICIOS PARTICULARES
ICI_01	CONTROL DE INVENTARIOS	INSTRUCTIVO MANEJO DE INVENTARIOS
PCI_01		ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
PCI_02		BAJA DE ELEMENTOS DEVOLUTIVOS
PCI_03		VERIFICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INVENTARIOS
PCI_04		DESPACHO DE BIENES Y SUMINISTROS
POA_01	OBSTETRICIA AMBULATORIA	RECEPCIÓN Y ATENCIÓN DE LA GESTANTE PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO
PSG_01	SERVICIOS GENERALES	LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE CONSULTORIO
PSG_02		LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE BAÑOS
PSG_03		LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE ÁREA DE URGENCIAS
PSG_04		LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE SALA DE PARTOS
PSG_05		LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE OFICINAS
PSG_06		LAVADO DE ROPA
PSG_07		LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE HABITACIONES
PC_01	COMPRAS	SELECCIÓN DEL PROVEEDOR DE MEDICAMENTOS Y MATERIALES MÉDICOS
PC_02		COMPRA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MATERIALES MÉDICOS
PC_03		CALIFICACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PROVEEDOR
PCID_01	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	CONTROL DISCIPLINARIO, PROCESO ORDINARIO
PCID_02		CONTROL DISCIPLINARIO, PROCESO VERBAL
IF_01	FARMACIA	INSTRUCTIVO DE ALMACENAMIENTO Y MANIPULACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS
IF_02		INSTRUCTIVO DE DESPACHO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL
IF_03		INSTRUCTIVO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL ALMACÉN DE FARMACIA
PF_01		RECIBO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS
PF_02		DESPACHO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS
IGM_01	GESTIÓN DE MANTENIMIENTO	INSTRUCTIVO DE MANEJO DE GASES MEDICINALES
IGM_02		INSTRUCTIVO DE MANTENIMIENTO DE TANQUES DE AGUA
IGM_03		INSTRUCTIVO DE MANEJO DE EXTINTORES E HIDRANTES
IGM_04		INSTRUCTIVO DE MANTENIMIENTO DE REDES ELÉCTRICAS
PGM_01		MANTENIMIENTO Y CALIBRACIÓN DE QUIPOS BIOMÉDICOS
PGM_02		MANTENIMIENTO CORRECTIVO
IP_01	PRESUPUESTO	INSTRUCTIVO PRESUPUESTO DE INGRESOS Y EGRESOS
PP_01		PREPARACIÓN, ELABORACIÓN Y APROBACIÓN PRESUPUESTAL
PP_02		RECAUDO DE RENTAS Y DE CAPITAL
PP_03		EJECUCIÓN Y AFECTACIÓN PRESUPUESTAL
PP_04		PLAN MENSUALIZADO DE CAJA
PSI_01	SIAU	SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO
PSI_02		MANEJO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS DE LOS USUARIOS

En el anexo 8, 9 y 10 se muestra un formato de instructivos y procedimientos con su flujograma

- Por medio del **comité de docencia e investigación**, la institución cuenta con procesos de investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario
- El Hospital garantiza que existen procesos desarrollados para la instauración del tratamiento, que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función dentro de un equipo de trabajo, además se garantiza que el paciente y su familia reciban la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento.
- Que cuenta con procesos para la implementación e integración de guías médicas. En la tabla 10 se muestra las guías médicas elaboradas por la coordinadora de calidad

**TABLA 10** Guías medicas elaboradas

CÓDIGO	PROCEDIMIENTO
GA TB_1	SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
GAM O_1	ATENCIÓN PARTO VAGINAL EN OBSTETRICIA
GAM O_2	MANEJO NEONATAL EN SALA DE PARTOS EN OBSTETRICIA
GA CO_1	SALUD ORAL
GA CO_2	CONSULTA DE ODONTOLOGÍA
GAM U_1	DOLOR ABDOMINAL AGUDO
GAM U_2	AMIGDALITIS BACTERIANA
GAM U_3	BRONQUITIS AGUDA
GAM U_4	EMERGENCIA CARDIORRESPIRATORIA RCV
GAM U_5	CRISIS CONVULSIVA
GAM U_6	CEFALEA
GAM U_7	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
GAM U_8	ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR
GAM U_9	INTOXICACIONES AGUDAS
GAM U_10	DOLOR LUMBAR AGUDO
GAM U_11	MANEJO INICIAL DEL TRAUMA
GAM U_12	PIELONEFRITIS INFECCIONES DE PELVIS
GAM U_13	ATENCIÓN PARTO VAGINAL
GAM U_14	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
GAM U_15	CONTROL DE LÍQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS
GAM U_16	MONITOREO HEMODINÁMICO
GAM U_17	MANEJO DE Sonda NASOGÁSTRICA
GAM U_18	RCP AVANZADO
GAM U_19	MANEJO DE HERIDAS
GAM U_20	MANEJO DE VENOPUNCIÓN PERIFÉRICA
GAM U_21	REVISIÓN INSUMOS DE CARRO DE PARO
GAM U_22	MANEJO LAVADO DE MANOS
GAM U_23	CATERISIMO VESICAL
GAM U_24	CONTROL DE SIGNOS VITALES
GAM U_25	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA
GA PYP_1	CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE MENORES DE 10 AÑOS
GA PYP_2	DETECCIÓN COMPLICACIONES DEL EMBARAZO
GA PYP_3	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

CÓDIGO	PROCEDIMIENTO
GA PYP_4	ALTERACIONES TEMPRANAS DE LA AGUDEZA VISUAL
GA PYP_5	DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE SENO
GA PYP_6	DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO
GA PYP_7	PLANIFICACIÓN FAMILIAR
GA PYP_8	DETECCIÓN ALTERACIONES DEL ADULTO MAYOR
GA PYP_9	ALTERACIONES DEL DESARROLLO DE LA POBLACIÓN 10-29 AÑOS

- Existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los pacientes o sus familiares durante el período de hospitalización, para ello se cuenta con el **comité del SIAU** que con la ayuda del buzón de sugerencias y encuestas realizadas a los usuarios puede tener conocimiento de los sentimientos de los pacientes y familiares con respecto a la prestación del servicio.
- Garantiza el buen estado de las historias clínicas, su evaluación e inalteración con el **comité de historias clínicas** que entre sus funciones están las ya nombradas.
- Existen procesos para diseñar e implementar actividades de mejoramiento de los procesos prioritarios de la institución, para ésto cada uno de los comités se reúnen periódicamente y evalúan el proceso a cargo logrando implementar la mejora continua.
- Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno que lleva el comité de calidad de la institución.
- Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud, con base en procesos de auditoría de la calidad. En la organización se logra la obtención de datos para el conocimiento del estado del sistema.
- Cada proceso tiene identificado los clientes internos y externos, sus proveedores internos y externos.
- La organización garantiza procesos estructurados para la realización de metas y objetivos acordes para cada uno de ellos.
- La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos. (Ver anexo 11).

- La organización garantiza procesos para el manejo seguro de desechos donde se clasifican y se les da el tratamiento adecuado según su tipo hasta que la entidad recolectora dispone de ellos.

## **8.5. REQUISITOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD**

Los prestadores de servicios de salud están obligados a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención del sistema general de seguridad social en salud.

Para dar cumplimiento a este requisito, se elaboró un manual de sistema de información donde se encuentran los indicadores necesarios para medir el desempeño del sistema. En el anexo 12 se muestran los indicadores creados por la coordinadora de calidad y en el anexo 13 se muestra la ficha técnica utilizada para los indicadores, en la cual se documenta el nombre del indicador, la clasificación, tipo de medida, objetivo del indicador, numerador, denominador, fuente de datos, meta y periodicidad. En el anexo 14 encontramos un ejemplo de la ficha técnica desarrollada con el indicador de oportunidad de la atención de cita en la consulta médica general.

## **8.6. NORMATIZACIÓN DE DOCUMENTOS**

El procedimiento de control de documentos, archivos y registros de la institución, aplica a todos los documentos tanto internos como externos que incidan en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y quien en el momento tenga que digitar cualquier documento, debe cumplir con los requisitos establecidos en este documento, previa autorización del Gerente.

Todos los documentos generados en la E.S.E. Hospital San José deberán cumplir con lo siguiente:

### **TEXTO**

Todo texto de procedimientos, manuales, guías, instructivos, planes de calidad, formatos, y Otros documentos, debe digitarse con las siguientes normas:

Fuente Verdana

Tabulado normal

Títulos principales en mayúscula, centrado y en negrilla.

Subtítulos en mayúscula, margen izquierdo y en negrilla.

Se puede utilizar viñetas cuando se desee, como lo muestra el presente texto.

En caso de llevar numeración se utilizará la nomenclatura

- 1.
- 1.1.
- 1.1.1.
- 2.

Y así sucesivamente, siempre colocada en el margen izquierdo.

### **ENCABEZADO**

Todo documento del Sistema Obligatorio de garantía de calidad de la ESE Hospital San José (Manuales, Procedimientos, guías, Planes de Calidad, Instructivos), tendrá el siguiente encabezado, el cual estará ubicado en todas las hojas del documento.

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

**FIGURA 6** Encabezado del manual de procedimientos y guías médicas

<b>Nombre del Proceso</b>	E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ VALLE DE SAN JOSÉ	<b>Código</b>
ARCHIVO DOCUMENTAL		PAD_1
<b>ADMINISTRACIÓN DE ARCHIVOS</b>		

**FIGURA 7** Encabezado del manual de caracterización de procesos

<b>Nombre del Proceso</b>	E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ VALLE DE SAN JOSÉ	<b>Código</b>
ARCHIVO DOCUMENTAL		CPAD
<b>MANUAL DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS</b>		

**FIGURA 8** Encabezado del manual de auditoría médica

<b>MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ VALLE DE SAN JOSÉ SANTANDER</b>
--

**FIGURA 9** Encabezado del manual de sistema de información

<b>SISTEMA DE INFORMACIÓN E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ VALLE DE SAN JOSÉ SANTANDER</b>
--

**FIGURA 10** encabezado del PAMEC

<b>PAMEC E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ VALLE DE SAN JOSÉ SANTANDER</b>
--

**FIGURA 11** encabezado de formatos

<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ</b>	FORMATOS	CÓDIGO: FED_01
		VERSION: 01

Debe contener

**Nombre de la institución:** Identificación del documento de la empresa a la cual pertenece el documento

**Nombre del documento:** Descripción detallada del documento.

**Código del documento:** Por medio de este código se identificará el documento del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad. Se utilizará la siguiente nomenclatura:

XYX\_NN

La cual tiene el siguiente significado:

- X Tipo de documento
- yy Proceso de donde procede el documento
- NN Número que corresponde al consecutivo, iniciando en 01.

#### NOMENCLATURA PARA TIPOS DE DOCUMENTOS

Caracterización de procesos	CP
Guías médicas	G
Formatos	F
Instructivos	I
Documentos PAMEC	PM

#### NOMENCLATURA DE PROCESOS

Archivo	M
Atención de urgencias	P
Compras	A
Consulta externa	O
Contabilidad	PH
Control disciplinario	H
Control interno	C
Facturación	FA
Farmacia	F
Gestión Gerencia	GG
Inventarios	I

Mantenimiento	M
Odontología	O
Obstetricia ambulatorio	OA
Presupuesto	P
Gestión de recurso humano	GRH
Servicios generales	SG
SIAU	SI

**Número de versión:** Identifica el consecutivo de modificaciones que afectan el documento. La primera versión sale aprobada como número uno (1), si tiene modificaciones sigue con el consecutivo respectivo.

**Página:** Número de páginas del documento y cantidad de páginas del mismo.

Para los formatos de registro se suprime la fecha de aprobación y el número de páginas.

