

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN  
DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
PARA LA UNIDAD MÉDICA QUIRÚRGICA I.P.S DE COOMULTRASAN MULTIACTIVA SEGÚN  
LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC-ISO 9001:2000.**

**CLAUDIA VICTORIA ALVARADO GONZÁLEZ**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO-MECÁNICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
BUCARAMANGA  
2005**

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN  
DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
PARA LA UNIDAD MÉDICA QUIRÚRGICA I.P.S DE COOMULTRASAN MULTIACTIVA SEGÚN  
LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC-ISO 9001:2000.**

**CLAUDIA VICTORIA ALVARADO GONZÁLEZ**

**Proyecto de grado para optar al título de  
INGENIERIA INDUSTRIAL**

**Director  
JORGE ELIÉCER FIGUEROA VARGAS  
Ingeniero Industrial**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO-MECÁNICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
BUCARAMANGA  
2005**

*A mis padres por su colaboración y apoyo incondicional  
en todos los momentos.  
A todas y cada una de las personas que de una u otra manera  
hicieron posible este trabajo.  
Y principalmente a Dios, quien hizo posible este sueño.*

## CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. OBJETIVOS	4
1.1 OBJETIVO GENERAL	4
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
2. JUSTIFICACIÓN	5
3. GENERALIDADES DE LA UNIDAD MÉDICA QUIRÚRGICA IPS COOMULTRASAN	8
3.1 UBICACIÓN	8
3.2 ANTECEDENTES	8
3.3 MISIÓN	9
3.4 VISIÓN	9
3.5 DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTOS	9
3.6 ORGANIGRAMA	10
4. MARCO TEÓRICO	12
4.1 NORMA NTC-ISO 9001:2000	12
5. DIAGNÓSTICO	13
5.1 METODOLOGÍA	13
5.2 APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA	13
5.3 RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO	24
5.4 PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL SGC	25
6. METODOLOGÍA DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA	42
7. DESCRIPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	45
7.1 DOCUMENTOS NECESITADOS POR LA ORGANIZACIÓN PARA ASEGURARSE DE LA EFICAZ PLANIFICACIÓN, OPERACIÓN Y CONTROL DE LOS PROCESOS	45
7.1.1 Mapa de Procesos	45
7.1.2 Caracterizaciones	47
7.1.3 Procedimientos e instructivos operativos	48
7.2 DOCUMENTOS EXIGIDOS POR LA NORMA NTC-ISO 9001:2000	48

7.2.1	Declaraciones Documentadas de una Política de la Calidad y de Objetivos de la Calidad	48
7.2.2	Manual de Calidad	51
7.2.3	Procedimientos exigidos por esta Norma Internacional	53
7.2.4	Registro exigidos por esta Norma Internacional	53
7.3	DOCUMENTOS DEL PROCESO GESTIÓN GERENCIAL	56
7.3.1	Procedimiento de Revisión por la Gerencia	56
7.3.2	Presupuesto Anual	56
7.4	DOCUMENTOS DEL PROCESO GESTIÓN HUMANA	56
7.4.1	Procedimiento de Selección, Inducción y Contratación del Personal en la UMQ	57
7.4.2	Manual de Descripciones de los Cargos	57
7.4.3	Instructivo para realizar la evaluación de clima organizacional	57
7.4.4	Procedimiento Evaluación de Desempeño del Personal	58
7.4.5	Instructivo reunión evaluación de desempeño	58
7.4.6	Instructivo para determinar el plan de capacitaciones	58
7.4.7	Listado actualizado de instituciones autorizadas por el ICFES	58
7.4.8	Listado profesionales de la salud suspendidos del ejercicio profesional	59
7.5	DOCUMENTOS DEL PROCESO ASIGNACIÓN DE CITAS	59
7.5.1	Procedimiento para asignación de citas	59
7.6	DOCUMENTOS DEL PROCESO RECEPCIÓN DEL USUARIO	59
7.6.1	Instructivo para manejo de SIHOS en recepción. Medicina	60
7.6.2	Instructivo para manejo de SIHOS en recepción. Odontología	60
7.6.3	Procedimiento general de atención al usuario	60
7.7	DOCUMENTOS DEL PROCESO ATENCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	61
7.7.1	Procedimiento para la valoración de Agudeza Visual	61
7.7.2	Procedimiento de Atención Prenatal	61
7.7.3	Procedimiento para la toma, lectura y reporte de la Citología Cervico-Uterina	62
7.7.4	Instructivo para realizar la toma de muestra de citología	62
7.7.5	Procedimiento para cita de primera vez de Crecimiento y Desarrollo	63
7.7.6	Procedimiento para control de Crecimiento y Desarrollo	63
7.7.7	Procedimiento para consulta de Planificación Familiar por primera vez	63
7.7.8	Procedimiento para control o seguimiento de programa de Planificación Familiar	64

7.7.9	Instructivo para esterilización de material	64
7.7.10	Procedimiento para atención de puerperio	64
7.7.11	Procedimiento Vacunación	65
7.7.12	Procedimiento para aseguramiento de la cadena de frío	65
7.7.13	Procedimiento de solicitud de biológicos	66
7.7.14	Procedimiento para Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública	66
7.7.15	Procedimiento Atención Crónicos	66
7.7.16	Procedimiento para tratamiento de Riesgo Cardiovascular	67
7.7.17	Procedimiento para control de riesgo cardiovascular, dislipidemias, síndrome convulsivo y asma bronquial	68
7.7.18	Procedimiento Atención IRA/EDA	68
7.8	DOCUMENTOS DEL PROCESO ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA	69
7.8.1	Procedimiento de Atención de Consulta Externa	69
7.8.2	Instructivo para diligenciar Historia Clínica en el sistema HEON	69
7.8.3	Procedimiento Atención usuarios con Medicación Permanente	70
7.8.4	Instructivo para Auditoría de Historias Clínicas Médicas	70
7.8.5	Procedimiento para Manejo de Indicadores de Gestión Médica	70
7.9	DOCUMENTOS DEL PROCESO ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	71
7.9.1	Procedimiento para Exámen Clínico Estomatológico	71
7.9.2	Procedimiento para la Atención de Higiene Oral	71
7.9.3	Instructivo para Aplicación de Sellantes	72
7.9.4	Procedimiento para Colocación de Amalgama Dental	72
7.9.5	Instructivo para realización de tratamientos odontológicos. Amalgama Dental	72
7.9.6	Procedimiento para Restauración de Resinas	72
7.9.7	Instructivo para realización de tratamientos odontológicos. Resinas	73
7.9.8	Procedimiento para el Manejo Clínico del Ionomero	73
7.9.9	Procedimiento de Exodoncia	73
7.9.10	Procedimiento de Endodoncia	74
7.9.11	Instructivo para realización de tratamientos odontológicos. Endodoncia	74
7.9.12	Procedimiento de Atención de Trauma Dento-Alveolar	74
7.9.13	Procedimiento para Atención de Alveolitis	75

7.9.14	Procedimiento para Atención de Hemorragia	75
7.9.15	Procedimiento para Toma de Radiografías Orales	75
7.9.16	Procedimiento de Esterilización de Instrumental Odontológico	76
7.9.17	Procedimiento para Atención de Urgencias	76
7.9.18	Instructivo para Auditoría de Fichas Odontológicas	76
7.10	DOCUMENTOS DEL PROCESO MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS	77
7.10.1	Manual de Manejo de Historias Clínicas	77
7.10.2	Procedimiento Entrega Historia Clínica	77
7.10.3	Procedimiento Solicitud de Historia Clínica	78
7.11	DOCUMENTOS DEL PROCESO MANTENIMIENTO GENERAL Y MANEJO DE RESIDUOS	78
7.11.1	Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios	78
7.11.2	Manual de Normas de Bioseguridad	78
7.11.3	Plan para implementar y mantener el PGIRH de la UMQ	79
7.11.4	Instructivo para Mantenimiento de Consultorios	79
7.11.5	Instructivo para Mantenimiento de Equipos de Computo e Instalaciones	79
7.12	DOCUMENTOS DEL PROCESO GESTIÓN DE COMPRAS	79
7.12.1	Procedimiento de Compras Insumos Asistenciales	79
7.12.2	Procedimiento para Selección, Seguimiento y Evaluación de Proveedores de Insumos Asistenciales	80
7.12.3	Procedimiento para Seleccionar y Contratar Proveedores de Servicios	80
7.12.4	Procedimiento de Verificación de Proveedores de Servicios	81
7.12.5	Instructivo para Selección, Seguimiento y Evaluación de Proveedores de Insumos Asistenciales	81
7.12.6	Instructivo para establecer los factores y parámetros a tener en cuenta en la Selección de Proveedores de Servicios	81
7.13	DOCUMENTOS DEL PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	81
7.13.1	Procedimiento para Elaboración y Control de Documentos	82
7.13.2	Procedimiento de Control de Registros	82
7.13.3	Procedimiento de Auditoría Interna	82
7.13.4	Procedimiento para el Control de Producto No Conforme	83
7.13.5	Procedimiento para el Control de las Acciones Correctivas y Preventivas	83
7.13.6	Procedimiento para Realización y Análisis de Encuestas de Satisfacción del Cliente	84

7.13.7	Procedimiento para Recolección y Manejo de Quejas y Reclamos de Usuarios	84
7.13.8	Procedimiento para Auditoría de Historia Clínica y Ficha Odontológica	85
8.	IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA	86
8.1	NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE DE LA GERENCIA PARA EL SGC Y DEL COMITÉ DIRECTOR DE CALIDAD	86
8.1.1	Comité Director de Calidad	86
8.1.2	Representante de la Gerencia	87
8.2	SOCIALIZACION DE LA DOCUMENTACIÓN	88
8.3	EVIDENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN	89
8.3.1	Auditoría de Historias Clínicas	90
8.3.2	Manejo de Indicadores de Gestión Médica	91
8.3.3	Manejo de Quejas y Reclamos	92
8.3.4	Realización y Análisis de Encuestas de Satisfacción del Usuario	92
9.	AUDITORIA INTERNA	95
9.1	EVALUACIÓN DE SUFICIENCIA DEL SGC	95
9.2	PLANEACIÓN DE ACTIVIDADES	98
9.2.1	Proceso Manejo de Historias Clínicas	98
9.2.2	Proceso Mantenimiento General y Manejo de Residuos	98
10.	OBJETIVOS ALCANZADOS CON EL DESARROLLO DEL PROYECTO	100
11.	CONCLUSIONES	102
12.	RECOMENDACIONES	104
	BIBLIOGRAFIA	105
	ANEXOS	106

## LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Organigrama UMQ	11
Figura 2. Mapa de Procesos	46

## LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Acciones de la Organización Vrs. Requisitos de los Usuarios	49
Cuadro 2. Registros exigidos por la Norma ISO 9001:2000	54
Cuadro 3. Cronograma de reuniones para Socialización de Documentos	88

## LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Políticas de Calidad	50
Tabla 2. Objetivos de Calidad	51
Tabla 3. Temas reuniones Socialización de Documentos	89
Tabla 4. Diseño de la Investigación para determinar la Satisfacción del Usuario	93
Tabla 5. Ficha Técnica de la Encuesta	94

## LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. ALGUNOS PROCEDIMIENTOS E INSTRUCTIVOS	106
Anexo B. MANUAL DE CALIDAD	236
Anexo C. FORMATOS EVIDENCIA DE IMPLEMENTACIÓN	299
Anexo D. REGISTROS DE AUDITORÍA	316

## RESUMEN

**TITULO:**

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA LA UNIDAD MÉDICA QUIRÚRGICA I.P.S DE COOMULTRASAN MULTIACTIVA SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC-ISO 9001:2000.\*

**AUTORA:**

CLAUDIA VICTORIA ALVARADO GONZÁLEZ\*\*

**PALABRAS CLAVES:**

NORMA NTC-ISO 9001:2000  
PROCEDIMIENTOS E INSTRUCTIVOS  
MANUAL DE CALIDAD  
AUDITORIA

**DESCRIPCION:**

COOMULTRASAN MULTIACTIVA a través de sus directivas, es conciente de la importancia de tener implementado un sistema de gestión que asegure la entrega oportuna de servicios y productos con la mas alta calidad, y que vaya en la búsqueda permanente de la satisfacción de sus clientes tanto internos como externos.