#### **CUERPO DEL TRABAJO**

Para realizar el cuerpo de los documentos se tendrá en cuenta la siguiente información, utilizando la siguiente nomenclatura:

- √: Aplica
- X: No aplica
- +/- : En algunos casos

**FIGURA 17.** Requisitos del Cuerpo del Documento

	MANUALES	PROCEDIMIENTOS	GUÍAS	FORMATOS	INSTRUCTIVOS	OTROS DCTOS
ENCABEZADO	√	√	√	√	√	√
TABLA DE CONTENIDO	X	+/-	√	X	+/-	X
OBJETIVO	√	√	√	X	+/-	+/-
RESPONSABLES	X	√	√	X	+/-	X
DEFINICIONES	√	X	X	X	+/-	+/-
CONTENIDO ESPECÍFICO	√	√	√	√	√	√
DOCUMENTOS	√	√	√	X	+/-	+/-
INDICADORES	√	X	X	+/-	X	+/-

**Objetivo:** Define sin ambigüedad el tema y el propósito del procedimiento. Además sirve para completar la información al título.

**Responsable:** Indica el cargo de la persona o las personas de la empresa responsables de la aplicación del procedimiento.

**Contenido Específico:** Se realiza una descripción detallada en párrafos de las actividades a realizar, indicando el responsable de la misma.

**Definiciones:** Contiene la lista de términos técnicos con sus definiciones y la equivalencia de palabras y abreviaturas que se emplean en el procedimiento y que se consideran convenientes incluir para una mejor interpretación del mismo.

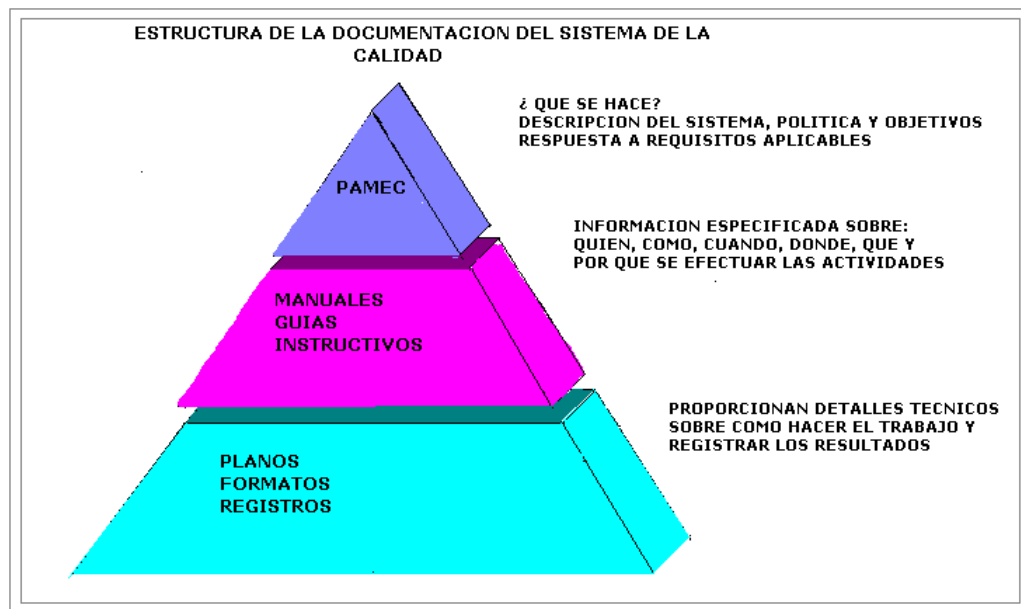
**Documentos:** Recopilación de documentos y registros nombrados en el desarrollo del documento.

**Indicadores:** Lleva los indicadores para medir el proceso o el procedimiento.

## 8.7. DISEÑO DE LA DOCUMENTACIÓN

Una vez definida la estructura de los procesos, se procedió a documentar el Sistema, elaborando los procedimientos, procesos, guías e instructivos; para ello se considera la estructura de documentación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

FIGURA 13. Estructura de la Documentación del Sistema de la Calidad.



Enumerando los tres niveles desde la parte superior de la pirámide, hacia lo particular que se encuentra representado en la parte superior de esta se tiene:

- **Primer nivel:**

Se encuentra el documento que proporciona la guía para la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, este es el PAMEC

- **Segundo nivel:**

En este nivel se encuentran los procedimientos necesarios para el desempeño del sistema de gestión de la calidad, las guías para los procesos, manual de procedimientos y caracterización de ellos e instructivos de algunos procesos prioritarios de la red de servicios.

- **Tercer nivel:**

Hacen parte de este nivel los documentos específicos, los cuales no son de obligatorio cumplimiento pero son el soporte de la documentación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Son documentos específicos, los instructivos, los planes de seguimiento y medición de los servicios prestados, especificaciones, planes de calidad y registros, los cuales son documentos generados por la operación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y proporcionan evidencia objetiva de la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

- **Documentos externos:**

Los documentos externos corresponden a información soportada en cualquier medio físico o magnético, proporcionada por las partes interesadas que mantienen relaciones con la organización. Son ejemplos de partes interesadas los proveedores y los clientes. En la institución se encuentran documentos como especificaciones de los insumos proporcionados por los proveedores.

## **8.8. REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN**

- **Identificación de Necesidad de Crear o Modificar Documentos**

Los responsables de cada proceso del Hospital identifican la necesidad de crear un documento, teniendo en cuenta la importancia de éste como documento de apoyo en los procesos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

La solicitud de crear un documento se realiza mediante el formato Solicitud de Creación de Documentos, el cual es diligenciado y entregado a la Coordinadora de Calidad.

- **Aprobación de los Documentos**

Todos los documentos elaborados para el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, fueron aprobados por el Gerente de la institución.

- **Elaboración del Documento**

La coordinadora de Calidad elaboró los documentos solicitados, teniendo en cuenta la solicitud escrita en el formato Solicitud de Creación de Documentos y las condiciones descritas en el numeral de Normalización de Documentos.

Se le asignó un código por ser nuevo documento

- **Distribución del Documento**

La Coordinadora de Calidad, realiza entrega del documento creado en medio físico al personal requerido.

- **Control de Documentos**

Para los efectos del control de documentos o archivos se definen los siguientes conceptos, según la ley 594 de 2000, así:

**Archivo.** Conjunto de documentos, sea cual fuere su fecha, forma y soporte material, acumulados en un proceso natural por una persona o entidad pública o privada en el transcurso de su gestión, conservados y respetando aquel orden para servir como testimonio e información a la persona o institución que los produce y a los ciudadanos, o como fuentes de la historia.

También se puede entender como la institución que está al servicio de la gestión administrativa, la información, la investigación y la cultura.

**Archivo público.** Conjunto de documentos pertenecientes a entidades oficiales y aquellos que se deriven de la prestación de un servicio público por entidades privadas.

**Archivo privado de interés público.** Aquel que por su valor para la historia, la investigación, la ciencia o la cultura es de interés público y declarado como tal por el legislador.

**Archivo total.** Concepto que hace referencia al proceso integral de los documentos en su ciclo vital.

**Documento de archivo.** Registro de información producida o recibida por una entidad pública o privada en razón de sus actividades o funciones.

**Función archivística.** Actividades relacionadas con la totalidad del quehacer archivístico, que comprende desde la elaboración del documento hasta su eliminación o conservación permanente.

**Gestión documental.** Conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.

**Patrimonio documental.** Conjunto de documentos conservados por su valor histórico o cultural.

**Soporte documental.** Medios en los cuales se contiene la información, según los materiales empleados. Además de los archivos en papel existente, los archivos audiovisuales, fotográficos, filmicos, informáticos, orales y sonoros.

**Tabla de retención documental.** Listado de series con sus correspondientes tipos documentales, a las cuales se asigna el tiempo de permanencia en cada etapa del ciclo vital de los documentos.

**Documento original.** Es la fuente primaria de información con todos los rasgos y características que permiten garantizar su autenticidad e integridad.

Los principios generales que rigen la función archivística son los siguientes:

a) Fines de los archivos. El objetivo esencial de los archivos es el de disponer de la documentación organizada, en tal forma que la información institucional sea recuperable para uso de la administración en el servicio al ciudadano y como fuente de la historia;

Por lo mismo, los archivos harán suyos los fines esenciales del Estado, en particular los de servir a la comunidad y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución y los de

facilitar la participación de la comunidad y el control del ciudadano en las decisiones que los afecten, en los términos previstos por la ley;

b) Importancia de los archivos. Los archivos son importantes para la administración y la cultura, porque los documentos que los conforman son imprescindibles para la toma de decisiones basadas en antecedentes. Pasada su vigencia, estos documentos son potencialmente parte del patrimonio cultural y de la identidad nacional;

c) Institucionalidad e instrumentalidad. Los documentos institucionalizan las decisiones administrativas y los archivos constituyen una herramienta indispensable para la gestión administrativa, económica, política y cultural del Estado y la administración de justicia; son testimonio de los hechos y de las obras; documentan las personas, los derechos y las instituciones. Como centros de información institucional contribuyen a la eficacia, eficiencia y secuencia de las entidades y agencias del Estado en el servicio al ciudadano;

d) Responsabilidad. Los servidores públicos son responsables de la organización, conservación, uso y manejo de los documentos.

Los particulares son responsables ante las autoridades por el uso de los mismos.

e) Dirección y coordinación de la función archivística. El Archivo General de la Nación es la entidad del Estado encargada de orientar y coordinar la función archivística para coadyuvar a la eficiencia de la gestión del Estado y salvaguardar el patrimonio documental como parte integral de la riqueza cultural de la Nación, cuya protección es obligación del Estado, según lo dispone el título I de los principios fundamentales de la Constitución Política;

f) Administración y acceso. Es una obligación del Estado la administración de los archivos públicos y un derecho de los ciudadanos el acceso a los mismos, salvo las excepciones que establezca la ley;

g) Racionalidad. Los archivos actúan como elementos fundamentales de la racionalidad de la administración pública y como agentes dinamizadores de la acción estatal. Así mismo, constituyen el referente natural de los procesos informativos de aquella;

h) Modernización. El Estado propugnará por el fortalecimiento de la infraestructura y la organización de sus sistemas de información, estableciendo programas eficientes y actualizados de administración de documentos y archivos;

i) Función de los archivos. Los archivos en un Estado de Derecho cumplen una función probatoria, garantizadora y perpetuadora

j) Manejo y aprovechamiento de los archivos. El manejo y aprovechamiento de los recursos informativos de archivo responden a la naturaleza de la administración pública y a los fines del Estado y de la sociedad, siendo contraria cualquier otra práctica sustitutiva;

k) Interpretación. Las disposiciones de la presente ley y sus derechos reglamentarios se interpretarán de conformidad con la Constitución Política y los tratados o convenios internacionales que sobre la materia celebre el Estado colombiano.

- **Administración de archivos**

**Obligatoriedad de la conformación de los archivos.** El Hospital San José creará, organizará, preservará y controlará los archivos, teniendo en

cuenta los principios de procedencia y orden original, el ciclo vital de los documentos y la normatividad archivística.

**Responsabilidad.** La administración del Hospital asignará un responsable de la gestión de documentos y de la administración de sus archivos.

**Instalaciones para los archivos.** La Gerencia del Hospital, garantizará los espacios y las instalaciones necesarias para el correcto funcionamiento de sus archivos.

**Propiedad, manejo y aprovechamiento de los archivos públicos.** La documentación del hospital es producto y propiedad del Estado, y éste ejercerá el pleno control de sus recursos informativos. Los archivos públicos, por ser un bien de uso público, no son susceptibles de enajenación.

Se podrá contratar con personas naturales o jurídicas los servicios de custodia, organización, reprografía y conservación de documentos de archivo, de acuerdo a los requisitos y condiciones que establezca el Archivo General de la Nación.

**Responsabilidad especial y obligaciones de los servidores públicos.** Los servidores públicos, al desvincularse de las funciones titulares, entregarán los documentos y archivos a su cargo debidamente inventariados, conforme a las normas y procedimientos que se establezcan, sin que ello implique exoneración de la responsabilidad a que haya lugar en caso de irregularidades.

**Responsabilidad general de los funcionarios de archivo.** Los funcionarios de archivo trabajarán sujetos a los más rigurosos principios de la ética profesional, a lo dispuesto en la Constitución Política de Colombia, especialmente en lo previsto en su artículo 15, a las leyes y disposiciones

que regulen su labor. Actuarán siempre guiados por los valores de una sociedad democrática que les confíe la misión de organizar, conservar y poner al servicio de la comunidad la documentación de la administración del Estado y aquella que forme parte del patrimonio documental de la Nación.

**Soporte documental.** La E.S.E. Hospital San José podrá incorporar tecnologías de avanzada en la administración y conservación de sus archivos, empleando cualquier medio técnico, electrónico, informático, óptico o telemático, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos en la ley de archivos.

- **Instrucciones para el control de los archivos (registros) y elaboración de tablas de retención.**

La E.S.E. Hospital San José podrá contemplar el uso de nuevas tecnologías y soportes, en cuya aplicación deberán observarse los principios y procesos archivísticos.

Los documentos emitidos por los citados medios gozarán de la validez y eficacia de un documento original, siempre que quede garantizada su autenticidad, su integridad y el cumplimiento de los requisitos exigidos por las leyes procesales.

**Procesos archivísticos.** La gestión de documentación en el hospital dentro del concepto de archivo total, comprende procesos tales como la producción o recepción, la distribución, la consulta, la organización, la recuperación y la disposición final de los documentos.

Teniendo en cuenta el ciclo vital de los documentos, los archivos se clasifican en:

Archivo de gestión. Comprende toda la documentación que es sometida a continua utilización y consulta administrativa por las oficinas productoras u otras que la soliciten. Su circulación o trámite se realiza para dar respuesta o solución a los asuntos iniciados;

Archivo central. En el que se agrupan documentos transferidos por los distintos archivos de gestión de la entidad respectiva, cuya consulta no es tan frecuente pero que siguen teniendo vigencia y son objeto de consulta por las propias oficinas y particulares en general.

Archivo histórico. Es aquel al que se transfieren desde el archivo central los documentos de archivo de conservación permanente.

**Obligatoriedad de las tablas de retención.** La E.S.E. Hospital San José adoptará las respectivas tablas de retención documental de acuerdo a las normas establecidas para tal fin.

**Acceso y consulta de los documentos.** Todas las personas tienen derecho a consultar los documentos de archivos públicos y a que se les expida copia de los mismos, siempre que dichos documentos no tengan carácter reservado conforme a la Constitución o a la ley.

El responsable de la administración de los archivos garantizará el derecho a la intimidad personal y familiar, honra y buen nombre de las personas y demás derechos consagrados en la Constitución y las leyes.

La reserva legal sobre cualquier documento cesará a los treinta años de su expedición. Cumplidos éstos, el documento por este solo hecho no adquiere el carácter histórico y podrá ser consultado por cualquier ciudadano y la autoridad que esté en su posesión adquiere la obligación de expedir a quien lo demande copias o fotocopias del mismo.

**Restricciones por razones de conservación.** Cuando los documentos históricos presenten deterioro físico manifiesto tal que su estado de conservación impida su acceso directo, el hospital suministrará la información contenida en estos mediante un sistema de reproducción que no afecte la conservación del documento, certificando su autenticidad cuando fuere del caso.

### **Salida de documentos**

DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS. Sólo por motivos legales las entidades del Estado podrán autorizar la salida temporal de los documentos de archivo.

DOCUMENTOS HISTÓRICOS. En los archivos de carácter histórico se podrá autorizar de manera excepcional la salida temporal de los documentos que conservan y en tal evento el jefe del archivo deberá tomar todas las medidas que garanticen la integridad, la seguridad, la conservación o el reintegro de los mismos. Procederá dicha autorización en los siguientes términos:

- a) Motivos legales;
- b) Procesos técnicos;
- c) Exposiciones culturales.

### **Identificación**

La identificación de los registros-archivos permite reconocer la procedencia, caracterizar y describir la documentación motivo de análisis.

La identificación describe las secciones, series y subseries dentro de un fondo documental, debe realizarse teniendo en cuenta la estructura orgánico-funcional de la entidad productora. Este procedimiento

denominado clasificación, permitirá ubicarse en el nivel que se quiere caracterizar y describir.

La identificación se establece de lo general a lo particular de la misma manera como se realiza la descripción, así:

Ejemplo: **CSMDP\_01**

### **Valoración**

El objetivo de la Valoración es proteger el Patrimonio Documental ya que permite el establecimiento de los valores primarios y secundarios y su permanencia en cada una de las fases de archivo.

#### *La Valoración en el ciclo vital*

Pueden existir criterios generales para la Valoración, teniendo como base el ciclo vital de los documentos y el funcionamiento institucional. Para tales efectos es importante tener en cuenta el uso, su frecuencia y las normas que regulan la producción documental. Estos criterios permitirán determinar si un documento está en su fase activa, semiactiva o inactiva. Las dos primeras fases hacen relación a los VALORES PRIMARIOS, en tanto que la tercera puede contener o no documentos con VALORES SECUNDARIOS.

En la primera etapa del proceso de valoración -establecimiento de valores primarios- pueden intervenir tanto los productores de la documentación como los archivistas, apoyados por expertos en las áreas administrativa, legal y contable. En la segunda etapa -establecimiento de los valores secundarios- puede ser necesaria la participación de productores, archivistas e historiadores.

### **Disposición final**

Determina el proceso al cual será sometida cada una de las series y subseries en las etapas de su ciclo vital una vez cumplido el término de retención en los años estipulados, es decir se deberá Eliminar (E) o Conservar (C)

### ***Eliminación***

Es la destrucción de los documentos que han perdido su valor administrativo, jurídico, legal, fiscal o contable y que no tienen valor histórico o que carecen de relevancia para la ciencia y la tecnología.

La decisión de eliminar documentos, si no está establecida por ley o reglamento, es responsabilidad del Comité de archivo de cada entidad.

Un principio que debe observarse es aquel según el cual los documentos inactivos que han sido de antemano señalados como eliminables, deben destruirse tan pronto como se cumpla el plazo fijado por las Tablas de Retención.

Ninguna serie documental puede ser destruida sin estar previamente registrada en la correspondiente Tabla de Retención. La eliminación deberá realizarse atendiendo lo estipulado al respecto.

Las eliminaciones deben formar parte del proceso de preparación de las transferencias primarias y secundarias, es decir, cuando los archivos de gestión transfieren al central y este al histórico. En todos los casos deberá levantarse un acta acompañada de su respectivo inventario.

### ***Archivo de gestión o de oficina***

En este archivo reposan los documentos generados en los procesos de gestión administrativa. El tiempo de permanencia de la documentación en

éste depende fundamentalmente del trámite, para luego decidir su traslado al archivo central.

Las oficinas deberán transferir al Archivo Central aquellas series y subseries documentales que hayan cumplido el tiempo de retención señalado en la tarjeta de retención correspondiente. Deberán transferirse los expedientes con sus tipos documentales ordenados -respetando la secuencia de su producción-, y previamente depurados -extrayendo copias, tarjetas sociales, circulares, memorandos informativos, que no impliquen valores secundarios-.

Toda transferencia deberá ir acompañada de un inventario en el que se relacionarán las series, subseries y unidades documentales, consignando las fechas extremas y el número de folios.

Con la ejecución de estas transferencias no sólo se descongestionan las oficinas sino que se establecerá un vínculo más estrecho entre los Archivos de Gestión y el Archivo Central.

El calendario de transferencias deberá elaborarse de común acuerdo entre los productores de la documentación y el responsable del Archivo Central.

#### *Archivo central*

A este archivo son transferidos los documentos de los archivos de gestión cuya consulta no es tan frecuente, es decir, cuando están en su segundo ciclo de vida (semiactivos). El archivo central deberá facilitar la consulta tanto a las oficinas productoras como al público en general de acuerdo a las normas que lo regulen.

Recibidos los documentos en el archivo central, el responsable de éste deberá constatar que las series y subseries documentales transferidas concuerdan con el inventario que las relaciona, para proceder a

incorporarlas en las agrupaciones documentales correspondientes de acuerdo con el cuadro de clasificación establecido para cada oficina.

La documentación permanecerá en el archivo central durante el tiempo estipulado en las tarjetas.

Antes de transferir al archivo histórico se aplicará la disposición final y procedimientos previstos en la tarjeta.

#### *Archivo histórico o permanente*

Es aquel al cual se transfiere la documentación del archivo central o del archivo de gestión que por decisión de la gerencia, debe conservarse permanentemente, dado el valor que adquiere para la investigación, la ciencia y la cultura.

Al transferir la documentación al archivo histórico se debe cotejar con el inventario para incorporarla al fondo documental correspondiente, señalándole la signatura topográfica.

- **Preparación y conservación física de la documentación de archivo**

Se deberán arreglar y preservar la documentación siguiendo los pasos que se enuncian a continuación:

#### *Limpieza de la documentación*

Esta labor debe adelantarse en un espacio con buenas condiciones de ventilación, iluminación e higiene.

El personal dedicado a esta tarea deberá disponer de elementos de trabajo apropiados.

### *Eliminación de material metálico*

Este proceso no debe realizarse independiente ni aisladamente. Debe efectuarse con extremo cuidado para evitar la mezcla indiscriminada de documentos que pueda afectar la foliación y descripción correspondiente.

Eliminar el material metálico: clips, ganchos de cosedora, legajadores, etc. procurando no ocasionar deterioros de tipo físico a la documentación.

Con el fin de no separar la unidad documental de los expedientes, se puede cambiar el material metálico por elementos elaborados en material plástico o con recubrimientos que eviten su oxidación. En su defecto puede emplearse un fragmento o trozo de papel, como barrera entre el material metálico y la documentación.

- **Identificación del material afectado por biodeterioro.**

Si se detecta material afectado especialmente por agentes biológicos como hongos y/o insectos, debe separarse del no contaminado e identificar la unidad de conservación con una marquilla de color rojo en un lugar visible. Dicho material deberá mantenerse bajo condiciones de depósito con buena ventilación y aislado de fuentes de alta humedad y temperatura.

### *Revisión y Foliación*

La documentación deberá numerarse consecutiva y cronológicamente al interior de la misma, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

Utilizar un lápiz de mina negra y blanda para numerar desde uno (1) en adelante, en la esquina superior derecha de la hoja, de manera legible y sin enmendaduras.

La numeración existente no debe corregirse y si se detecta algún error en ella debe numerarse nuevamente, tachando la anterior.

Los planos o cualquier documento que por su formato o tamaño estén doblados, se numerarán como un sólo folio. Los impresos, insertos en la unidad documental (folletos, estudios, boletines, plegables, etc) deben numerarse en un sólo folio y en orden consecutivo. En el campo de notas del inventario se registrará el número de folio del impreso, título, año y número total de páginas.

- **Unidades de conservación y realmacenamiento.**

Entre las unidades de conservación más comunes que pueden encontrarse en los diferentes archivos, están las siguientes: Paquetes, Legajos, Tomos, Cajas, Carpetas y A-Z. Cada una de estas unidades, dependiendo de su estado de conservación, deberá prepararse de la siguiente manera para la transferencia:

La documentación empastada o encuadernada cuyos lomos están desprendidos o deteriorados deberá someterse al proceso de empaste o refuerzo del lomo utilizando materiales y procedimientos adecuados.

La documentación que no está encuadernada ni empastada deberá almacenarse en cajas y carpetas.

Las unidades de conservación que el Archivo General de la Nación recomienda, no sólo para la transferencia sino también para almacenar la documentación en archivos centrales o históricos son las cajas y las carpetas, las cuales tendrán las siguientes especificaciones:

### **Cajas**

Materiales. Elaboradas en cartón corrugado, recubierto en su cara interna por una película a base de parafina y ceras vegetales. Adicionalmente, cada caja tendrá dos fuelles elaborados en el mismo cartón.