Este concepto de satisfacer a los clientes ofreciendo servicios dentro de especificaciones, ha sido difundido por toda la organización, generando el deseo de diseñar e implementar un sistema que gestione la calidad de los servicios que presta la Unidad Medica Quirúrgica I.P.S (UMQ), y esto bajo la luz de las normas ISO 9000:2000 las cuales han tenido un reconocimiento internacional por los beneficios que trae consigo el implementarlas.

Este proyecto describe todo el proceso de diseño, documentación, implementación y evaluación de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en las normas ISO 9000:2000 para la UMQ de COOMULTRASAN; en el se encuentran las etapas de realización de un diagnostico con el objetivo de encontrar la diferencia entre lo exigido por la norma y lo encontrado en la UMQ; elaboración, revisión y difusión de la política y objetivos de calidad, el manual de calidad, y los procedimientos y registros exigidos por la norma; elaboración, revisión y difusión de procedimientos e instructivos de la parte operativa, esto como herramienta para la mejora continua; además muestra las evidencias de implementación de algunos procesos establecidos, y finalmente señala las estrategias utilizadas para evaluar el diseño, documentación e implementación del sistema de gestión de calidad creado.

Las conclusiones principales de este proyecto son que la verdadera importancia de la familia de normas ISO 9000:2000 no radica en la certificación propiamente dicha sino en el mejoramiento continuo que su implementación produce en la organización, y que un requisito esencial para un adecuado diseño, documentación e implementación del sistema es el compromiso de toda la organización principalmente de la alta dirección.

---

\* Práctica empresarial

\*\* Facultad de ingenierías Físicomecánicas - Ingeniería Industrial - Director: Jorge Eliécer Figueroa Vargas

## ABSTRACT

**TITLE:**

DESIGN, DOCUMENTING, IMPLEMENTING Y EVALUATING A MANAGEMENT SYSTEM OF QUALITY FOR UNIDAD MÉDICA QUIRÚRGICA I.P.S DE COOMULTRASAN MULTIACTIVA ACCORDING TO LINEALS ON NORM NTC-ISO 9001:2000.\*

**AUTHOR:** CLAUDIA VICTORIA ALVARADO GONZÁLEZ\*\*

**KEYWORDS:** NORMA NTC-ISO 9001:2000  
PROCEDURES AND INSTRUCTIVES  
QUALITY HANDBOOK  
AUDITING

**DESCRIPCION:**

COOMULTRASAN MULTIACTIVA through its directives, it's conscious about importance of having implementing a management system that assures opportune delivery of services and products whit the most high quality, and go in permanent research of satisfying clients, internal and external.

This concept of satisfying clients offering services into specifications, has been diffused by all the organization, generating wish on design and implementing a system which manage services quality offered by Unidad Medica Quirúrgica I.P.S (UMQ), and this over lights of norms ISO 9000:2000 which has been an international knowledge by benefits gained on implement them.

This project describes all implementing, documenting, evaluation and design process of a management system of quality based on norms ISO 9000:2000 for UMQ COOMULTRASAN; in which is founded performance steps in a diagnose with objective to find differences between demanded by the norm and the found in the UMQ; working, revision and diffusing in quality policies and objectives, quality handbook and procedures and registers demanded by the norm; working, revision and diffusion of procedures and instructives of operative part, this like a tool for continuous improvement; moreover shows implementing evidences of some process established, and finally point out strategies used for design, documenting and implementing of management system of quality created.

Principals conclusions of this project are that the real importance of structural on norms ISO 9000:2000 is not in certification properly said but, on continuous improvement that its implementing produces in the organization, an that a essential requeriment for an adequate design, documenting and implementing of the system is the agreement in all the organization, principally in the high management.

---

\* Managerial practice

\*\* Physicmechanical engineering school - Industrial Engineering - Director: Jorge Eliécer Figueroa Vargas

## INTRODUCCIÓN

Debemos de recordar que la calidad no cuesta, no es un regalo, pero cuesta más la no calidad. En otras palabras es mejor hacer las cosas bien desde el principio que hacerlas dos veces, por que nos ahorramos tiempo, dinero y esfuerzo, además, el tiempo que ocupamos en volver a hacer las cosas podría utilizarse en hacer otras cosas más productivas que tener que corregir errores. Es más fácil atacar los problemas de raíz procurando que no se vuelvan a repetir, que sólo “corregir” problemas. Un problema que se resuelve a fondo, difícilmente volverá a ocurrir, un problema que sólo se corrige seguirá ocurriendo hasta que decidamos encontrar su origen y acabar con el. Es imposible creer que algún día no tendremos problemas, creer que se acabaron para siempre, siempre habrá problemas y la mejor manera de tratarlos es evitándolos, previniéndolos.

La Calidad está de moda, es un término que hoy día encontramos en multitud de contextos y con el se busca despertar en quien lo escucha una sensación positiva, trasmitiendo la idea de que algo es mejor, es decir, la idea de excelencia. El concepto técnico de calidad representa más bien una forma de hacer las cosas en las que, fundamentalmente, predominan la preocupación por satisfacer al cliente y por mejorar, día a día, procesos y resultados; este concepto ha evolucionado hasta convertirse en una forma de gestión que introduce el concepto de mejora continua en cualquier organización y a todos los niveles de la misma, y que afecta a todas las personas y a todos los procesos.

Este trabajo de grado es el resultado de una practica empresarial realizada en la Unidad Medica Quirúrgica I.P.S. de Coomultrasan Multiactiva, una IPS que presta servicios de salud de primer nivel a los afiliados a SaludCoop en Bucaramanga y su área Metropolitana, ya que Coomultrasan Multiactiva es consciente; de que todas las empresas colombianas tienen a su alcance una herramienta de fácil acceso para lograr una ventaja competitiva que les permite una justa competencia entre las empresas nativas de su región y las extranjeras o grandes multinacionales, esta herramienta se llama CALIDAD, pero calidad en todos los niveles de la empresa, vivir una filosofía total de calidad que lleve a una mejora continua de la organización; y además tiene presente que aunque los productos que ofrezca una empresa sean reconocidos por su calidad es necesario que dicha calidad sea certificada por una entidad calificadora reconocida internacionalmente; por eso, decidió recurrir a los sistemas de calidad fundamentados en procedimientos estandarizados según normas internacionales de aceptación mundial que

representan la mejor opción para todo tipo de empresa, ya que a diferencia de muchos programas de mejora continua de la calidad, la implantación de estándares, como las normas ISO 9000, no caducan, sino que se renuevan en forma dinámica logrando mantener niveles máximos de calidad en forma permanente.

La ISO 9000 es el lenguaje de calidad, es una certificación aceptada y reconocida actualmente en más de 150 países consolidándose como eje referencial de la calidad mundial. Además la certificación ISO 9000, permite a una organización un mejor posicionamiento de carácter estratégico con respecto al resto de competidores que no han realizado este proceso, y este es un punto decisivo en nuestro país, donde las empresas que deciden emprender esta evolución son muy pocas debido a que los empresarios aún no son conscientes de esta ya casi exigencia en el mundo empresarial, que permite alcanzar a una empresa beneficios tales como penetración de mercados, productos competitivos, reducción de costos, mejoramiento de la productividad, mejoramiento del clima organizacional y en fin un mejoramiento continuo .

La Unidad Medica Quirúrgica I.P.S. de Coomultrasan, ve en la certificación internacional no sólo una carta de presentación por medio de la cual puede encontrar socios, compradores y aliados en cualquier parte del mundo; sino también la manera eficaz de organizar sus procesos productivos y asegurar a sus clientes que los servicios que adquieren están soportados sobre procesos que garantizan su calidad.

Este trabajo resume los pasos necesarios para diseñar o configurar un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2000, que se adapte y sea efectivo para el desempeño de la Unidad Medica Quirúrgica. Contiene los detalles necesarios para diseñar el sistema y crear el ambiente propicio que genere su desarrollo y mantenimiento, inicia con una descripción de la organización y presenta un diagnostico de la situación en la cual se encuentra la empresa al momento de iniciar la practica empresarial. Seguidamente se presenta en el proyecto una de las bases de todo proceso de estandarización de procesos, como es el caso del aseguramiento del conocimiento y la mejora continua a través de la documentación de los procesos que hacen parte de un sistema de gestión. Para esto se levantaron los procedimientos e instructivos necesarios para que la prestación del servicio fuera la más eficiente y por lo tanto, los requisitos del cliente, se vieran cumplidos, al igual que el aumento de su satisfacción. Adicionalmente a los documentos de la prestación del servicio, fue necesario la realización de un manual de calidad, junto con los procedimientos y registros exigidos por la norma y los necesarios para evidenciar el correcto

funcionamiento del sistema de gestión. Contempla la configuración de los documentos necesarios para dar cumplimiento a todos los numerales de la Norma exceptuando el 7.3 Diseño y Desarrollo, por no aplicar dentro de la empresa.

Todas estas actividades se realizaron para al final llegar a la implementación del sistema de gestión de la calidad, que permitiera que los procesos identificados para la realización del sistema, funcionaran correctamente, y se pusieran en marcha todas las propuestas que se encontraron a lo largo de la realización del proyecto; además este proyecto deja el campo abierto para que se continúe en sus siguientes etapas de: verificación, certificación y mejoramiento.

La Autora de este proyecto fue contratada como Estudiante en Práctica con el Cargo Auxiliar de Gestión de Calidad, por lo tanto cada vez que en el presente documento se haga referencia a este cargo, se debe entender que corresponde a la Autora del Proyecto.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1 OBJETIVO GENERAL**

- ❖ Diseñar, documentar, implementar y evaluar el sistema de gestión de la calidad para la Unidad Médica Quirúrgica IPS de Coomultrasan Multiactiva según los lineamientos de la norma NTC-ISO 9001:2000, de manera que permita a la organización demostrar su capacidad para ofrecer servicios que satisfagan los requisitos del cliente y mejorar continuamente

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ❖ Conocer detalladamente el funcionamiento de la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S de Coomultrasan, su historia, ubicación, productos, procesos e interacciones, recursos, talento humano, mercado atendido y capacidad disponible.
- ❖ Realizar un diagnóstico de la situación actual de la UMQ mediante la aplicación de una lista de chequeo que involucra todos los numerales de la norma NTC-ISO 9001:2000, y el análisis de los resultados.
- ❖ Diseñar y documentar el Sistema de Gestión de Calidad para la UMQ, elaborando el manual de calidad, los procedimientos, instructivos, registros y formatos necesarios para el aseguramiento de las actividades que intervienen en la calidad de los servicios suministrados.
- ❖ Implementar los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad bajo los lineamientos de la Norma NTC-ISO 9001, con la participación de directora, coordinadores y personal asistencial de la UMQ.
- ❖ Realizar una auditoria Interna, con el fin de controlar y verificar el cumplimiento del SGC, efectuando los ajustes necesarios para garantizar la efectividad de la documentación e implementación del sistema.

## 2. JUSTIFICACIÓN

COOMULTRASAN MULTIACTIVA en busca de la actualización y continuo mejoramiento de cada una de sus áreas, desea lograr el más alto nivel de excelencia en cuanto a calidad en el servicio se refiere.

Es por esto, y por el deseo de lograr y mantener una ventaja competitiva respecto a las diferentes IPS que prestan sus servicios en la región y que podrían llegar a prestarle sus servicios a SaludCoop, su principal cliente, que se ha identificado la necesidad de implantar un Sistema de Gestión de Calidad en la Unidad Médica Quirúrgica, con el fin de garantizar un alto grado de confiabilidad, validez y cumplimiento para los servicios de Consulta Externa, Promoción y Prevención, y Odontología, que presta la entidad. Además la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad en la Unidad Medica Quirúrgica garantizara el cumplimiento de la reglamentación existente desarrollando estrategias para cumplir la totalidad de la reglamentación que esta vigente actualmente, y mecanismos de control para la aplicación de las actualizaciones de la normatividad aplicable.

Para poder llevar a cabo este proceso se debe tener la documentación adecuada que muestre el correcto funcionamiento de su sistema de gestión y su sistema técnico, desarrollando e implementando políticas, registros, procedimientos, controles y programas de mejora, entre otros, que garanticen un adecuado funcionamiento del SGC y permitan en corto plazo la certificación.

### **Justificación del aseguramiento de la calidad**

Internacionalmente la búsqueda de mayor competitividad en los mercados de bienes y servicios, incluyendo los financieros, y el acelerado cambio tecnológico, que no sólo comprende la base técnica de la producción, sino las formas en que se organizan y administran ésta y el trabajo, ha exigido mayor velocidad de cambio y adaptación de nuevos sistemas. Así la creciente globalización y el desarrollo tecnológico, impulsados por una economía orientada a la demanda, ha creado la necesidad de que las empresas busquen mejorar la calidad y reducir los costos, sobre la base de una reacción en cadena que les permita incrementar la productividad, mejorar la posición de la empresa en el mercado y la creación de más empleos.

La calidad y la satisfacción del cliente son temas que cada vez requieren mayor atención a nivel mundial. El movimiento internacional de la calidad ha impactado a las empresas, de forma tal que hoy, la certificación de procesos es una necesidad, ya que si las mismas carecen de procesos estables, difícilmente podrán permanecer en el mercado. Esto ha generado una alta demanda de parte de las empresas, en la búsqueda de asesores técnicos que los apoyen en la implantación de sistemas de calidad y obtener una certificación con base a una norma internacional. La implantación de un sistema de calidad en una empresa es un proceso que requiere persistencia y dedicación, sin embargo, ante las exigencias de la nueva era es la mejor alternativa. Dentro de las normas internacionales y por su aceptación a nivel mundial, la mejor alternativa la constituyen los lineamientos de las Normas ISO.

La Organización Internacional para la Estandarización (ISO) es una federación de alcance mundial integrada por cuerpos de estandarización nacionales de 130 países, uno por cada país. La ISO es una organización no gubernamental establecida en 1947. La misión de la ISO es promover el desarrollo de la estandarización y las actividades con ella relacionada en el mundo con la mira en facilitar el intercambio de servicios y bienes, y para promover la cooperación en la esfera de lo intelectual, científico, tecnológico y económico. Todos los trabajos realizados por la ISO resultan en acuerdos internacionales los cuales son publicados como Estándares Internacionales.

Desde su definición, la palabra "asegurar" implica afianzar algo, garantizar el cumplimiento de una obligación, transmitir confianza a alguien, afirmar, prometer, comprobar la certeza de algo, cerciorar; de acuerdo con esto, a través del aseguramiento, la organización intenta transmitir la confianza, afirma su compromiso con la calidad a fin de dar el respaldo necesario a sus productos y/o servicios.

Según la norma NTC-ISO 9000:2000 el aseguramiento de la calidad se define como el "conjunto de actividades planeadas y sistemáticas implantadas dentro del sistema de calidad, y demostradas según se requiera para proporcionar confianza adecuada de que un elemento cumplirá los requisitos para la calidad". Menciona además que el aseguramiento de la calidad interno proporciona confianza a la dirección de la empresa, y el externo, en situaciones contractuales, proporciona confianza al cliente. Lo anterior se refiere a que a través del aseguramiento, la empresa podrá incorporar al sistema de calidad las actividades que han demostrado hacer más eficiente el aprovechamiento de los recursos. El asegurar implica evaluar un proceso o actividad, identificar las oportunidades de mejora, planear y diseñar cambios, introducir los cambios, reevaluar la actividad o proceso, documentar los cambios y verificar que la actividad o proceso se realiza de acuerdo a la documentación formal existente. La base de un sistema de calidad consiste en decir lo que se hace, hacer lo que se dice, registrar lo que se hizo y actuar en consecuencia. Dentro de este contexto, resalta la importancia de la documentación del sistema de calidad ya que

es esencial a fin de lograr la calidad requerida, evaluar el sistema, mejorar la calidad y mantener las mejoras. Cuando los procedimientos están documentados, desarrollados e implantados, es posible determinar con confianza cómo se hacen las cosas en el presente y medir el desempeño actual. Los procedimientos operativos documentados son esenciales para mantener los logros de las actividades de mejora de la calidad.

Tomando en cuenta cualquiera de los modelos para el aseguramiento de la calidad (ISO 9001:2000 en este caso), el aseguramiento parte del nivel jerárquico más alto dentro de la organización a fin de darle toda la formalidad y obligatoriedad que requiere.

Es por esto, que el Sistema de Aseguramiento de la Calidad es un conjunto de elementos que le permiten a la organización acceder a la posibilidad de implantar dentro de sus procesos, actividades de mejora que eventualmente reeditarán en una mejor calidad de sus productos y/o servicios; siendo este conformado por la estructura organizacional, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para implantar la administración de la calidad. El sistema de calidad debe ser tan amplio como sea necesario para alcanzar los objetivos de calidad y debe estar diseñado principalmente para satisfacer las necesidades de la administración interna de la organización, es más amplio que los requisitos de un cliente, quien evalúa únicamente la parte del sistema que le concierne.

De lo anterior se deduce que la implantación de un sistema de calidad en una organización implica un cambio total en la forma de hacer las cosas, en la cultura de una organización. Requiere reorganizar las funciones, procesos, actividades en función del sistema de calidad; por lo mismo, se hace necesario canalizar recursos al sistema que le permitan alcanzar los objetivos básicos de calidad.

### 3. GENERALIDADES DE LA UNIDAD MÉDICA QUIRÚRGICA I.P.S DE COOMULTRASAN

#### 3.1 UBICACIÓN

La Unidad Médica Quirúrgica de Coomultrasan presta los servicios básicos de Salud, de primer nivel de complejidad, a afiliados a la EPS SaludCoop, en Bucaramanga, Florida y Girón, contando con las siguientes sedes:

<b>Sede I</b>	Calle 52 No. 31-126
<b>Sede II</b>	Calle 52 No. 31-109
<b>Sede Centro</b>	Calle 36 No. 16-30 Piso 2
<b>Sede Carrera 35ª</b>	Carrera 35ª No. 52-70
<b>Sede Cañaveral</b>	Carrera 25 No. 30-52
<b>Sede Poblado</b>	Carrera 26 No. 38-10
<b>Dental Center</b>	Calle 42 No. 28-34

#### 3.2 ANTECEDENTES

La UNIDAD MÉDICA QUIRÚRGICA DE COOMULTRASAN MULTIACTIVA inicia en 1995 con un promedio de 2000 usuarios los cuales eran atendidos en su sede ubicada en la calle 51 No 30-54 con una infraestructura que contaba con un consultorio medico, un laboratorio clínico y un consultorio odontológico. A raíz del crecimiento obtenido por la EPS en el área metropolitana se vio la necesidad de ampliar la sede principal la cual se encuentra ubicada en la calle 52 # 31-126 con una infraestructura que cuenta con siete consultorios médicos, dos odontológicos y ampliación del laboratorio clínico.

Así mismo se realiza la ampliación de la sede de Girón (Santander) ubicada en el barrio el Poblado, con una infraestructura de cuatro consultorios médicos y dos odontológicos. En octubre de 1997 se abre la sede de Lagos con una infraestructura de cuatro consultorios médicos y dos odontológicos. En este mismo año se inaugura una nueva sede en Cabecera en la calle 52 # 31-109 la cual cuenta con una infraestructura de cuatro consultorios médicos y dos odontológicos. En el 2002 La sede de Lagos es trasladada a Cañaveral debido a que esta infraestructura era más apropiada para brindarle mayor comodidad a los usuarios.

En el 2004 se empiezan a hacer esfuerzos por desarrollar un sistema de gestión de calidad, se inicia desarrollando una evaluación del clima organizacional, y tomando sus resultados como base para llevar a cabo capacitaciones de mejoramiento de procesos, ergonomía y desarrollo personal y grupal, que a su vez permitieron conocer mas sugerencias del cliente interno.

Además se realizo la prueba de los cuestionarios que se utilizarían para realizar una encuesta de satisfacción del cliente.

### **3.3 MISIÓN**

Somos una IPS del sector solidario, que ofrece servicios integrales de salud, que garantiza la satisfacción de las necesidades de los usuarios, apoyados en talento humano idóneo y comprometido, en la calidad de la atención, la calidez humana y la responsabilidad social.

### **3.4 VISIÓN**

Seremos en el 2010 líderes regionales en la prestación de servicios de salud de primer nivel, autosostenible, reconocida por el talento humano orientado hacia el servicio a los usuarios, sistemas de información integrados y calidad de la atención, logrando un impacto en el mejoramiento de la salud de la persona y la comunidad.

### **3.5 DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTOS**

La Unidad Médica Quirúrgica I.P.S. de Coomultrasan presta servicios de salud de primer nivel de complejidad a la población afiliada a SaludCoop EPS en Bucaramanga.

Presta servicios de medicina por consulta externa, Rayos X, Laboratorio y ofrece programas especiales para empresas.