Tamaño. Las dimensiones más generalizadas son: alto 27 cms., ancho 40 cms. y profundidad 12.5 cms. Cada entidad podrá establecer los tamaños de acuerdo con su documentación. El diseño con pliegues y lengüetas que encajan por presión (a manera de caja y espigo), permiten el ensamblaje sin la utilización de materiales metálicos, cintas, y/o adhesivos, fuentes de deterioro para la documentación.

Capacidad. Se recomienda introducir el número de carpetas necesario, de manera que no queden ni muy ajustadas ni muy sueltas. Para que conserven la verticalidad se recomienda el uso de fuelles de cartón.

Identificación. Las cajas deben ser rotuladas en sus tapas laterales, con los siguientes datos generales:

CÓDIGO (de la entidad) \_\_\_\_\_  
FONDO \_\_\_\_\_  
SECCIÓN \_\_\_\_\_  
SUBSECCIÓN \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE CARPETAS \_\_\_\_\_  
CAJA N° \_\_\_\_\_  
N° CONSECUTIVO \_\_\_\_\_  
N° CORRELATIVO \_\_\_\_\_  
FECHAS EXTREMAS DEL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

### *Carpetas*

Material. Cartulina libre de acidez (neutra), o en su defecto, cartulina bond (blanca).

Diseño. Debe adaptarse al volumen y tamaño de la documentación, garantizando la adecuada protección de los bordes. En lo posible debe mantenerse la unidad del expediente pero cuando éste sobrepase los cien

folios, la separación deberá hacerse respetando el contenido de los cuadernos o temas.

Identificación: Se realizará sobre la solapa, en la esquina superior derecha, con los siguientes datos:

FONDO \_\_\_\_\_

SECCIÓN \_\_\_\_\_ SUBSECCIÓN \_\_\_\_\_

SERIE \_\_\_\_\_ SUBSERIE \_\_\_\_\_

N° DE FOLIOS \_\_\_\_\_

N° DE CARPETA \_\_\_\_\_

N° DE CAJA \_\_\_\_\_

Para documentos empastados que sobrepasan los 10 cms. de grosor y presenten desprendimiento de la cubierta o fragmentación del cuerpo de la unidad, se han diseñado bandejas de cartón protectoras que se encajan en las tapas de los tomos y se fijan mediante la cinta de faya. Estos refuerzos permiten una fácil manipulación y a su vez protegen la documentación del polvo y condiciones medio-ambientales.

Para unidades de menos de 10 cms. de grosor se recomienda amarrarlas con cinta de faya.

En caso de mapas, planos y documentos de gran formato, no deben doblarse sino depositarse horizontalmente. Dependiendo de su estado de conservación podrán enrollarse en tubos recubiertos de tela de algodón o papel neutro, protegiendo el exterior con papel libre de ácido.

#### *Amarre*

Este proceso es importante para reforzar estructuralmente las unidades de conservación a transferir y a la vez facilitar su traslado. El procedimiento se

realiza mediante el empleo de una cinta de faya o hiladillo de 2,5 cm. de ancho que abrace la unidad en sentido vertical y horizontal, a modo de paquete, anudado hacia la parte superior.

## **Embalaje**

Una vez se hayan cumplido los pasos de limpieza, revisión, foliación y amarre, se procederá al embalaje o empaque, así:

Utilizar cajas que cumplan las especificaciones mínimas sugeridas por el Archivo General de la Nación.

La cantidad de unidades de conservación a empacar en cada caja de transferencia deberá ser moderada para evitar el deterioro de la documentación. No olvidar que no sólo el volumen ha de tenerse en cuenta sino también su peso.

Los tomos deben disponerse verticalmente con los lomos hacia arriba unos seguidos de otros. Los de gran formato deberán colocarse horizontalmente unos encima de otros y rellenar los espacios vacíos con bolas de papel sin impresión, preferiblemente papel periódico blanco.

Al empacar se debe mantener el orden estricto del inventario.

Las cajas de transferencia deberán numerarse consecutivamente, en lugar visible, con marcador sobre un rótulo.

Para cargar las cajas en el vehículo, se debe proceder de la siguiente manera:

La primera caja que ingrese corresponderá al último número de la remisión y así sucesivamente en orden descendente, de tal manera que la última caja que ingrese al vehículo sea la N° 1.

En el caso de material cartográfico o de gran formato debe evaluarse su estado de conservación con miras a establecer el sistema de embalaje más adecuado para su transporte; el traslado se hará en tubos, guacales o siguiendo las indicaciones dadas para las cajas.

## 8.9. DISEÑO DEL PAMEC

El proceso de realización del PAMEC inicia con un estudio del decreto 1011 del 3 de abril de 2006, el cual es la base fundamental para el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Posteriormente se continua con una etapa de inspección y verificación, mediante la comparación de la estructura documental con soporte en el decreto 10 11 del 3 de abril de 2006. Este proceso generó la tabla de contenido y tabla de anexos para el PAMEC de la E.S.E. Hospital San José.

**FIGURA 14** Tabla de contenido del PAMEC

1. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN
  - 1.1. Ubicación
  - 1.2. Reseña Histórica
  - 1.3. Nuestra Organización
  - 1.4. Sistema de Calidad
  - 1.5. Misión
  - 1.6. Visión
  - 1.7. Objetivos de la Institución
  - 1.8. Principios Corporativos
  - 1.9. Portafolio de Servicios
  
2. POLÍTICA DE CALIDAD
  - 2.1. Objetivos de Calidad
  - 2.22. Indicadores y Metas de Calidad
  - 2.3. Estructura de Apoyo
    - 2.3.1. Comité de Calidad
    - 2.3.2. Comités para Apoyo y Seguimiento a la Calidad de la E.S.E. Hospital Integrado San José
      - 2.3.3. Trabajo de los Comités para Apoyo y Seguimiento a la Calidad
        - 2.3.3.1. Oficina de Atención al Usuario
        - 2.3.3.2. Comité de Ética Hospitalaria
        - 2.3.3.3. Comité de Farmacia y Terapéutica
        - 2.3.3.4. Comité de Credenciales
        - 2.3.3.5. Comité de Infecciones, Profilaxis y Política Antibiótica
        - 2.3.3.6. Comité de Auditoría Médica y Servicios
        - 2.3.3.7. Comité de Historias Clínicas
        - 2.3.3.8. Comité de Adecuación Tecnológica
  
3. DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS CRÍTICOS
  
4. SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE CALIDAD

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

**FIGURA 15** Tabla de anexos del PAMEC

DOCUMENTACIÓN DE REUNIONES DE COMITÉS  
MATRIZ DOFA  
MATRIZ DE PRIORIZACION  
FORMATO PARA ELABORAR Y HACER SEGUIMIENTO  
DEL PLAN DE TRABAJO DEL COMITÉ  
FORMATO PARA DOCUMENTAR EL PLAN DETALLADO  
DE MEJORAMIENTO DE GARANTÍA DE CALIDAD  
FORMATO PARA HACER SEGUIMIENTO AL PLAN DE  
MEJORAMIENTO DE CALIDAD  
PRINCIPALES PRODUCTOS Y SERVICIOS DEL ÁREA  
Y SUS CLIENTES  
  
IDENTIFICACIÓN DE LOS DESEOS DEL CLIENTE  
  
ESTÁNDAR DE CALIDAD PARA UN PRODUCTO O SERVICIO  
ESTÁNDAR DE EVALUACIÓN PARA UN PRODUCTO O SERVICIO  
  
ESTÁNDAR DE PROCESO

## **9. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD**

Una vez finalizadas las etapas de sensibilización, capacitación del personal, planificación y documentación de los procesos de la organización, se cuenta con las bases para poder iniciar y llevar a cabo con éxito la etapa de implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, etapa de las más complejas del proceso de diseño y desarrollo del sistema, la cual consiste en la difusión y aplicación de toda la documentación diseñada anteriormente.

Para la implementación del sistema de gestión de la calidad la E.S.E. Hospital San José siguió los siguientes pasos:

- Revisión de la documentación.
- Validación de la documentación.
- Implementación de la documentación.

### **9.1. REVISIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN**

A medida que se iba creando un documento o registro se iba realizando su respectivo estudio, teniendo en cuenta aspectos como la facilidad de manejo, facilidad de entendimiento, facilidad de diligenciamiento, el nivel de utilidad para el proceso y la importancia dentro de éste.

### **9.2. VALIDACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN**

En varias reuniones con los comités se dio a conocer al personal los formatos que iban a ser diligenciados y se les comunicó acerca de la forma de diligenciarlos y el uso que se le iba a dar a la información recopilada con

el registro, esto con el fin de vincularlos con el sistema y comprometerlos con la consecución de los resultados. Después de instruirlos, se les entregó el formato de registro para que lo comenzaran a utilizar y realizaran sugerencias de cambios, con el objeto de hacerlos parte del diseño definitivo de los formatos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

### **9.3. IMPLEMENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN**

Luego de revisados y aprobados los documentos se continuó con su comunicación e implementación. Esta actividad fue un poco difícil, debido a que a pesar de que el personal participó en el diseño de los procedimientos y planes de seguimiento y medición, contando lo que hacen en su trabajo, por medio de encuestas realizadas por la coordinadora de calidad, el personal no estaba acostumbrado a encontrar escrito en un papel lo que debe hacer. Sin embargo con la participación de todos y colaboración del Gerente, se llevó a cabo con éxito esta etapa y se logró implementar los procedimientos diseñados.

En éste proceso de implementación se realizaron actividades tales como:

- A medida que se iba documentando y aprobando los documentos de cada proceso se realizaba la entrega de un fólder al responsable de éste, el cual contenía la misión, visión, política de calidad, objetivos de calidad, carta organizacional, planificación del sistema de gestión de calidad junto con indicadores de gestión, caracterización, procedimiento de control de documentos y registros, procedimientos particulares de cada proceso, instructivos y formatos de registro; esto con el fin de que el personal lo estudiara y lo implementara para el logro de los objetivos tanto del proceso como de la organización

- Se realizaron reuniones con el fin de explicar la documentación a implementar y la forma de diligenciar los formatos dejando un período de prueba para éstos.
- La coordinadora de calidad realizó el seguimiento a cada proceso con el fin de resolver dudas y aclarar el manejo de formatos de registros y procedimientos y de esta manera lograr que la implementación se desempeñara de forma estandarizada.
- La coordinadora de calidad orientó al personal hacia la correcta aplicación, tratamiento, almacenamiento y conservación de los diferentes documentos que forman parte del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
- La coordinadora de calidad detectó fallas y se tomaron las respectivas acciones ya fueran correctivas, preventivas o de mejoramiento a cada proceso para el correcto diligenciamiento y manejo de la documentación.

A continuación se puede ver por medio de tablas comparativas las mejoras realizadas por procesos durante el desarrollo de la práctica, en las que se describe la situación inicial en el transcurso del establecimiento del Sistema Obligatorio de Calidad vs. La situación al finalizar el proceso.

**TABLA 11** Situación inicial vs. Situación final. Proceso de Gerencia

<b>PROCESO DE GERENCIA</b>	
<b>ANTES</b>	<b>DESPUÉS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se estaba haciendo una revisión global al desempeño del Sistema, es decir el control al desempeño de la organización se estaba haciendo sobre las cifras contables.</li>   <li>• No se estaba teniendo en cuenta el nivel de satisfacción de los empleados hacia la organización.</li>   <li>• No se tenían formalizados mecanismos de comunicación interna y externa.</li>   <li>• No se tenían indicadores que midieran el desempeño del proceso.</li>   <li>• No se tenían mecanismos de seguimiento en el proceso.</li>   <li>• No se generaban ni registraban acciones correctivas y preventivas producto de su actividad diaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se está haciendo una revisión semestral teniendo en cuenta elementos como los resultados de las auditorías, sugerencias de los clientes, resultado de los indicadores de gestión, resultados de las evaluaciones de desempeño y de las capacitaciones, resultados de las encuestas realizadas a los clientes, entre otros.</li>   <li>• Se implementó la aplicación de una encuesta donde el empleado puede manifestar las necesidades de mejora y sus inquietudes.</li>   <li>• Se crearon espacios como reuniones mensuales con los comités para mejorar el desempeño del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la institución.</li>   <li>• Se crearon indicadores que miden el desempeño del sistema de gestión de calidad.</li>   <li>• Se creó el mecanismo de seguimiento de Verificación de la ejecución del plan de acción del informe de revisión por la dirección, cada vez que se realice esta revisión.</li>   <li>• Se están generando y registrando las acciones correctivas y preventivas y a su vez se realiza el análisis para la eliminación de la causa raíz.</li> </ul>

TABLA 12 Situación inicial vs. Situación final. Procesos de control de archivos, control interno, control disciplinario y gestión de mantenimiento.