Entre los servicios que presta se encuentran programas de promoción y prevención medica, como:

- ❖ Valoración de agudeza visual
- ❖ Tratamiento de TBC
- ❖ Tratamiento de pacientes crónicos
- ❖ Control prenatal
- ❖ Control de riesgo cardiovascular
- ❖ Control de crecimiento y desarrollo de niño sano

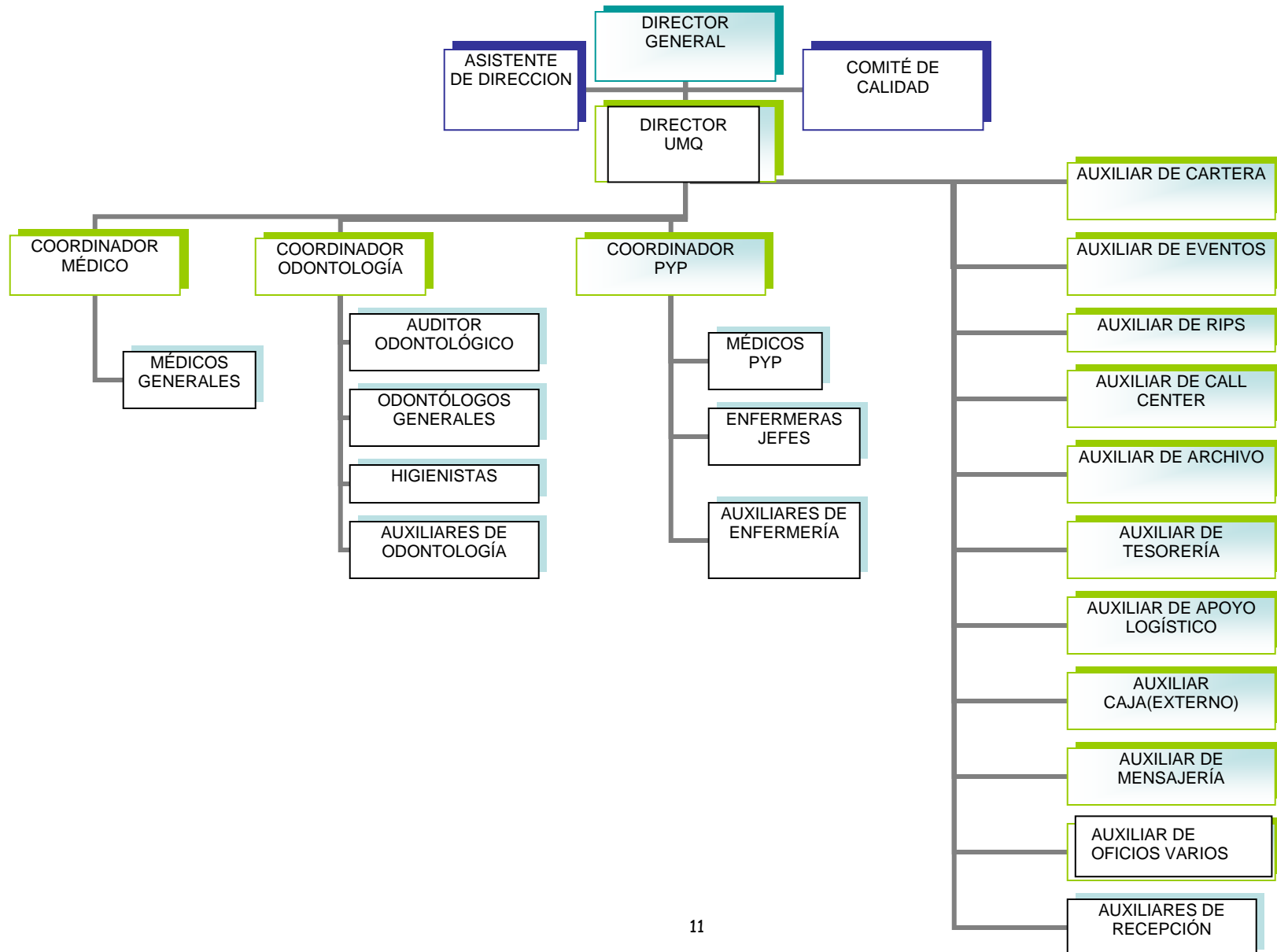
- ❖ Control de planificación familiar
- ❖ Control puerperio
- ❖ Citología cervico-uterina
- ❖ Vacunación
- ❖ Vigilancia epidemiológica

También presta servicios odontológicos, como:

- ❖ Consulta odontológica para diagnóstico
- ❖ Tratamiento de higiene oral (programas de promoción y prevención)
- ❖ Tratamiento odontológico
- ❖ Consulta odontológica de urgencias
- ❖ Rayos X

### **3.6 ORGANIGRAMA**

Figura 1. Organigrama UMQ



## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 NORMA NTC-ISO 9001-2000

La familia de normas ISO 9000 que sirven como guía para organizaciones, de todo tipo y tamaño, en la implementación y la operación de sistemas de gestión de la calidad eficaces, será la base para el desarrollo de este proyecto.

A continuación se definen cada una de estas normas:

La norma **ISO 9000** describe los fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad y especifica la terminología de los sistemas de gestión de la calidad.

La norma **ISO 9001** especifica los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad aplicables a toda organización que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos que cumplan los requisitos de sus clientes y los reglamentarios que le sean de aplicación. El objetivo de esta norma es aumentar la satisfacción del cliente

La norma **ISO 9004** proporciona directrices que consideran tanto la eficacia como la eficiencia del sistema de gestión de la calidad. El objetivo de esta norma es la mejora del desempeño de la organización y la satisfacción de los clientes y de las partes interesadas.

La norma **ISO 19011** proporciona orientación relativa a las auditorías de sistemas de gestión de la calidad y de gestión ambiental.

## 5. DIAGNÓSTICO

### 5.1 METODOLOGÍA

La metodología usada para el diagnóstico de la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S de Coomultrasan, consistió en analizar cada punto de la norma, indagar que tanto de este requisito se cumplía, realizar el diagnóstico, y por ultimo proponer una alternativa para su consecución, esto con el fin de realizar un completo diagnóstico inicial, para la posterior aplicación de la norma a la UMQ de Coomultrasan, que permita una futura implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, para mejorar los procesos de la misma, ser más competitivos y aumentar la satisfacción del cliente.

Para el diagnóstico del cumplimiento de los requisitos de la norma, se diligencio el cuestionario que se encuentra en el anexo 1 de la norma ISO 9004:2000 y se elaboró una tabla, que explica claramente el numeral de la norma, y una posible alternativa para cumplirlo.

Para obtener esta información, primero que todo se revisó la documentación existente en la Unidad Medica Quirúrgica de Coomultrasan, entre la documentación se incluyen los procedimientos, instructivos y formatos utilizados; además se realizaron entrevistas informales a los responsables de cada uno de los procesos evaluados; y finalmente la observación directa de todo el proceso productivo y administrativo permitió definir la situación actual, resaltando los aspectos positivos y negativos.

A través de esta evaluación se pudo determinar:

- ❖ Los documentos existentes en la empresa, que daban cumplimiento a los requisitos de la Norma.
- ❖ Los procesos o actividades que daban cumplimiento a los requisitos de la Norma pero que no estaban documentados.
- ❖ Los requisitos de la Norma a los cuales no se les daba cumplimiento y por lo tanto no estaban documentados

Por lo tanto la evaluación permitió definir con claridad los pasos a seguir, determinando los procesos que sólo tendrían que ser documentados, aquellos que debían ser mejorados y

documentados, y los que debían ser diseñados y documentados para posteriormente implementarse y mejorarse.

## **5.2 APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA**

### **PREGUNTAS DE AUTOEVALUACION**

#### **Pregunta 1: Gestión de Sistemas y Procesos (4.1)**

- a) ¿Cómo aplica la dirección el enfoque basado en procesos para conseguir el control eficaz y eficiente de los procesos, resultando en la mejora del desempeño?

En este momento no se tiene un enfoque de procesos pues no se han definido claramente las relaciones entre las diferentes actividades que se realizan en la Unidad Medica Quirúrgica, ni se han caracterizado cada uno de los procesos que se realizan para prestar los diferentes servicios.

#### **Pregunta 2: Documentación (4.2)**

- a) ¿Cómo se utilizan los documentos y los registros para apoyar la operación eficaz y eficiente de los procesos de la organización?

No se ha definido una codificación lógica de los diferentes documentos y registros que se manejan, además hace falta establecer formatos más claros y acordes con las necesidades actuales, esto hace que no se estén utilizando adecuadamente para controlar los procesos de la organización

#### **Pregunta 3: Responsabilidad de la dirección. Orientación General (5.1)**

- a) ¿Cómo demuestra la alta dirección su liderazgo, compromiso y participación?

Aunque la alta dirección esta comprometida con el mejoramiento continuo de la organización, no existen mecanismos claramente definidos para la interrelación de ellos con los clientes internos, con el fin de ejercer un liderazgo y demostrar una participación mas activa en las diferentes actividades de mejoramiento que se propongan.

#### **Pregunta 4: Necesidades y expectativas de las partes interesadas (5.2)**

- a) ¿Cómo identifica la organización las necesidades y expectativas del cliente de manera regular?

Las necesidades y expectativas del cliente intermedio (SaludCoop E.P.S.), son identificadas mediante comunicaciones telefónicas y escritas entre las directivas de la Unidad Médica Quirúrgica y SaludCoop.

También mediante metas de cobertura propuestas por la dirección de Promoción y Prevención de SaludCoop, para ser cumplidas en los diferentes programas de Promoción y Prevención que ofrece la Unidad Médica Quirúrgica de Coomultrasan, bajo la dirección de la Coordinación de Promoción y Prevención de esta entidad.

Para conocer las necesidades y expectativas de los clientes finales (usuarios) no se tiene un mecanismo establecido, se esta planeando la realización de encuestas de satisfacción del cliente.

b) ¿Cómo identifica la organización las necesidades de reconocimiento, satisfacción del trabajo, competencia y desarrollo del conocimiento del personal?

No se tienen claramente establecidos programas de capacitación, ni mecanismos de evaluación de desempeño.

Se realizo una evaluación de clima laboral de la que se obtuvieron resultados y es necesario analizarlos para elaborar planes de mejoramiento

c) ¿Cómo considera la organización los beneficios potenciales del establecimiento de alianzas con sus proveedores?

No se ha considerado la posibilidad de hacer alianzas con los proveedores de servicios ni de productos debido a que no se tienen mecanismos claros de selección, seguimiento ni evaluación de proveedores, ni se tienen contratos claramente definidos.

d) ¿Cómo identifica la organización las necesidades y expectativas de otras partes interesadas que pueden resultar en el establecimiento de objetivos?

Se tiene en cuenta toda la reglamentación establecida por el Ministerio de Salud para la prestación de servicios por parte de instituciones prestadoras de servicios de salud, pero no se tiene un mecanismo claro de difusión hacia el cliente interno de los cambios que pueden ocurrir en esta.

e) ¿Cómo se asegura la organización de que se han considerado los requisitos legales y reglamentarios?

Se tiene, en los diferentes consultorios y oficinas de coordinadores, la reglamentación que rige cada una de las actividades que se realizan dentro de la Unidad Médica Quirúrgica, pero no se tienen mecanismos para determinar si los prestadores de servicios realmente las están cumpliendo, además esta reglamentación es muy compleja y se requiere levantar procedimientos basados en su contenido que sean de mas fácil consulta.

**Pregunta 5: Política de Calidad (5.3)**

- a) ¿Cómo asegura la política de la calidad que las necesidades y expectativas de los clientes y de otras partes interesadas son entendidas?

No se tiene claramente establecida una política de calidad para la Unidad Médica Quirúrgica

- b) ¿Cómo guía la política de la calidad a mejoras visibles y esperadas?

No se tiene claramente establecida una política de calidad para la Unidad Médica Quirúrgica

- c) ¿Cómo considera la política de la calidad la visión de futuro de la organización?

No se tiene claramente establecida una política de calidad para la Unidad Médica Quirúrgica

**Pregunta 6: Planificación (5.4)**

- a) ¿De que manera los objetivos traducen la política de la calidad en metas medibles?

No se tienen claramente establecidos los objetivos de calidad de la Unidad Médica Quirúrgica

- b) ¿De que manera son desplegados los objetivos a cada nivel de la gestión para asegurar la contribución individual para su logro?

No se tienen claramente establecidos los objetivos de calidad de la Unidad Medico Quirúrgica

- c) ¿Cómo se asegura la dirección de la disponibilidad de los recursos necesarios para cumplir los objetivos?

No se tienen claramente establecidos los objetivos de calidad de la Unidad Médica Quirúrgica

**Pregunta 7: Responsabilidad, autoridad y comunicación (5.5)**

- a) ¿Cómo se asegura la alta dirección de que se establecen y comunican las responsabilidades al personal de la organización?

Se tiene establecido un organigrama que es necesario dar a conocer

- b) ¿Cómo contribuye a la mejora del desempeño de la organización la comunicación de los requisitos, objetivos y logros de calidad?

Debido a que no existen mecanismos formales para comunicar dentro de la organización los requisitos, objetivos y logros de calidad, no se conoce la manera como esto contribuye en la mejora del desempeño.

**Pregunta 8: Revisión por la dirección (5.6)**

- a) ¿Cómo asegura la alta dirección la disponibilidad de información de entrada válida para la revisión por la dirección?

No se tiene definido un procedimiento establecido para la revisión por la dirección, ni para procesos como encuestas de satisfacción del cliente, auditorías médicas o auditorías de calidad, que permitan obtener información de entrada válida para la revisión por la dirección.

- b) ¿Cómo evalúa la actividad de revisión por la dirección la información para mejorar la eficacia y la eficiencia de los procesos de la organización?

No se tiene un procedimiento establecido para hacer que la información que se usa en las revisiones por la dirección, conduzcan a formular proyectos que mejoren la eficacia y la eficiencia de los procesos de la organización.

**Pregunta 9: Gestión de recursos. Orientación General (6.1)**

- a) ¿Cómo planifica la alta dirección la disponibilidad de recursos de manera oportuna?

La planificación de los recursos se realiza anualmente por parte del área de presupuesto de Coomultrasan Multiactiva

**Pregunta 10: Personal (6.2)**

- a) ¿Cómo promueve la dirección la participación y el apoyo de las personas para la mejora de la eficacia y eficiencia de la organización?

No se tiene un mecanismo establecido claramente para permitir al personal de la organización dar a conocer sus sugerencias, inquietudes e inconformidades.

- b) ¿Cómo se asegura la dirección de que el nivel de competencia de cada individuo es adecuado para las necesidades actuales y futuras?

El proceso de selección de personal que se tiene establecido no se tiene documentado y es muy general, por esto no garantiza que realmente el personal contratado sea adecuado para las necesidades actuales y futuras, principalmente en el caso del personal asistencial que debe cumplir requerimientos establecidos por la ley.

**Pregunta 11: Infraestructura (6.3)**

- a) ¿Cómo se asegura la dirección de que la infraestructura es apropiada para la consecución de los objetivos de la organización?

Se tiene personal encargado de la limpieza y desinfección de todas las instalaciones y principalmente de los lugares que, debido a las actividades que allí se realizan, requieren especial cuidado.

- b) ¿Cómo considera la dirección los aspectos medioambientales asociados con la infraestructura?

Se tiene definido un Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios del cual solo se ha implementado una parte.

**Pregunta 12: Ambiente de Trabajo (6.4)**

- a) ¿Cómo se asegura la dirección de que el ambiente laboral promueve de la motivación, la satisfacción, el desarrollo y el desempeño de su personal en la organización?

Se realizó una evaluación de clima organizacional, de la cual se espera obtener información para establecer planes de mejoramiento, esta evaluación se realiza anualmente.

**Pregunta 13: Información (6.5)**

- a) ¿Cómo se asegura la dirección de que la información apropiada está fácilmente disponible para tomar decisiones basadas en hechos?

La información requerida para las auditorías médicas se encuentra en las historias clínicas de los usuarios. En este momento se tienen problemas con el archivo debido a historias de diferentes usuarios que están identificadas con el mismo número, la existencia en el archivo de gestión de historias clínicas de personas que no han asistido nunca a cita o que no han asistido en los 5 años anteriores, y a espacios en el archivo debido a muerte de usuarios o a traslado a otras sedes de la Unidad Médica Quirúrgica de Coomultrasan o a otras EPS.

No se tiene información referente al nivel de satisfacción de los usuarios.

La información referente al cliente intermedio (SaludCoop) no llega a intervalos establecidos y permite tomar decisiones reactivas más no preventivas ni proactivas.

**Pregunta 14: Proveedores y alianzas (6.6)**

- a) ¿Cómo promueve la dirección a los proveedores en la identificación de necesidades de compras y en el desarrollo de una estrategia conjunta?

No se tienen establecidos criterios de selección, seguimiento ni evaluación de proveedores, y las relaciones que se tienen con los proveedores que se tienen actualmente no son de cooperación sino estrictamente de negocios.

- b) ¿Cómo promueve la dirección el establecimiento de alianzas de negocios con los proveedores?

En la actualidad la dirección esta buscando establecer procedimientos claros de selección, seguimiento y evaluación de proveedores, para conocer cuales son los proveedores que ofrecen mejores posibilidades para establecer alianzas que beneficien a las dos partes

**Pregunta 15: Recursos naturales (6.7)**

- a) ¿Cómo se asegura la organización de la disponibilidad de los recursos naturales necesarios para sus procesos de realización?

El objeto social de la Unidad Médica Quirúrgica de Coomultrasan no requiere, para su proceso de prestación de servicios, recursos provenientes de la naturaleza adicionales a agua, energía eléctrica, papel, cartón y vidrio. Se esta intentando asegurar la disponibilidad a largo plazo de estos elementos incluyendo parámetros para su uso eficiente en el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios

**Pregunta 16: Recursos financieros (6.8)**

- a) ¿Cómo planifica, provee, controla y sigue la dirección sus recursos financieros para mantener un sistema de gestión de la calidad efectivo y eficiente y para asegurar el logro de los objetivos de la calidad?

Los recursos financieros de Coomultrasan que son destinados anualmente a la Unidad Médica Quirúrgica no contemplan un monto específico para el desarrollo y mantenimiento del sistema de gestión de la calidad, pero si para el desarrollo normal de los procesos y para actividades que contribuyen con el mejoramiento de la calidad como capacitaciones, mantenimiento y reparación, y adquisición de nuevas sedes.

- b) ¿Cómo se asegura la dirección de que el personal sea consciente acerca del vínculo entre calidad y costos?

No se tiene establecido un canal de comunicación entre el personal y la dirección que permita hacer al personal realmente consciente de este vínculo.

**Pregunta 17: Realización del producto. Orientación general (7.1)**

- a) ¿Cómo aplica la alta dirección el enfoque basado en procesos para asegurarse de la operación eficaz y eficiente de los procesos de realización y de apoyo y de la red de procesos asociados?

No se tiene establecido un mapa de procesos que refleje las relaciones existentes entre los diferentes procesos que se realizan en la Unidad Médica Quirúrgica, ni se tienen caracterizados estos procesos, por lo tanto no se puede decir que se tiene un enfoque basado en procesos.

**Pregunta 18: Procesos relacionados con las partes interesadas (7.2)**

- a) ¿Cómo ha definido la dirección los procesos relativos al cliente para asegurar la consideración de las necesidades del cliente?

No se tienen establecidos procesos para asegurar la consideración de las necesidades de los diferentes tipos de clientes que tiene la Unidad Médica Quirúrgica. Se esta planeando la realización de una encuesta de satisfacción del usuario.

- b) ¿Cómo ha definido la dirección los procesos de otras partes interesadas para asegurar la consideración de las necesidades del cliente?

La otra parte interesada que se tiene en cuenta en la prestación de servicios de salud es el gobierno que emite reglamentaciones por medio del Ministerio de Protección Social. Esta reglamentación la tiene en consideración la Unidad Médica Quirúrgica teniéndola en las oficinas de los coordinadores de área y en los consultorios, pero no tiene establecido un proceso para asegurar que estas se estén teniendo realmente en cuenta en la prestación del servicio.

**Pregunta 19: Diseño y Desarrollo (7.3)**

- a) ¿Cómo ha definido la alta dirección los procesos de diseño y desarrollo para asegurar que responden a las necesidades y expectativas de los clientes y otras partes interesadas de la organización?

No se realizan procesos de diseño y desarrollo

- b) ¿Cómo son gestionados en la práctica los procesos de diseño y desarrollo incluyendo la definición de los requisitos de diseño y desarrollo y el logro de los resultados planificados?

No se realizan procesos de diseño y desarrollo

- c) ¿Cómo se consideran en los procesos de diseño y desarrollo las actividades relativas a la calidad tales como revisiones, verificación, validación y gestión de la configuración?

No se realizan procesos de diseño y desarrollo

#### **Pregunta 20: Compras (7.4)**

- a) ¿Cómo ha definido la alta dirección los procesos de compra que aseguran que los productos comprados satisfacen las necesidades de la organización?

El proceso de compras que se tiene establecido en la actualidad no contempla criterios ni métodos claros para realizar las etapas de selección, seguimiento ni evaluación de proveedores, ni tampoco métodos claros para la verificación de los productos comprados.

- b) ¿Cómo son gestionadas en la práctica los procesos de compra?

Los procesos de compra son gestionados por un comité de compras que se reúne mensualmente para decidir los proveedores a los que se les pedirán los insumos que requieren las diferentes áreas, y un auxiliar de apoyo logístico que hace los pedidos, los recibe y los distribuye.

- c) ¿Cómo se asegura la organización de la conformidad de los productos desde la especificación hasta la aceptación?

No se tienen especificaciones claras de los insumos que se requieren, ni de los métodos que se deben usar para verificar que los insumos que se reciben cumplen con los estándares de calidad requeridos.

#### **Pregunta 21: Operaciones de producción y prestación del servicio (7.5)**

- a) ¿Cómo se asegura la alta dirección de que los elementos de entrada de los procesos de realización tienen en cuenta las necesidades de los clientes y de otras partes interesadas?

Debido a que no se tiene claramente definida la relación existente entre los diferentes procesos, no se tienen establecidos los elementos de entrada de los procesos

- b) ¿Cómo son gestionados en la practica los procesos de realización desde las entradas hasta las salidas?

Los procesos no tienen definidas las relaciones entre ellos ni sus entradas y salidas, su etapa de realización es gestionada por los coordinadores de área y los encargados de la prestación del servicio controlando los errores que se presentan, y planeando y realizando las actividades del día a día, no se realizan acciones de mejoramiento porque no se cuenta con estándares de comparación ni procedimientos establecidos para este fin.

- c) ¿Cómo son consideradas en los procesos de realización las actividades relativas a la cantidad tales como control, verificación y validación?

Solo se controlan las actividades que se realizan, mediante comparación con metas de cobertura establecidas.

**Pregunta 22: Control de los equipos de medición y seguimiento (7.6)**

- a) ¿Cómo controla la dirección sus dispositivos de medición y seguimiento para asegurarse de que se están obteniendo y usando los datos correctos?

Se tiene un contrato con una persona que realiza la calibración de los dispositivos de medición y seguimiento, pero esta no mantiene un registro de las actividades realizadas a cada equipo, ni esta certificada para realizar esta labor. No se cuenta con un programa de calibración

**Pregunta 23: Medición, análisis y mejora. Orientación general (8.1)**

- a) ¿Cómo se promueve la importancia de las actividades de medición, análisis y mejora para asegurarse de que el desempeño de la organización resulta en satisfacción para las partes interesadas?