<b>PROCESOS DE CONTROL DE ARCHIVOS, CONTROL INTERNO, CONTROL DISCIPLINARIO Y GESTIÓN DE MANTENIMIENTO.</b>	
<b>ANTES</b>	<b>DESPUÉS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se tenía una forma estandarizada para crear o modificar documentos y registros.</li>   <li>• No existía un programa de auditorías</li>   <li>• No existía un mecanismo para verificar el cumplimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad dentro de la organización.</li>   <li>• No se generaban acciones correctivas ni preventivas o cuando se generaban no se dejaba registro de una manera formal.</li>   <li>• Los documentos y registros de los diferentes procesos se encontraban desorganizados dificultando la consecución de estos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se tiene un procedimiento de control de archivos y registros con el fin de estandarizar la metodología para la realización de los diferentes documentos y a su vez constituir una base teórica para digitar textos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del la E.S.E. Hospital San José.</li> <li>• Se tiene un programa de auditorías para medir el desempeño de la red de prestadores de servicios de salud</li> <li>• Se tiene estandarizada la metodología a seguir para la planificación, ejecución y seguimiento de las Auditorías Internas con el propósito de verificar si el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos del decreto y con los requisitos establecidos en la institución.</li> <li>• Se tiene un procedimiento estandarizado de acciones correctivas y preventivas con el fin de establecer las actividades necesarias para la identificación de sus causas, control y seguimiento adecuado de las acciones, de tal manera que permitan eliminar las causas de no conformidades reales y potenciales relacionados con la calidad de los procesos y servicios desarrollados en la institución, para lograr la mejora continua del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.</li> <li>• Se lleva por medio de un control en el cual a cada registro o documento se le registra a qué proceso pertenece, nombre del</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se tenían indicadores de gestión para ningún proceso.</li>   <li>• No se tenía planificación para el mantenimiento del sistema de gestión de calidad.</li>   <li>• No se tenía un mecanismo de seguimiento y medición que mida la Eficacia de la red de prestadores de servicios de salud de la institución.</li>   <li>• No se tenían mecanismos de seguimiento en los procesos.</li>   <li>• No se tenía un proceso de sanción en caso de que un trabajador hubiese cometido una falta disciplinaria</li> </ul>	<p>documento, código correspondiente al documento, lugar donde están ubicados los registros, el tiempo que durará el registro en archivo activo, la ubicación del registro mientras se encuentra en archivo activo y disposición final.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se creó la caracterización de los procesos donde encontramos el despliegue de indicadores por proceso con su respectiva meta, frecuencia, responsable y fuente de información.</li> <li>• Se creó un plan de mantenimiento que muestra las fechas y procesos responsables de ejecutar cada una de las actividades concernientes a estas.</li> <li>• Se ha establecido un indicador que mide trimestralmente la eficacia de los procesos de la red de prestadores de servicios de salud de la institución.</li> <li>• Se establecieron dos mecanismos de seguimiento:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- El resultado de las Auditorías Internas que se realiza según la programación de Auditorías.</li> <li>- Seguimiento a la eficacia de las respectivas acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento el cual se realiza de acuerdo al programa del plan de acción.</li> </ul> </li> <li>• Se definieron criterios para el control disciplinario en el proceso ordinario con el objeto de comprobar la ocurrencia de una conducta sancionada disciplinariamente; establecer quién la cometió y si es constitutiva de falta disciplinaria; aclarando los motivos determinantes, las circunstancias de tiempo, modo y lugar, y los perjuicios causados. Finalmente, una vez comprobada la falta con</li> </ul>
---	---

	las pruebas pertinentes; se genera entonces la sanción equivalente a la falta cometida.
--	---

**TABLA 13** Situación inicial vs. Situación final. Procesos de SIAU.

<b>PROCESOS DEL SIAU</b>	
<b>ANTES</b>	<b>DESPUÉS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se tenía un mecanismo para medir la satisfacción del cliente.</li> <li>• No se tenía un mecanismo de seguimiento y medición para medir la satisfacción del cliente durante la visita en la institución.</li> <li>• No se tenía un mecanismo de seguimiento y medición del índice de pacientes informados correctamente.</li> <li>• No se tenía un mecanismo para evaluar si la atención prestada es oportuna.</li> <li>• No se tenía un índice de buen trato percibido por los usuarios</li>   <li>• No se tenía un buzón de sugerencias</li>   <li>• No se tenían mecanismos de seguimiento en el proceso.</li>   <li>• No se generaban ni registraban acciones correctivas y preventivas producto de su actividad diaria.</li>   <li>• No se están registrando formalmente las diferentes quejas y sugerencias percibidas por los clientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mide la satisfacción del cliente a través de encuestas</li> <li>• Se ha establecido un indicador que mide la satisfacción del cliente.</li>   <li>• Se ha establecido un indicador que mide el Índice de de los usuarios informados adecuadamente.</li> <li>• Se estableció un indicador que mide si la atención fue oportuna</li> <li>• Se elaboró un indicador del índice del buen trato percibido por los pacientes por parte del personal de la institución</li> <li>• Se creó un mecanismo adicional de recolección de quejas, sugerencias y felicitaciones para una mayor recolección de información, el cual se llamo buzón de sugerencias</li> <li>• Se creó un mecanismo de seguimiento para el proceso de recolección y respuesta de quejas y reclamos.</li> <li>• Se creó conciencia al responsable del proceso de la generación y registro de acciones correctivas y preventivas, las cuales periódicamente se están generando y realizando su análisis para la eliminación de la causa raíz.</li> <li>• Se creó un formato de registro en el cual el operario que reciba la sugerencia o queja debe registrarla y gestionar para que sea resuelta o tenida en cuenta para la satisfacción del cliente.</li> </ul>

**TABLA 14** Situación inicial vs. Situación final. Procesos de atención de urgencias, obstetricia ambulatoria, servicios generales y consulta externa.

<b>PROCESOS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS, OBSTETRICIA AMBULATORIA, SERVICIOS GENERALES Y CONSULTA EXTERNA</b>	
<b>ANTES</b>	<b>DESPUÉS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se tenía documentado instructivos de manejo de equipos, maquinarias, insumos y de las labores a realizar.</li>   <li>• No se había definido formalmente el Servicio No Conforme que se puede detectar en cada puesto de trabajo.</li>   <li>• No se tienen indicadores que midan el desempeño de los procesos.</li>   <li>• No se tenían mecanismos de seguimiento en el proceso.</li>   <li>• No se generaban ni registraban acciones correctivas y preventivas producto de su actividad diaria.</li>   <li>• No se tenía al usuario informado sobre las políticas y éste estaba presentando innumerables problemas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se crearon manuales de procedimientos e instructivos de manejo de insumos, maquinarias, labores y Planes de seguimiento y medición con instrucciones claras para cada puesto de trabajo especificando aspectos como área de trabajo, tiempo requerido, frecuencia, elementos o insumos utilizados, elementos de seguridad requeridos entre otros.</li>   <li>• Se tiene un procedimiento documentado que define los controles, responsables y pasos a seguir para la solución del mismo dejando registro de esto en una minuta.</li>   <li>• Se crearon indicadores que miden el desempeño de los procesos</li>   <li>• Se crearon los mecanismos de seguimiento como los comités que controlan los procesos</li>   <li>• Se creó conciencia a las personas que se encuentran dentro del proceso de la realización del procesos así como la generación y registro de acciones correctivas y preventivas las cuales se están generando y realizando su análisis para la eliminación de la causa raíz.</li>   <li>• Se elaboró una campaña informativa hacia los pacientes de temas como la capacidad de consultas al día entre otras políticas</li> </ul>

**TABLA 15** Situación inicial vs. Situación final. Proceso de gestión de recurso humano

<b>PROCESO DE GESTIÓN DE RECURSO HUMANO</b>	
<b>ANTES</b>	<b>DESPUÉS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se estaban realizando capacitaciones y entrenamiento sin seguir una planificación o detección de dichas necesidades.</li>   <li>• No se estaba realizando inducción a la entrada de personal nuevo.</li>   <li>• No se estaba evaluando la eficacia de las acciones tomadas con respecto a la formación y competencia del personal.</li>   <li>• No se tenía indicador que midiera el desempeño y la actualización del personal que trabaja en el proceso.</li> <li>• No se tenían mecanismos de seguimiento en el proceso.</li>   <li>• No se generaban ni registraban acciones correctivas y preventivas en el proceso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuenta con un cronograma de capacitación de acuerdo a las necesidades detectadas en: Resultados de auditorias, tendencias de los indicadores, resultado de la evaluación de desempeño, quejas de los clientes, entre otros.</li>   <li>• Cada vez que ingrese una persona nueva en la organización se le hará una inducción de: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Reseña Histórica y Presentación de la Empresa, Normas de la empresa, Explicación del ambiente de trabajo y horarios, Sensibilización del Direccionamiento Estratégico (Misión, visión, Política de Calidad, Objetivos de Calidad y Organigrama) e Inducción a la prestación del servicio.</li>   <li>• Después de dos meses de realizada una capacitación o formación se realiza una evaluación de dicha capacitación al empleado para verificar la eficacia.</li>   <li>• Se creó el indicador Evaluación de Desempeño del Personal y su estado de actualización.</li>   <li>• Se creó el mecanismo de seguimiento de verificación de base de datos de hojas de vida.</li>   <li>• Se creó conciencia al responsable del proceso de la generación y registro de acciones correctivas y preventivas las cuales se están generando y realizando su análisis para la eliminación de la causa raíz.</li> </ul>

**TABLAS 16** Situación inicial vs. Situación final. Proceso de compras

<b>PROCESO DE COMPRAS</b>	
<b>ANTES</b>	<b>DESPUÉS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se tenía listado de proveedores</li>   <li>• No se estaban evaluando, ni re-evaluando los proveedores.</li>   <li>• No se estaban tomando acciones formales hacia los proveedores que no cumplían con las especificaciones definidas por la institución.</li> <li>• No estaba estandarizada la verificación de compras de insumos, dotaciones, suministros, repuestos de la institución.</li> <li>• No se tenían indicadores que midieran el desempeño del proceso.</li>   <li>• No se tenían mecanismos de seguimiento en el proceso.</li>   <li>• No se generaban ni registraban acciones correctivas y preventivas en el proceso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se organizó un Listado de Proveedores de los diferentes insumos facilitando la consecución de éstos por parte de cualquier persona que lo necesite.</li> <li>• Se está evaluando a los nuevos proveedores y re-evaluando cada seis meses.</li> <li>• Cada vez que se tiene un inconveniente o sugerencia con un proveedor se le comunica de forma escrita.</li> <li>• Cada vez que se recibe un pedido, se realiza una inspección y verificación y se deja registro de esto.</li> <li>• Se crearon los indicadores: Cumplimiento de entrega de los pedidos hacia la organización y Contar con proveedores con una calificación mayor o igual a 80 puntos según los registros Evaluación y Re-evaluación de Proveedores.</li> <li>• Se creó el mecanismo de seguimiento de evaluación de la calidad de los productos la cual mensualmente se realiza.</li> <li>• Se creó conciencia al responsable del proceso de la generación y registro de acciones correctivas y preventivas las cuales se están generando y realizando su análisis para la eliminación de la causa raíz.</li> </ul>

**TABLA 17** Situación inicial vs. Situación final. Procesos de facturación, control de inventarios, farmacia y presupuesto.