No se realizan actividades de medición, análisis y mejora que realmente aseguren un mejor desempeño de la organización cada día

**Pregunta 24: Medición y seguimiento (8.2)**

- a) ¿Cómo se asegura la dirección de la recopilación de datos relacionados con el cliente para su análisis, con el fin de obtener información para mejoras?

No se esta realizando recopilación de información de ninguno de los clientes de la UMQ, con el fin de realizar mejoras.

- b) ¿Cómo se obtienen los datos de otras partes interesadas para su análisis y posibles mejoras?

No se esta realizando recopilación de información de la mayoría de las partes interesadas, con el fin de realizar mejoras. Se realizo una evaluación de clima organizacional que se espera sirva como base de un programa de mejoramiento

- c) ¿Cómo usa la organización las metodologías de autoevaluación del sistema de gestión de la calidad para la mejora de la eficacia y la eficiencia globales de la organización?

No se tiene un sistema de gestión de la calidad establecido

### **Pregunta 25: Control de las no conformidades (8.3)**

- a) ¿Cómo controla la organización las no conformidades de procesos y productos?

Las no conformidades de tipo administrativo son detectadas por el cliente intermedio (SaludCoop) y este las da a conocer, por medio telefónico o escrito, a la dirección de la UMQ para que esta ejerza acciones correctivas.

Las no conformidades de tipo asistencial son detectadas por el cliente intermedio (SaludCoop) y este las da a conocer, por medio telefónico o escrito, al respectivo Coordinador de Área para que esta ejerza acciones correctivas.

- b) ¿Cómo analiza la organización las no conformidades para aprendizaje y mejora del proceso y del producto?

No se tiene un procedimiento establecido para el manejo de las no conformidades, cada situación es manejada de manera aislada sin dejar definidas acciones a largo plazo que permitan aprender y realizar mejoras duraderas al proceso.

### **Pregunta 26: Análisis de datos (8.4)**

- a) ¿Cómo analiza la organización los datos para evaluar y eliminar los problemas registrados que afectan a su desempeño?

No se tiene un mecanismo establecido de análisis de datos, los datos recolectados acerca de cobertura se usan solo para enviar informes a SaludCoop.

### **Pregunta 27: Mejora (8.5)**

- a) ¿Cómo usa la dirección las acciones correctivas para evaluar y eliminar los problemas registrados que afectan a su desempeño?

No se tiene un proceso establecido para el manejo de acciones correctivas, cuando estas son realizadas solo tratan el síntoma más no el problema de raíz, lo que impide que se evalúen y eliminen realmente los problemas.

b) ¿Cómo usa la dirección las acciones preventivas para la prevención de pérdidas?

No se realizan acciones preventivas

c) ¿Cómo se asegura la dirección el uso sistemático de métodos y herramientas para mejorar el desempeño de la organización?

No se tienen definidos métodos y herramientas para mejorar el desempeño de la organización

### **5.3 RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO**

Finalizado el proceso de evaluación realizado en la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S, puede concluirse que no se encuentra implementado un sistema de gestión de la calidad, que los procesos no están documentados ni asegurados, y que es necesario tomar medidas para cumplir con los requisitos de la norma ISO 9001:2000, ya que diseñar un Sistema de Gestión de la Calidad es una necesidad evidente dentro de la organización; para que mucho más allá que obtener una simple certificación, el sistema organice 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 desafiantes y alcanzar metas importantes.
- ❖ Personal operativo, abierto al cambio y conciente de la importancia de la calidad
- ❖ Alto capital de trabajo
- ❖ La estructura organizacional actual es flexible y puede adaptarse a nuevas circunstancias
- ❖ Se hizo un análisis de clima organizacional del cual se pudo conocer el índice de satisfacción del cliente interno
- ❖ Las personas que trabajan en la unidad pueden satisfacer sus necesidades individuales básicas en la organización

Sin embargo, también son evidentes ciertas debilidades que deben superarse dentro de la empresa como son:

- ❖ No se ha analizado la cultura corporativa y no se han definido los valores y creencias que regulan la vida organizacional
- ❖ Existe un manual de especificaciones de cargos en proceso, y esto hace que las personas no conozcan con claridad sus funciones y responsabilidades
- ❖ La estructura organizacional no esta claramente definida y no permite determinar rangos de control
- ❖ Los procesos organizacionales de la Unidad Médica Quirúrgica no están claramente establecidos, ni los procesos operativos, ni los procesos organizacionales administrativos están documentados, esto hace que no se tengan parámetros para confrontar los procedimientos y resultados organizacionales en las distintas áreas, y que los métodos de trabajo no estén estandarizados
- ❖ La unidad medica quirúrgica no cuenta con un proceso de selección de personal documentado, ni con un proceso de inducción, ni normas y métodos para medir el desempeño, que permitan a su vez tomar medidas correctivas y de retroalimentación que se vean reflejadas en plan de capacitaciones amplio y completo para los trabajadores de la unidad, y en sistemas de incentivos y sanciones.
- ❖ En pocas ocasiones se promueve al empleado dentro de la compañía, dada la estructura organizacional lineal, sin cargos intermedios; no existen mecanismos claros de participación del cliente interno; además el personal de la unidad presenta altas tasas de ausentismo, lo que indica que el personal no esta altamente motivado
- ❖ No se realizan investigaciones de mercado, no se cuenta con un oficina de atención al usuario y no se conoce el índice de satisfacción del cliente interno, lo que refleja la ausencia de políticas y estrategias claras referentes al servicio al cliente
- ❖ No se utilizan indicadores de gestión ni ningún tipo de estrategia que permita detectar y/o prever problemas y desarrollar planes para superarlos o evitarlos.
- ❖ Los controles de calidad no cuentan con registros eficaces y no se ejecutan plenamente
- ❖ La gestión de los recursos, la responsabilidad de la dirección, y procesos como la gestión metrológica, no se realizan o tienen deficiencias enormes.

#### **5.4 PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL S.G.C.**

Como resultado del diagnostico realizado teniendo en cuenta los requisitos de la norma NTC-ISO 9000:2000, se estableció el siguiente plan de acción con el fin de llegar a obtener la certificación en un mediano plazo.

ELEMENTO	PLAN DE ACCION	RESPONSABLE	FECHA
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD			
4.1 REQUISITOS GENERALES			
Existe un sistema de Gestión de la Calidad (SGC)	Se conocerá la empresa, se recolectara información acerca del estado actual de la entidad y de acuerdo a esta se determinaran los requerimientos de la UMQ para implementar el sistema de gestión de calidad	Coordinador de Organización y Métodos y Auxiliar de Gestión de Calidad	Septiembre a Noviembre de 2004
Se han identificado y descrito los procesos del SGC	Se empezará por conocer la entidad y se identificarán los procesos del SGC para establecer el mapa de procesos de la UMQ	Auxiliar de Gestión de Calidad	Septiembre de 2004
La operación y control de los procesos es eficaz	La operación de los procesos requiere establecerse claramente para documentarse y llegar a controlarse. Con este fin se llevarán a cabo reuniones con los encargados de cada proceso	Coordinador de Organización y Métodos y Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004 a Febrero de 2005
Se realiza seguimiento medición y análisis de los procesos	El seguimiento de los procesos se debe empezar a utilizar para beneficio de la organización estableciendo y manejando indicadores a partir de los informes que se deben presentar a SaludCoop	Auxiliar de Gestión de Calidad	Marzo de 2005
Existen acciones de mejora continua	Se establecerán los procedimientos de auditoría, control de producto no conforme y control de acciones correctivas y acción preventivas	Auxiliar de Gestión de Calidad	Marzo de 2005
4.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN			
4.2.2 MANUAL DE CALIDAD			
Se ha descrito un Manual de calidad, el cual incluya su alcance	Se elaborará el manual de calidad de la UMQ a medida que se van estableciendo y documentando los procesos del SGC	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004 a Abril de 2005

Se hace referencia a los procedimientos	Los procedimientos se irán estableciendo a medida que se vayan haciendo reuniones con los encargados de cada proceso y se irán incluyendo en el manual referencias a los procedimientos en los numerales respectivos	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004 a Abril de 2005
Se describe la interacción de los procesos	En el momento en que se identifican y describen los procesos del SGC, se describe mediante una matriz la interacción entre ellos.	Auxiliar de Gestión de Calidad	Septiembre de 2004
<b>4.2.3 CONTROL DE DOCUMENTOS</b>			
Existe un procedimiento de control de documentos	Se establecerá un procedimiento de elaboración y control de documentos	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004
Los documentos se revisan y aprueban	En el procedimiento de control de documentos se establecerá que cada procedimiento tendrá una hoja inicial en la que se encontrará el cargo del encargado de la revisión y aprobación del documento	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004
Se identifican cambios y se mantienen revisiones pertinentes de los documentos	En el procedimiento de control de documentos se establecerá que cada procedimiento tendrá una hoja inicial en la que se encontrará un cuadro de control de modificaciones al documento	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004
Los documentos son legibles e identificables	En el procedimiento de control de documentos se establecerá que cada procedimiento deberá cumplir con determinadas especificaciones	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004
Se identifican y controlan los documentos externos	En el procedimiento de control de documentos se establece el manejo especial que deben recibir los documentos externos	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004
Se controlan los documentos obsoletos	En el procedimiento de control de documentos se establecerá el proceso que se deberá seguir para modificar un documento y la manera como los documentos obsoletos serán cambiados por los de la versión más reciente. Cada procedimiento y cada registro están identificados con la versión.	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004

4.2.4 CONTROL DE REGISTROS			
Se establecen y mantienen registros	En la etapa de inducción en la entidad se conocerán los registros que se mantiene actualmente para determinar si se deben dejar o si se deben establecer nuevamente.	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004
Los registros son legibles, identificables y recuperables	En el procedimiento de control de registros se establecerá la metodología para mantener los registros legibles, identificables y recuperables	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004
Existe un procedimiento de control de registros	Se establecerá un procedimiento de control de registros	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004
Dentro del procedimiento se definen los controles de identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de registros?	En el procedimiento de control de registros se establecerá la metodología para identificar, almacenar, proteger y recuperar los registros. Además para este fin se elaborara un listado maestro de registros que se mantendrá actualizado	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004
5 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN			
5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN			
La alta dirección comunica la necesidad de satisfacer requisitos del cliente, legales y reglamentarios	Se establecerán reuniones y capacitaciones enfocadas al cliente, las cuales servirán para que los trabajadores de la UMQ no olviden su compromiso con la comunidad	Auxiliar de Gestión de Calidad	Marzo de 2005
La alta dirección ha establecido políticas de calidad	Se establecerá una política de calidad que se dará a conocer en el momento que los encargados de mejorar los resultados arrojados por la evaluación de clima organizacional consideren pertinente	Auxiliar de Gestión de Calidad. Los responsable de la evaluación de Clima Organizacional son el Coordinador de Organización y Métodos y la Psicóloga de Coomultrasan	Mayo de 2005