<b>PROCESO DE FACTURACIÓN, CONTABILIDAD, CONTROL DE INVENTARIOS, FARMACIA Y PRESUPUESTO</b>	
<b>ANTES</b>	<b>DESPUÉS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se tenían criterios para emitir documentos de contabilidad</li>   <li>• No existía un documento para el manejo contable.</li>   <li>• La institución no tenía criterios para la baja, verificación, almacenamiento entre otros de los bienes y productos farmacéuticos.</li>   <li>• No se documentaba el procedimiento de limpieza de la farmacia.</li>   <li>• No tenían un procedimiento documentado de manejo de productos farmacéuticos.</li>   <li>• No se tenía documentos donde se documentaban todo lo referente al presupuesto como, preparación,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se establecieron criterios para facturación de los servicios que se prestan en la E.S.E. Hospital San José, para emitir certificaciones de registros contables y hacer declaración de impuestos.</li>   <li>• Se definió el procedimiento general para el manejo, custodia, cuidado y control de los inventarios, para el manejo contable e ingreso de bienes en la institución.</li>   <li>• Se establecieron criterios a seguir para la baja de bienes, verificación y actualización de inventarios, salida de bienes del inventario del almacén de la ESE Hospital San José, además del almacenamiento y manipulación de los productos farmacéuticos demandados por la E.S.E., para la prestación eficiente de sus servicios.</li>   <li>• Se definieron criterios para la limpieza y desinfección de los estantes y nevera del almacén de farmacia.</li>   <li>• Se establecieron criterios para el recibo de los productos farmacéuticos demandados por la E.S.E. y el despacho de los productos a los servicios para la prestación eficiente de sus servicios.</li>   <li>• Se creó un instructivo que pretende facilitar la comprensión del área de presupuesto de una general y que se convierta en una herramienta facilitadora y de control de los procesos y procedimientos que se deben aplicar en el área.</li>   <li>• Se establecieron criterios para preparar y elaborar el presupuesto anual, los criterios</li> </ul>

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
 GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
 HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

<p>elaboración y manejo del presupuesto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se medía la eficiencia ni eficacia de los procesos</li> </ul>	<p>para recaudar durante el periodo fiscal todos los ingresos previstos y determinados legalmente, además de la elaboración y manejo del plan mensualizado de caja de la ESE Hospital San José, teniendo en cuenta los principios presupuestales y adecuándose a los Planes de Acción, y de Gestión, de la organización y de conformidad con los lineamientos normativos vigentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se crearon indicadores de gestión para medir la eficiencia y eficacia de los procesos.</li> </ul>
--	---

## **10. AUDITORÍA INTERNA**

Una vez se han cumplido las etapas del diagnóstico, sensibilización, documentación e implementación, surge la necesidad de evaluar la eficacia del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Observando el cumplimiento del decreto 1011 del 3 de abril de 2006, para esta evaluación se realizó una Auditoria Interna en todos los procesos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, esta auditoria estuvo a cargo de la Coordinadora de Calidad Erika Yolima Moreno Rodríguez y el acompañamiento del Gerente Doctor Luis Eduardo Ospino A.

Esta auditoria serviría como preparación de las pre-auditorías, auditoría de habilitación y auditoría de certificación, cabe resaltar que estas auditorias se realizan teniendo como guía los parámetros descritos en el decreto 1011 del 3 de abril de 2006 que brinda los lineamientos que deben seguirse para las auditorias del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

### **10.1. PASOS DE LA AUDITORÍA**

La auditoria siguió los parámetros establecidos en el Manual de auditorias para el mejoramiento de la atención en salud, donde se describen las etapas para la planificación, la realización y el seguimiento de la auditoría, estas pasos se describen a continuación.

- **AUTOEVALUACIÓN**

El primer paso para que el Hospital pueda establecer que se puede mejorar, es realizar una auto-evaluación, es decir un diagnóstico básico, para identificar problemas o fallas de calidad que afectan a la organización, o de los aspectos en función del concepto de monitoreo de la calidad.

La identificación de los problemas de calidad o de los aspectos objeto de monitoreo, se hace a partir de la consulta de diversas fuentes, dentro de las cuales se pueden mencionar la "voz del cliente", las directrices de la alta dirección, los informes de gerencia, las entrevistas o las encuestas, los análisis de los procesos claves del Hospital, los registros regulares de la organización y la observación directa.

- **DEFINICIÓN DE PRIORIDADES**

La razón para establecer prioridades está determinada por el hecho de que los recursos siempre son limitados y que el mejoramiento continuo requiere de un proceso de aprendizaje individual y colectivo, de trabajo en equipo y la generación de confianza en los participantes al interior del Hospital.

La priorización busca concentrar los esfuerzos en aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones existentes, tenga como consecuencia un mayor beneficio, generando un espacio de conocimiento, discusión y participación.

Para efectos de llevar a cabo el proceso de priorización, se utilizan herramientas de distinta naturaleza, alguna de las cuales, son las matrices de priorización (ver anexo 15)

Los insumos necesarios para aplicar la matriz de priorización son:

**Identificación de los procesos a ser objeto de mejoramiento.**

Identificar los factores críticos de éxito del hospital.

Una vez se cuenten con los insumos necesarios se procede a realizar en forma individual la calificación de la relación entre los procesos con los factores críticos de éxito, de acuerdo a escala de calificación definida, el impacto que tiene el que exista o no el proceso a evaluar para el logro del factor crítico analizado.

Luego se multiplican los datos obtenidos y se procederán a ordenar los procesos de mayor a menor calificación. Finalmente, se seleccionará la cantidad de procesos que podrán intervenir a corto, mediano y largo plazo.

La decisión sobre cuáles son los procesos prioritarios corresponde al más alto nivel jerárquico de la organización junto con la dependencia responsable de su diseño. Implica el señalamiento oficial de las prioridades a las cuales se aplicarán los recursos disponibles, y refleja el compromiso de todo el Hospital, desde las más elevadas áreas de responsabilidad, con la calidad de la gestión corporativa.

La toma de decisiones se basa en la valoración de las prioridades identificadas frente a la disponibilidad de recursos de la organización, obviamente teniendo en cuenta que la utilización de recursos para el logro de niveles óptimos de calidad es, en lugar de un costo, una inversión.

Las prioridades dan lugar a una serie de proyectos que en conjunto conforman el programa de auditoría de la calidad cada uno de los cuales requieren de procedimientos de auditoría específicos para ser realizados.

- **DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA**

Definir el nivel de calidad esperado significa establecer la forma como se espera que se realice y los instrumentos a utilizar para monitorear y hacer seguimiento a los resultados

En este punto es importante recalcar, que los indicadores son básicamente un instrumento de monitoreo y observación de un sistema, que se construyen a partir de la evaluación y relación de variables de un sistema, subsistema o proceso. La medición de estas variables y su posterior comparación con los valores de las metas establecidas permite determinar el logro del sistema, subsistema o proceso y su tendencia de evolución.

El Hospital San José maneja fichas técnicas de indicadores contenidos en el manual de sistema de información donde ésta definida la calidad esperada por la institución.

- **MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS**

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un instrumento de evaluación que pretende detectar si los procesos presentan los resultados en calidad esperados, lo cual es posible de llevarse a cabo si se determina el nivel de calidad actual.

Para realizar esta medición se utilizará los mismos instrumentos diseñados para establecer la calidad esperada desarrollando los procedimientos de auditoría operativa más adecuados para este fin.

### **PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍA**

#### **Planear la auditoría:**

Para lo cual en forma clara de debe:

- Definir o aclarar el objeto del procedimiento de auditoría.
- Establecer o revisar el estándar de calidad.
- Determinar las técnicas de auditoría que deben aplicarse para obtener la información necesaria.
- Definir en forma puntual, cómo se aplicarán las distintas técnicas de auditoría seleccionadas para el procedimiento.

#### **Ejecutar la auditoría:**

Para lo cual se debe:

- Aplicar las técnicas de auditoría seleccionadas y como consecuencia de ello, obtener la información que se requiere.
- Registrar, en los papeles de trabajo, la información obtenida.
- Determinar la necesidad de obtener información adicional.

- Verificar la claridad y la calidad de la información producto de la aplicación de cada una de las técnicas de auditoría utilizadas.
- Registrar la nueva información y las observaciones relativas al procedimiento.

Se elabora un cronograma para la auditoría (ver figura 16), además se lleva un registro de auditorías donde se define el líder auditor, fuentes de información, definir el alcance y sus objetivos, tener en claro que la salida del plan de acción de la auditoría sirve para tener un diagnóstico de la Efectividad y la eficiencia clínica enfrentado al costo del beneficio de la atención en salud. Las recomendaciones de mejora, las acciones preventivas y correctivas que se generen deben ofrecer cambios que mejoren la Calidad de vida de los usuarios. (Ver anexo 16).

Se lleva un documento que permita hacer seguimiento al plan de acción. (Ver anexo 17)

- **FORMULACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO**

La formulación del plan de mejoramiento deberá responder a la detección de las causas fundamentales que afectan el logro de los resultados esperados, para lo cual se deberá aplicar herramientas que permitan neutralizar y bloquear lo que no permite lograr los resultados deseados. Por lo tanto, se deberá solucionar en forma definitiva mediante métodos como el de la causa raíz.

Los aspectos a tener en cuenta para la formulación del plan de mejora son:

- Identificar el problema y definirlo concretamente, teniendo muy claro el grado de importancia global del mismo.
- Observar en detalle las características del problema, teniendo en cuenta los puntos de vista de diferentes personas involucradas en el proceso.
- Analizar el problema para descubrir sus causas fundamentales. En este punto es importante la utilización de herramientas estadísticas básicas
- Elaborar un plan de acción muy detallado, capaz de bloquear las causas y solucionar el efecto no deseado o el problema, creando además unos

indicadores para evaluar posteriormente los resultados. El plan de mejora se documentará en un formato de plan de mejoramiento (ver anexo 18).

- **EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO**

Una vez elaborado el plan de acción se inicia la ejecución de las actividades contenidas en él.

El círculo de la Calidad, va más allá del círculo PHVA, cuando la Auditoría le hace seguimiento a la implementación de las mejoras, para verificar cuál fue el impacto en la mejora de la Calidad de vida de los usuarios y pueda medir qué tanto recuperó con la inversión en Calidad.

En el anexo 19 se documentará el seguimiento a los planes de mejora propuestos.

- **EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO**

Como elemento del seguimiento, es importante evaluar si las acciones que se están ejecutando están siendo efectivas, lo cual es posible de observar a través de la medición sistemática de los indicadores propuestos y utilizados.

Para conocer si el plan de mejora es efectivo, se requiere monitorear por lo menos seis meses los resultados de los indicadores planteados. Al realizar este análisis se pueden dar dos situaciones: La primera, que no se obtenga mejora ó no se disminuya la brecha inicial, lo cual significaría que probablemente no se detectó en forma correcta el problema, que las causas identificadas no eran las causas principales ó que se tuvo falla en las herramientas para analizar el problema.

La segunda opción es que la brecha disminuya, lo cual determina que la organización realice las acciones necesarias para promover el aprendizaje organizacional, e inicie un nuevo ciclo de mejoramiento.

- **APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL**

El aprendizaje organizacional hace relación a la toma de decisiones definitivas, elaborar estándares con los cuales se pueda hacer un control periódico y un seguimiento permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada.

En este punto el ciclo de mejoramiento retorna al inicio y puede volverse a aplicar la ruta completa, ya no para disminuir las brechas de calidad sino para potenciar un proceso de mejoramiento continuo.

## **10.2. CRONOGRAMA DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS**

A continuación se muestra el programa de auditorías internas.

FIGURA 16. Formato Programación de Auditorías Internas.