La alta dirección ha establecido objetivos de calidad	Los objetivos de calidad se darán a conocer junto con la política de calidad	Auxiliar de Gestión de Calidad. Los responsable de la evaluación de Clima Organizacional son el Coordinador de Organización y Métodos y la Sicóloga de Coomultrasan	Mayo de 2005
Se llevan a cabo revisiones por la dirección	Se establecerá un procedimiento de revisión por la dirección	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004
La alta dirección dispone recursos para desarrollar e implementar el SGC	En el momento en que se den a conocer los resultados de las diferentes actividades de diagnóstico, como evaluación de clima organización y encuestas de satisfacción del usuario, se determinara el monto que se requiere para implementar las mejoras propuestas y lo que se requiere para implementar y mantener el SGC	Coordinador de Organización y Métodos y Auxiliar de Gestión de Calidad	Abril de 2005
<b>5.2 ENFOQUE AL CLIENTE</b>			
Se determinan y cumplen los requisitos del cliente	Se llevaran a cabo encuestas de satisfacción del usuario, y se empezara a tener una oficina de atención al usuario. También se controlara el cumplimiento de las metas mensuales propuestas por SaludCoop	Coordinador de Organización y Métodos y Auxiliar de Gestión de Calidad	Encuestas: Diciembre de 2004 Oficina: Marzo de 2005

<b>5.3 POLÍTICA DE CALIDAD</b>			
La política de calidad es adecuada a la organización	En la política de calidad se trataran aspectos como atención humanizada y cumplimiento de normatividad que son básicos para cualquier IPS de primer nivel	Gerente General	Mayo de 2005
La política se compromete a cumplir requisitos y a la mejora continua	La política de calidad se comprometerá a cumplir los requisitos del cliente y los legales y a establecer una mejora continua en todos los aspectos	Gerente General	Mayo de 2005
Según la política se pueden establecer y revisar los objetivos de calidad	Los objetivos de calidad estarán enunciados en la política de calidad	Gerente General	Mayo de 2005
La política ha sido comunicada y entendida	Una vez los encargados de la evaluación de clima organizacional consideren pertinente se dispondrá en las carteleras de las sedes de la UMQ la política de calidad, junto con la explicación de cada una de sus partes principales	Auxiliar de Gestión de Calidad	Mayo de 2005
La política se revisa continuamente	En el procedimiento de la revisión por la dirección se incluirá un espacio para lo relacionado con la política de calidad para revisarla y hacerle mejoras si es necesario	Gerente General	Noviembre de 2004
<b>5.4 PLANIFICACIÓN</b>			
Existen objetivos de calidad	A partir de la política de calidad se establecerán objetivos de calidad	Auxiliar de Gestión de Calidad	Mayo de 2005
Se han establecido objetivos en las funciones y niveles de la organización	Una vez establecida la política de calidad se establecerán objetivos adecuados para cada parte del servicio, con el fin de que sean medibles todos los resultados	Auxiliar de Gestión de Calidad	Mayo de 2005
Se miden los objetivos de calidad	Una vez establecidos los objetivos se nombraran responsables de mantenerlos actualizados.	Auxiliar de Gestión de Calidad	Mayo de 2005
<b>5.4.2 PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>			
Se planifica el SGC para cumplir objetivos	Una vez se establecen los objetivos se dan a conocer las metas y los indicadores y los encargados de lograr cada objetivo	Auxiliar de Gestión de Calidad	Mayo de 2005
Se mantiene el SGC cuando se planifican e implementan cambios	Cuando se modifica el SGC, también se cambia el manual de calidad o algún procedimiento y se da a conocer este cambio a todos los involucrados	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004

5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN			
5.5.1 RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES			
Las responsabilidades se han entendido y comunicado	Se dará a conocer el organigrama de la UMQ y el manual de especificaciones de los cargos	Auxiliar de Gestión de Calidad	Mayo de 2005
5.5.2 REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN			
Se ha nombrado un representante de la dirección	Se nombrara como representante de la dirección al director de Gestión Humana	Gerente General	Abril de 2005
El representante se asegura de establecer, implementar y mantener los procesos del SGC	El director de Gestión Humana es una persona comprometida con la calidad que velara por el mantenimiento del SGC	Gerente General	Abril de 2005
El representante informa a la dirección el desempeño del SGC	El director de Gestión Humana será el puente entre los encargados del SGC y la Gerencia General	Gerente General	Abril de 2005
El representante promueve la concientización respecto de los requisitos del cliente	El representante de la dirección podrá realizar capacitaciones y reuniones enfocadas al cliente	Auxiliar de Gestión de Calidad	Abril de 2005
5.5.3 COMUNICACIÓN INTERNA			
Se han establecido canales de comunicación teniendo en cuenta la eficacia del SGC	Se dispondrán carteleras dedicadas a temas de calidad, en cada una de las sedes de la UMQ	Auxiliar de Gestión de Calidad	Mayo de 2005

5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN			
5.6.1 GENERALIDADES			
Se planifica la revisión por la dirección, del SGC	Se establecerá un procedimiento de revisión por la dirección	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004
La revisión incluye necesidad y oportunidades de mejora	En el procedimiento de la revisión por la dirección se incluirá espacio para plantear oportunidades de mejora generales, del SGC y del producto	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004

La revisión incluye las políticas y objetivos de calidad	En el procedimiento de la revisión por la dirección se incluirá espacio para plantear los cambios realizados a la política y a los objetivos de calidad	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004
Existen registros de las revisiones	Se obtendrán un acta y un informe como registros de cada una de las revisiones por la dirección	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004
<b>5.6.2 INFORMACIÓN PARA LA REVISIÓN</b>			
Se ha determinado la información para la revisión	En el procedimiento de revisión por la dirección se dejará espacio para las mejoras del SGC, las mejoras del producto y las necesidades de recursos	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004
<b>5.6.3 RESULTADOS DE LA REVISIÓN</b>			
Los resultados de la revisión producen acciones para la mejora	En el procedimiento de revisión por la dirección se dejara espacio para tratar las acciones de seguimiento de la revisión por la dirección, y los cambios del SGC y recomendaciones para la mejora que pueden surgir de esta	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004
<b>6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS</b>			
<b>6.1 PROVISIÓN DE LOS RECURSOS</b>			
Se han determinado y proporcionado recursos para implementar y mantener el SGC	Es necesario definir un presupuesto para llevar a cabo la implementación del SGC	Gerente General	Enero de 2005
Se han determinado y proporcionado recursos para mejorar la eficacia del SGC	Es necesario determinar las mejoras necesarias para mejorar la eficacia del SGC y el presupuesto necesario para llevarlas a cabo	Gerente General	Enero de 2005
Se han determinado y proporcionado recursos para aumentar satisfacción del cliente	Se realizaran encuestas de satisfacción del cliente y se creara una oficina de atención al cliente, para conocer las acciones que se deben realizar y el presupuesto necesario	Gerente General	Diciembre de 2004, y Marzo de 2005
<b>6.2 RECURSOS HUMANOS</b>			
<b>6.2.1 GENERALIDADES</b>			

El personal que realiza trabajos es competente según la educación, formación, habilidad y experiencia	Se documentara el procedimiento de selección de personal de la UMQ y se aplicara teniendo en cuenta el manual de especificaciones de los cargos	Auxiliar de Gestión de Calidad	Abril de 2004
<b>6.2.2 COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN</b>			
Se determina la competencia del personal	Se elaborará el manual de especificaciones de los cargos para determinar las competencias necesarias para desempeñar los diferentes cargos	Coordinador de Organización y Métodos	Enero de 2004
Se proporciona formación al personal	Se analizaran los resultados de las capacitaciones que se empezaron a realizar teniendo en cuenta la evaluación de clima organizacional, para determinar acciones de mejora, y se establecerá un nuevo cronograma teniendo en cuenta las diferencias entre las especificaciones que se establecerán en el manual de especificaciones y el perfil de quienes están ocupando esos puestos actualmente.	Auxiliar de Gestión de Calidad	Abril de 2004
Se toman acciones para formar al personal y se evalúa la eficacia de las acciones	Se realizara anualmente una evaluación del desempeño de todos los trabajadores de la UMQ. Se establecerá un instructivo para este fin	E l instructivo será realizado por la Auxiliar de Gestión de Calidad, la encargada de implementarlo y mantenerlo será la sicóloga de COOMULTRA SAN	Abril de 2004
Se asegura la concientización del personal en el desempeño de su trabajo y objetivos	Se establecerán reuniones y capacitaciones enfocadas al cliente, las cuales servirán para que los trabajadores de la UMQ se den cuenta de la importancia de sus cargos y conozcan los objetivos de la organización	Auxiliar de Gestión de Calidad	Abril de 2004

Se mantienen registros apropiados de formación, habilidades y experiencia	Se establecerán formatos para perfil y funciones del cargo, ficha de formación y asistencia a capacitaciones. Estos se reunirán en el manual de especificaciones de los cargos o se anexaran a la hoja de vida.	Auxiliar de Gestión de Calidad	Enero de 2005
<b>6.3 INFRAESTRUCTURA</b>			
Se ha determinado, proporcionado y mantenido una infraestructura para lograr conformidad con requisitos del producto	Para determinar si se cumplen los requisitos para la prestación del servicio se incluirán preguntas acerca de las instalaciones en las encuestas de satisfacción del cliente. De acuerdo a los resultados de estas se establecerán las acciones a seguir	Auxiliar de Gestión de Calidad	Diciembre de 2004
La infraestructura incluye edificios, espacio de trabajo, servicio asociado, equipo para procesos y servicios de apoyo	Se elaborara un instructivo en el que se establecerán los controles que se deben realizar al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios	Auxiliar de Gestión de Calidad	Febrero de 2005
<b>6.4 AMBIENTE DE TRABAJO</b>			
Se ha gestionado y determinado un ambiente de trabajo para lograr conformidad con los requisitos del producto	Se realizara nuevamente una evaluación de clima organizacional para determinar si las causas de inconformidad de los trabajadores expuestas en la evaluación anterior han mejorado, y de acuerdo a estos resultados se implementaran las acciones necesarias	Auxiliar de Gestión de Calidad	Septiembre de 2005
<b>7 REALIZACIÓN DEL PRODUCTO</b>			
<b>7.1 REALIZACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DEL PRODUCTO</b>			
Se planifica y desarrollan los procesos de realización del producto, siendo coherente con los requisitos de los otros procesos	Se documentaran los procedimientos exigidos por la norma, los procedimientos asistenciales y los otros procesos del SGC	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004 a Abril de 2005
Durante la planificación se determinan objetivos de calidad	A partir de la política de calidad se establecerán objetivos de calidad	Auxiliar de Gestión de Calidad	Mayo de 2005
Durante la planificación se determinan requisitos del producto	Se determinaran los requisitos del servicio teniendo en cuenta las circulares de metas mensuales enviadas por SaludCoop y las reglamentaciones legales, en el momento de realizar programaciones y documentaciones	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004 a Enero

			de 2005
Durante la planificación se determina la necesidad de establecer procesos, documentos y proporcionar recursos específicos para el producto	Se realizara la caracterización de cada uno de los procesos del SGC	Auxiliar de Gestión de Calidad	Octubre de 2004
Durante la planificación se determina la necesidad de establecer actividades de control y aceptación del producto	Se establecerán diferentes indicadores para cada uno de los procesos del SGC, en el momento que se este recopilando información para la documentación	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004 a Enero de 2005
Durante la planificación se determina la necesidad de establecer documentos y registros que evidencian cumplimiento de procesos y requisitos del producto	Se establecerán procedimientos de control de documentos y de registros	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004