E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ	<b>PROGRAMACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS</b>	CÓDIGO	<b>FPA 01</b>
		VERSION	<b>01</b>

PROCESOS	MES 2007				MES 2008											
	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
CONTROL DE ARCHIVOS	28				30				26				24			
CONSULTA EXTERNA	7				9				5				3			
CONTROL INTERNO	14				16				12				10			
GESTIÓN GERENCIA	28				30				26				24			
GESTIÓN RECURSO HUMAMNO	21				23				19				17			
ATENCIÓN DE URGENCIAS	7				9				5				3			
FACTURACIÓN	21				23				19				17			
CONTROL DE INVENTARIOS	28				30				26				24			
OBSTETRICIA AMBULATORIA	7				9				5				3			
SERVICIOS GENERALES	7				9				5				3			
COMPRAS	28				30				26				24			
CONTROL DISCIPLINARIO	14				16				12				10			
FARMACIA	28				30				26				24			
GESTIÓN DE MANTENIMIENTO	14				16				12				10			
PRESUPUESTO	21				23				19				17			
SIAU	14				16				12				10			
CONTABILIDAD	21				23				19				17			

### **10.3. EQUIPO AUDITOR**

Es muy importante la escogencia del equipo auditor interno en una organización, ya que las personas designadas deben reunir un perfil o una serie de competencias muy importantes por la seriedad que este trabajo amerita dentro de la organización, para ésto se definió dentro del manual de Funciones los perfiles, los cuales deben contar entre otros con formación en auditorías internas.

La organización escogió a los jefes de cada proceso para conformar el comité de calidad, que es el encargado de realizar las auditorías internas de la institución.

De las personas escogidas de la institución, Erika Yolima Moreno Rodríguez lideró las primeras auditorías internas durante la realización del proyecto de puesta en marcha del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

### **10.4. Agenda de auditoría interna realizada en el mes de septiembre de 2007**

Una vez determinó el Programa de Auditoría Anual que se desarrollaría en la organización y también teniendo el personal competente, se procede a realizar una Agenda de auditoría que contiene los siguientes aspectos (Ver Figura 17.).

- Objetivos y alcance de la auditoría.
- Identificación de las personas que tengan responsabilidades directas o significativas con respecto al alcance de la auditoría.
- Identificación de documentos de referencia.
- Fecha y lugar donde se va a realizar la auditoría.

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

- Identificación de los procesos por auditar.
- Tiempo y duración esperados para la auditoría, incluyendo la realización de una reunión de apertura y una reunión de cierre.

**FIGURA 17.** Agenda de Auditoría Interna de Calidad.

Valle de San José agosto 23 de 2007

**Doctor:**  
**LUIS EDUARDO OSPINO ARRIETRA**  
**Gerente**  
**E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ.**

Asunto: Agenda Auditoría Interna de Calidad

A continuación remito el plan de la auditoría interna que se realizará al sistema de calidad los días 7, 14, 21 y 28 de septiembre de 2007.

**Objetivo de la auditoría:** Verificar la implementación y eficacia del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la E.S.E. Hospital San José

**Alcance:** Todos los procesos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. EXCEPTO Gestión Gerencial

**Lugar:** Hospital San José, Valle de San José.

**VIERNES 7 DE SEPTIEMBRE DE 2007**

HORA	PROCESO	DOCUMENTOS CÓDIGOS	AUDITADO
8:00-9:00	CONSULTA EXTERNA	CPCE GAM CE_01 A 32 PCE_01 PAD_01 CPO PAO_01 GA CO_01 A 04 GA PYP_01 A 09 CPYP	Medico SSO Aux. enfermería  Odontóloga  promotora
10:00- 12:00	ATENCION A URGENCIAS Y OBTETRICIA AMBULATORIA	GAM U_01 A 25 PAU_01 CPU CPOA GAM O_01 Y _02 OPA_01	Medico SSO Aux. enfermería
	SERVICIOS GENERALES	CPSG ISG_01 A 07	Personal servicios generales
2:00- 6:00	SERVICOS ASISTENCIALES	CPL GAM L_01 A 26 PL_01  CPTAB GA TB_01 A 06 IAM_01 A 04	Bacteriólogo Aux. laboratorio  conductor
		CPFA IF_01 A 03 PF_01 Y 02	Regente farmacia

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
 GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
 HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

**VIERNES 14 DE SEPTIEMBRE DE 2007**

HORA	PROCESO	DOCUMENTOS CÓDIGOS	AUDITADO
8:00-9:00	CONTROL INTERNO	CPCI PCI_01 A 03	Comité de calidad
10:00- 12:00	CONTROL DISCIPLINARIO	CPD PCID_01 Y 02	Comité de ética hospitalaria
2:00- 4:00	MANTENIMIENTO	CPM IGM_01 A 05 PGM_01 Y 02	Técnico de mantenimiento
4:00- 6:00	SIAU	CPSAU PSI_01 Y 02	Comité de calidad y encargado de oficina SIAU

**VIERNES 21 DE SEPTIEMBRE DE 2007**

HORA	PROCESO	DOCUMENTOS CÓDIGOS	AUDITADO
8:00-9:00	GESTIÓN DE RECURSO HUMANO	PGRH_01 A 03 CPRH	Tec admón. Y Gerencia
10:00- 12:00	FACTURACIÓN	PF_01 A 03 CPF	Aux. caja
2:00 a 4:00	PRESUPUESTO	IP_01 Y 02 PP_01 A 04 CPPRE	Aux. contabilidad
4:00- 6:00	CONTABILIDAD	PGC_01 A 03 CPCO CPO	Aux. contabilidad

**VIERNES 28 DE SEPTIEMBRE DE 2007**

HORA	PROCESO	DOCUMENTOS CÓDIGOS	AUDITADO
8:00-9:00	CONTROL DE ARCHIVO	PAD_01 CPAD CPHC CPVE CPCOM CPIN CPO	Técnico admón.
10:00- 12:00	INVENTARIOS	ICI_01 A 05 PI_01 A 04	Regente farmacia

		CPIN	
2:00- 6:00	COMPRAS	PC_01 A 03 CPCOM	Regente farmacia

Cordialmente

ERIKA YOLIMA MORENO RODRÍGUEZ  
Auditora de calidad

### **10.5. REVISIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN**

Se realizó una lista de verificación de la documentación para cada uno de los procesos a auditar siguiendo un ciclo PHVA el cual sirvió para constatar que la institución cuenta con todos los documentos reglamentarios.

### **10.6. INFORME DE LA AUDITORÍA INTERNA**

Se informó los resultados de la auditoría interna en un formato para su mayor entendimiento.

En este informe se describen los procesos auditados, los responsables respectivos, el objetivo y alcance de la auditoría, el personal entrevistado, la documentación analizada, las fortalezas y debilidades encontradas, los resultados de Acciones Correctivas de auditorías anteriores y las conclusiones generales. Este informe se distribuye a quienes corresponda, según lo defina el Coordinador de Calidad.

Teniendo en cuenta los resultados de la auditoría se realizó el informe de auditoría describiendo por procesos las No conformidades, Observaciones, Fortalezas, Debilidades y un Análisis global de cómo se ve el sistema frente a la norma auditada, una vez efectuado este

informe se distribuyó a cada uno de los responsables de procesos para que se tomaran las acciones pertinentes.

**FIGURA 18** Resultados de la auditoría interna.

<b>FECHA:</b> 1 de Octubre del 2007		
<b>OBJETIVO:</b> Verificar la implementación y eficacia del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad basado en el Decreto 1011 del 3 de abril de 2006		
<b>ALCANCE:</b> Aplica para los procesos de consulta externa, atención a urgencias, obstetricia ambulatoria, servicios generales, servicios asistenciales, gestión de recurso humano, facturación, presupuesto, contabilidad, control interno, control disciplinario, gestión de mantenimiento, SIAU, control de archivos, inventarios y compras.		
<b>CRITERIOS DE AUDITORÍA:</b> Manual de Procedimiento, instructivos, Guías, Caracterización de Procesos, Implementación del PAMEC y demás registros generados para dar cumplimiento al alcance solicitado en la Habitación y próxima Certificación.		
<b>PROCESO AUDITADO</b>		
<b>PROCESOS</b>	<b>FECHA</b>	<b>LUGAR</b>
Consulta Externa	7	Consulta Externa
Atención a Urgencias	7	Urgencias
Obstetricia Ambulatoria	7	Urgencias
Servicios Generales	7	Lavandería
Servicios Asistenciales	7	Laboratorio y Farmacia
Gestión Recurso Humano	21	Oficinas administrativas
Facturación	21	Caja
Presupuesto	21	Oficinas administrativas
Contabilidad	21	Oficinas

		administrativas
Control Interno	14	Oficinas administrativas
Control Disciplinario	14	Oficinas administrativas
Gestión de Mantenimiento	14	Oficinas administrativas
SIAU	14	Oficina SIAU
Control de Archivos	28	Oficinas administrativas
Inventarios	28	Farmacia
Compras	28	Farmacia
<b>EQUIPO AUDITOR</b>		
Erika Yolima Moreno Rodríguez		
Doctor Luis Eduardo Ospino A		
<b>NO CONFORMIDADES PROCESO COMPRAS</b>		
<p>⊗ El lugar designado como almacén de los insumos de aseo, papelería, insumos para laboratorio y odontología, medicamentos y otros se encuentra desorganizado, sin identificación en los estantes designados para cada tipo de insumo.</p> <p>➤ OBSERVACIONES</p> <p>⊗ Mantener el almacén aseado y ordenado para el fácil manejo de los insumos.</p>		
<b>ANÁLISIS DE LA AUDITORÍA</b>		
<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Buena disposición de los auditados para aceptar las observaciones realizadas durante la auditoría.</li> <li>❖ Buen manejo de los indicadores, arrojando índices satisfactorios.</li> <li>❖ Se lleva un adecuado manejo del formato de evaluación de proveedores según se recomendó</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Fortalecer la generación de acciones preventivas.</li> </ul>	
<b>NO CONFORMIDADES PROCESO CONSULTA EXTERNA</b>		
<p>⊗ No se encuentra bien organizados los documentos anexos que se llevan en este proceso, se dificulta un poco la localización de éstos.</p>		

<p>➤ <b>OBSERVACIONES</b></p> <p>⊗ Mantener el archivo de documentos anexos ordenados por tipo y número de identificación.</p>	
<b>ANÁLISIS DE LA AUDITORÍA</b>	
<p style="text-align: center;"><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Buena actitud para responder la auditoría</li> <li>❖ La estandarización de los procesos fue llevada con excelencia.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>DEBILIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mejorar el archivo de los documentos anexos.</li> </ul>
<b>NO CONFORMIDADES PROCESO DE TALENTO HUMANO</b>	
No se encontró ninguna no conformidad.	
<b>ANÁLISIS DE LA AUDITORÍA</b>	
<p style="text-align: center;"><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Buena actitud para responder la auditoría</li> <li>❖ Se tienen buenos controles para seleccionar e ingresar personal como por ejemplo certificados médicos, inducción al sistema de Gestión de Calidad, inducción al proceso operativo, entrevista entre otros.</li> <li>❖ Se mantiene los archivos de hojas de vida completas y custodiadas</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>DEBILIDADES</b></p> <p>No se encontraron debilidades que puedan afectar el proceso.</p>
<b>NO CONFORMIDADES PROCESO SERVICIO DE URGENCIAS</b>	
No se encontró no conformidades.	
<b>ANÁLISIS DE LA AUDITORÍA</b>	
<p style="text-align: center;"><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Buena actitud para responder la auditoría.</li> <li>❖ La documentación elaborada en el proceso está diligenciada a la perfección y con todos los soportes al</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>DEBILIDADES</b></p> <p>No se encontraron debilidades que puedan afectar el proceso</p>

día. ❖ Se maneja muy bien los procedimientos generados en este proceso	
<b>NO CONFORMIDADES PROCESO DE OBSTETRICIA AMBULATORIA</b>	
No se encontró ninguna no conformidad.	
<b>ANÁLISIS DE LA AUDITORÍA</b>	
<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
❖ Buena actitud para responder la auditoría. ❖ La documentación elaborada en el proceso está diligenciada a la perfección y con todos los soportes al día. ❖ Se maneja muy bien los procedimientos generados en este proceso	No se encontraron debilidades que puedan afectar el proceso
<b>NO CONFORMIDADES PROCESO DE SERVICIOS GENERALES</b>	
☹ No se ha realizado el informe de revisión por la dirección según lo establece el requisito 5.6 de la norma ISO 9001: 2000.	
➤ <b>OBSERVACIONES</b>	
☹ Estudiar el instructivo y ponerlo en práctica.	
<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
❖ Disposición del auditado para responder la auditoría. ❖ Personal entregado a la institución.	❖ Falta de costumbre a la nueva forma de limpieza de las oficinas.
<b>NO CONFORMIDADES PROCESO DE SERVICIOS ASISTENCIALES</b>	
No se encontró ninguna no conformidad	
<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
❖ Disposición del auditado para responder la auditoría. ❖ Se lleva todos los formatos y registros a la perfección. ❖ Se llevan los indicadores de gestión.	❖ Demora de algunas actividades

<b>NO CONFORMIDADES PROCESO DE FACTURACIÓN</b>	
<p>⊗ Dificultad en el manejo de software de facturación.</p> <p>➤ <b>OBSERVACIONES</b></p> <p>⊗ Falta de práctica en su manejo.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Disposición del auditado para responder la auditoría.</li> <li>❖ Personal dispuesto a nuevos retos</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>DEBILIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Falta de costumbre en el manejo del software.</li> </ul>
<b>NO CONFORMIDADES PROCESOS DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD</b>	
<p>No se encontró ninguna no conformidad</p>	
<p style="text-align: center;"><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Personal capacitado para el manejo del presupuesto de la institución.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>DEBILIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Recargo de actividades a una sola persona.</li> </ul>
<b>NO CONFORMIDADES PROCESO DE INVENTARIOS</b>	
<p>⊗ Desorden en el almacén</p>	
<p style="text-align: center;"><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Manejo de indicadores.</li> <li>❖ El proceso lleva todos los formatos y registros de los procedimientos.</li> <li>❖ buena disposición e la auditoría</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>DEBILIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Poco espacio para ordenar la estantería.</li> </ul>
<b>NO CONFORMIDADES PROCESOS DE CONTROL INTERNO Y DISCIPLINARIO</b>	
<p>No se encontró ninguna inconformidad.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Se maneja muy bien los procedimientos generados en este proceso</li> <li>❖ Disposición del auditado para responder la auditoría.</li> <li>❖ Personal dispuesto a nuevos retos.</li> <li>❖ Manejo de indicadores, registros formatos etc útiles para el proceso.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>DEBILIDADES</b></p> <p>No se encontraron debilidades que puedan afectar el proceso</p>
<b>NO CONFORMIDADES PROCESO DE GESTIÓN DE MANTENIMIENTO</b>	

No se encontro ninguna no conformidad	
<p style="text-align: center;"><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Se maneja muy bien los procedimientos generados en este proceso</li> <li>❖ Disposición del auditado para responder la auditoría.</li> <li>❖ Se lleva el formato diseñado para el proceso</li> <li>❖ Se realiza la evaluación de desempeño del proceso</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>DEBILIDADES</b></p> <p>No se encontraron debilidades que puedan afectar el proceso</p>
<b>NO CONFORMIDADES PROCESO DE CONTROL DE ARCHIVOS</b>	
<p>⊗ No se ha llevado todo el control como se establece en los procedimientos del proceso.</p> <p>➤ <b>OBSERVACIONES</b></p> <p>⊗ Aún existen documentos en las estanterías sin ordenar y clasificar.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Se maneja muy bien los procedimientos generados en este proceso</li> <li>❖ Disposición del auditado para responder la auditoría.</li> <li>❖ Personal dispuesto a nuevos retos.</li> <li>❖ Trabajo continuo para lograr el cumplimiento de las metas.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>DEBILIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ El alto número de archivos en la institución</li> <li>❖ La cantidad de años sin implementar un proceso de control de archivos.</li> </ul>
<b>NO CONFORMIDADES PROCESO DE SIAU</b>	
<p>Todas las quejas y reclamos realizados a la oficina han sido escuchados y se le dan solución inmediata.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Se maneja muy bien los procedimientos generados en este proceso</li> <li>❖ Disposición del auditado para responder la auditoría.</li> <li>❖ Personal dispuesto a nuevos retos.</li> <li>❖ Personal amable y preocupados por la satisfacción de los usuarios</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>DEBILIDADES</b></p> <p>No se encontraron debilidades que puedan afectar el proceso</p>
<b>FORTALEZAS DEL SISTEMA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ El compromiso de la alta dirección con la implementación del Sistema</li> </ul>	

<p>evidenciado a través de la asignación de recursos, emprendiendo acciones de mejora para los procesos, liderazgo con el personal operativo y conocimiento de los procesos.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ El compromiso del personal con la mejora, así como la toma de conciencia del personal en todos los niveles del cumplimiento de los requisitos del cliente y del objetivo de lograr su satisfacción.</li><li>❖ Funcionalidad de la documentación establecida.</li></ul>
<b>DEBILIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>❖ En algunos procesos los procedimientos se ven recargados a un solo trabajador</li><li>❖ El poco espacio para almacén lo que provoca un inconveniente para la organización de los inventarios.</li><li>❖ Falta capacitación en los nuevos software adquiridos para el funcionamiento óptimo de la red.</li></ul>
<b>FIRMA DE APROBACIÓN:</b>  _____ GERENTE GENERAL  _____ <b>AUDITOR INTERNO</b>

#### 10.7. REUNIÓN DE CIERRE

Se realiza una reunión de cierre para divulgar las conclusiones de la auditoría relativas a las no conformidades encontradas

La reunión de cierre se realizó el día 3 de octubre en las instalaciones de urgencias de la E.S.E. Hospital San José, con la participación de los responsables de cada proceso la cual quedó registrada en un acta de asistencia. En esta reunión se presentaron los resultados donde todos estuvieron de acuerdo con las No conformidades y fortalezas encontradas en cada proceso.

#### 10.8. ACCIONES CORRECTIVAS.

El auditado al cual se le hayan reportado solicitudes de acción correctiva, es el responsable de realizar el respectivo tratamiento de la No Conformidad, analizar y determinar las causas, definir las acciones correctivas a tomar e implementarlas, de acuerdo al formato Acciones Correctivas y Preventivas. Las acciones que tome el auditado deberán ser rápidas buscando dar solución inmediata a las no conformidades presentadas

### ***¿QUÉ SIGUE?***

Recordar que este proceso no termina acá, es un círculo correctivo que nunca muere y que siempre inicia, las auditorías de mantenimiento del sistema no son menos importantes y de la correcta ejecución de estas depende el fortalecimiento y mejoramiento del sistema de la organización.

## CONCLUSIONES

El trabajo representó un gran aporte para la empresa, en el proyecto del diseño, documentación, implementación y evaluación del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud para la habilitación del Hospital San José basado en el decreto 1011 de 2006, en el cual se enfocó el proyecto de grado modalidad práctica empresarial, contribuyendo de esta manera a una mejora en el desempeño de la institución.

Transmitir conceptos referentes a un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, no es una tarea fácil y resulta más complicada cuando las personas a las que se dirige poseen un nivel de escolaridad muy variado, pero a medida que se van trabajando las capacitaciones se van ganando más herramientas para superar este tipo de dificultades.

Para garantizar el éxito de la implementación de Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, es necesario el verdadero compromiso y participación activa del personal de la organización. La sensibilización y formación del personal constituye la base fundamental para lograr interiorizar en los colaboradores un amplio sentido de crecimiento organizacional y de mejora continua.

La clave del mejoramiento continuo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad radica en un correcto análisis de datos, la revisión por la dirección, las auditorías internas y el planteamiento de acciones correctivas y preventivas. Este mejoramiento traerá beneficios a todos los integrantes de la organización y a su entorno.

Al establecer los objetivos y metas se permite a la dirección tomar decisiones mucho más consecuentes con la realidad del entorno organizacional.

El compromiso de la alta dirección, es de gran importancia ya que se ve reflejado, no sólo en facilitar recursos económicos, sino que, debe existir un verdadero compromiso frente al sistema. La alta dirección de la empresa se comprometió con la implementación del sistema, facilitando los espacios y la información requerida.

En cualquier institución la base que sostiene un sistema de calidad esta formada por la misión, visión, estructura organizacional, política y objetivos de calidad, las cuales son proyecciones individuales que logran establecer objetivos para alcanzar la excelencia en calidad y mantenerse en mejoramiento continuo.

La toma de decisiones basada en hechos hace la diferencia en el éxito o el fracaso de un correcto direccionamiento estratégico de la institución.

Los objetivos de calidad son preceptos que las empresas deben optar para medir la calidad en la prestación de servicios de salud.

Estandarizar los procesos que se llevan a cabo en una empresa es parte fundamental para eliminar la posibilidad de cometer errores que se alejen de las premisas establecidas.

Para obtener una implementación adecuada que lleve al éxito de las empresas, se debe convencer al trabajador de los beneficios que traer una mejora en la totalidad de los procesos, ya que en la mayoría de las

empresas el talento humano es renuente al cambio, para esto ser necesitan bases sólidas que a lo largo de la carrera se adquieren.

No basta con diseñar, documentar, implementar y evaluar un sistema de calidad, si las empresas no están en continuo ciclo PHVA, para garantizar la eficacia, eficiencia y efectividad se debe estar en un programa donde se controlen las actividades y así truncan las posibles apariciones de sucesos que conduzcan a una prestación del servicio o realización del producto con un bajo nivel de calidad.

## RECOMENDACIONES

Ejecutar y hacer seguimiento al Cronograma de capacitación del personal, generando más actividades y temas de formación diseñados de acuerdo a la necesidad para cada uno de los empleados, registrando y evaluando el grado de desempeño, para cumplir con el perfil deseado en cada cargo.

Gestionar para que se cumpla y se mantenga el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, de acuerdo al plan de mantenimiento para de esta manera poder prestar un mejor servicio superando las expectativas del cliente.

Hay que buscar una mayor satisfacción del cliente con el fin de establecer relaciones a largo plazo, implementando un servicio post-venta que permita realizar un seguimiento al cliente, conociendo su nivel de satisfacción y sus inquietudes.

Continuar el proceso de sensibilización a todo el personal de la empresa haciendo especial énfasis en la concientización de las intenciones de la empresa respecto a la calidad, plasmadas a través de su política y objetivos de la calidad para que éstas se vean reflejadas y materializadas a través de las actividades y labores desempeñadas en la cotidianidad con el cumplimiento de los indicadores y el logro de los objetivos y metas propuestas.

Realizar el debido cumplimiento del plan de realización de auditorías para verificar que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la norma y con los requisitos establecidos en la empresa.

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE  
GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LA HABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JOSÉ BASADO EN EL DECRETO 1011 DE 2006

## BIBLIOGRAFÍA

- Decreto 1011 del 3 de abril de 2006. disposiciones generales.
- Norma técnica colombiana ISO 9000:2000 sistema de gestión de calidad. Fundamentos.
- Resolución 1043 de 2006.
- Resolución 1474 del 7 de noviembre de 2001.
- Resolución 1445. anexo técnico 1 res 1445.
- Circular N° 0022 del 18 de mayo de 2008.
- Decreto 2309 de 2002.
- Ley 1122 de 9 de enero de 2007. reforma SGSSS.
- Memorias talleres “Diplomado en Gestión de la Calidad Basado en la Norma ISO 9001:2000”. Bucaramanga, Universidad Industrial de Santander, 2004.
- [www.saludcapital.gov.co/descargas/circular\\_030\\_de\\_2006\\_supe\\_rsalud.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/descargas/circular_030_de_2006_supe_rsalud.pdf)
- [www.buscarportal.com/articulos/iso\\_9001](http://www.buscarportal.com/articulos/iso_9001).