<b>7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE</b>			
<b>7.2.1 DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO</b>			
La organización ha establecido los requisitos del cliente, de entrega, no especificados, legales, reglamentarios y adicionales	Las circulares de metas mensuales establecidas por SaludCoop establecerán los requisitos del cliente, los resultados de las encuestas de satisfacción del cliente permitirán establecer los requisitos de entrega, y las reglamentaciones mas recientes establecerán los requisitos legales	Coordinadores de cada área y Auxiliar de Organización y Métodos	Marzo de 2005
<b>7.2.2 REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO</b>			
Se realizan revisiones de los requisitos antes de comprometerse con los clientes	Se realizará mensualmente una revisión de los requisitos del servicio, comparando las metas propuestas en las circulares de SaludCoop con la capacidad de la entidad, de la cual quedara un registro	Coordinador de PyP	Marzo de 2005
Se asegura de la definición de requisitos y solución de diferencias en el pedido	Las diferencias que surjan entre las metas de SaludCoop y la capacidad de la entidad se darán a conocer mediante el registro que se establecerá	Coordinador de PyP	Marzo de 2005

Se asegura de la capacidad para cumplir requisitos	Mediante la utilización del registro establecido para comparar las metas y la capacidad se garantizara que las metas que se establezcan finalmente sean alcanzables	Coordinador de PyP	Marzo de 2005
Se mantienen registros de la revisión	Se establecerá un registro donde se consignaran los resultados de la comparación de metas y capacidad	Auxiliar de Gestión de Calidad	Marzo de 2005
Se confirman requisitos antes de la aceptación	Comparar las metas establecidas por SaludCoop con la capacidad de la UMQ, permitirá que se confirmen requisitos antes de la aceptación	Coordinador de PyP	Marzo de 2005
Cuando se cambian requisitos se modifica la documentación y se comunica al personal	En el procedimiento de control de documentos se establecerá la manera como los documentos serán modificados y la manera como estas modificaciones se darán a conocer a todos los interesados	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004
<b>7.2.3 COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE</b>			
Se ha determinado e implementado comunicación eficaz con el cliente	Las directivas de SaludCoop se comunicaran con las directivas de la UMQ telefónicamente o mediante circulares, la UMQ se comunicara con el usuario mediante la oficina de quejas y reclamos que empezara a funcionar	Auxiliar de Calidad	Marzo de 2005
<b>7.3 DISEÑO Y DESARROLLO</b>	N.A.		
<b>7.4 COMPRAS</b>			
<b>7.4.1 PROCESO DE COMPRAS</b>			
La materia prima adquirida cumple los requisitos de compra	Se establecerá un instructivo de compras para la UMQ en donde se especificaran los requisitos de compra y la manera como se verificara que estos se cumplan	Auxiliar de Gestión de Calidad	Febrero de 2005
Existe control sobre el proveedor	Se establecerán los criterios de selección, evaluación y re-evaluación de proveedores y se mantendrán registros	Comité de Compras y Auxiliar de Gestión de Calidad	Febrero de 2005
Se evalúan y seleccionan proveedores	Se establecerán los criterios de selección, evaluación y re-evaluación de proveedores y se mantendrán registros	Comité de Compras y Auxiliar de Gestión de	Febrero de 2005

		Calidad	
Existen registros de evaluación y selección de proveedores	Se diseñaran formatos y se mantendrán registros de las evaluación y re-evaluación realizadas a los proveedores	Comité de Compras y Auxiliar de Gestión de Calidad	Febrero de 2005
<b>7.4.2 INFORMACIÓN DE COMPRAS</b>			
La información describe el producto, requisitos de aprobación y del SGC	Se realizaran listados de especificaciones de los insumos de las diferentes áreas	Comité de Compras y Auxiliar de Gestión de Calidad	Febrero de 2005
<b>7.4.3 VERIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS COMPRADOS</b>			
Se inspecciona que el producto comprado cumpla los requisitos	En el listado de especificaciones se establecerán las características de inspección para los productos comprados	Comité de compras y Auxiliar de Gestión de Calidad	Febrero de 2005
Se hace inspección en las instalaciones del proveedor			
<b>7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>			
<b>7.5.1 CONTROL DE LA PRODUCCIÓN</b>			
El control de la producción describe características del producto dispone de, instrucciones de trabajo, equipo apropiado, dispositivos de medición y seguimiento, actividades de liberación y entrega postventa	Se realizara la caracterización y documentación de todos los procesos del SGC y se implementara su manejo según el procedimiento de control de documentos. En cada uno de los procedimientos se incluirán las instrucciones de trabajo y el equipo apropiado	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004
<b>7.5.2 VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE PRODUCCIÓN</b>			
<b>7.5.3 IDENTIFICACIÓN Y</b>			

<b>TRAZABILIDAD</b>			
Se realiza identificación y trazabilidad	Se identificará y mantendrá la trazabilidad de los usuarios mediante un número único con el cual se manejará la historia clínica	Coordinador de archivo y Auxiliar de Calidad	Febrero de 2005
Se identifica estado de inspección	Las historias clínicas se mantienen en custodia y solo pueden ser inspeccionadas por personal autorizado	Coordinador de archivo y Auxiliar de Calidad	Febrero de 2005
Se registra y controla la identificación única del producto	Cada usuario es identificado por el número de su historia clínica	Coordinador de archivo y Auxiliar de Calidad	Febrero de 2005

<b>7.5.4 PROPIEDAD DEL CLIENTE</b>	N.A.		
<b>7.5.5 PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO</b>			
Durante el proceso interno y entrega, se preserva la conformidad del producto	Para los insumos especiales como biológicos se determinarán y documentarán procesos especiales de manejo	Auxiliar de Gestión de Calidad	Diciembre de 2004
<b>7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN</b>			
Se han determinado procesos de seguimiento y medición y dispositivos de medición, para evidenciar conformidad del producto.	Se determinarán los equipos e instrumentos que requieren calibración y se buscará una entidad idónea para que se encargue de la calibración de estos.	Comité de Compras y Auxiliar de Gestión de Calidad	Febrero de 2005
Se han establecido procesos de seguimiento y medición, según lo exige la norma	Se establecerán instructivos para ejercer control a las actividades realizadas por la entidad encargada de la calibración	Comité de Compras y Auxiliar de Gestión de Calidad	Febrero de 2005
Se hace mantenimiento, ajuste, preservación, protección y calibración de equipos de medición.	Se determinarán los equipos e instrumentos que requieren calibración y se buscará una entidad idónea para que se encargue de la calibración de estos.	Comité de Compras y Auxiliar de Gestión de Calidad	Febrero de 2005

Se confirma la capacidad del software para actividades de seguimiento y medición.	Se buscara que los datos generados por los sistemas SIHOS y HEON se utilicen para actividades de seguimiento y medición	Departamento de Sistemas y Auxiliar de Gestión de Calidad	Febrero de 2005
<b>8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA</b>			
La organización planifica e implementa procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora, para demostrar conformidad del producto.	Se establecerán indicadores de conformidad del servicio, de satisfacción del cliente, de procesos y proveedores	Auxiliar de Gestión de Calidad	Mayo de 2005
La organización planifica e implementa procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora, para demostrar conformidad del sistema de gestión de calidad.	Se elaborará y mantendrá actualizada una lista de chequeo de conformidad del SGC	Auxiliar de Gestión de Calidad	Mayo de 2005
<b>8,2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN</b>			
<b>8.2.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE</b>			
Se hace seguimiento y medición de la retroalimentación con el cliente para medir el desempeño del sistema.	Se analizaran los resultados de las encuestas de satisfacción del cliente	Auxiliar de Gestión de Calidad	Marzo de 2005
<b>8.2.2 AUDITORÍA INTERNA</b>			
Se realizan auditorías internas de calidad.	Se realizará una programación anual de las auditorías internas a realizar	Auxiliar de Gestión de Calidad	Mayo de 2005
La planificación y programación de auditorías se realizan con el fin de demostrar conformidad con la norma y con el sistema de gestión.	Se diseñara el proceso de auditorías internas teniendo en cuenta lo establecido por la norma ISO 9001:2000 e ISO 19011:2002	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004
Existe un procedimiento de auditoría definiendo responsables, planeación, cómo informar sus resultados y cómo mantener registros de estos.	Se documentara el proceso de auditorías internas manteniendo los parámetros establecidos en el procedimiento de control de documentos	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004
Se toman acciones respecto de las auditorías realizadas.	En la revisión por la dirección se analizaran los resultados de las auditorías internas y se determinarán las acciones correctivas y preventivas necesarias	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004

<b>8.2.3 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE PROCESOS</b>			
Se hace seguimiento y medición de los procesos.	Se establecerán indicadores para los diferentes procesos del SGC, estableciendo todas sus características en fichas técnicas	Auxiliar de Gestión de Calidad	Marzo de 2005
<b>8.2.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE PRODUCTOS</b>			
Se hace seguimiento y medición de los productos.	Se establecerán y mantendrán indicadores de conformidad del servicio, de satisfacción del cliente y de proveedores	Auxiliar de Gestión de Calidad	Mayo de 2005
<b>8,3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME</b>			
Existe un procedimiento de control de PNC. Con responsables y autoridades, relacionadas.	Se documentara el procedimiento de control de PNC	Auxiliar de Gestión de Calidad	Marzo de 2005
Se controla e identifica el PNC.	En el procedimiento de control de PNC se determinara el método de control e identificación del PNC	Auxiliar de Gestión de Calidad	Marzo de 2005
Se toman acciones respecto de la no conformidad detectada.	En el procedimiento de control de PNC se determinara el método para tomar las acciones pertinentes. Además en la revisión por la dirección se tratara este tema y se plantearan las respectivas acciones.	Auxiliar de Gestión de Calidad	Marzo de 2005
Existen autoridades para permitir uso, liberación o aceptación del PNC.	En el procedimiento de control de PNC se determinaran las autoridades que permiten uso, liberación o aceptación de PNC	Auxiliar de Gestión de Calidad	Marzo de 2005
Existen registros de PNC y acciones tomadas al respecto.	Se elaborara el formato que se diligenciara cada vez que se encuentre una no conformidad	Auxiliar de Gestión de Calidad	Marzo de 2005
Se toman acciones de efectos luego de entregar un producto no conforme.	En el procedimiento de control de producto no conforme se indicaran las acciones a tomar luego de prestar un servicio no conforme	Auxiliar de Gestión de Calidad	Marzo de 2005
<b>8,4 ANÁLISIS DE DATOS</b>			
Se determinan, recopilan y analizan datos para evaluar y mejorar el SGC.	Se establecerán indicadores para cada uno de los procesos del SGC	Auxiliar de Gestión de	Mayo de 2005

		Calidad	
Los datos incluyen información sobre satisfacción del cliente	Se analizarán los resultados de las encuestas de satisfacción del cliente y del análisis del informe de quejas y reclamos	Auxiliar de Gestión de Calidad	Marzo de 2005
Los datos incluyen información sobre producto no conforme.	Se establecerá y mantendrá el indicador de conformidad del servicio	Auxiliar de Gestión de Calidad	Mayo de 2005
Los datos incluyen información sobre tendencias de procesos.	Se establecerá el indicador de procesos de atención de PyP, Odontología y Consulta Externa	Auxiliar de Gestión de Calidad	Mayo de 2005
Los datos incluyen información sobre acciones preventivas.	Se mantendrán los registros de acciones preventivas	Auxiliar de Gestión de Calidad	Mayo de 2005
Los datos incluyen información sobre proveedores	Se establecerán y mantendrán los registros de evaluación y re-evaluación de proveedores	Auxiliar de Gestión de Calidad	Mayo de 2005
<b>8,5 MEJORA</b>			
La organización realiza mejora continua teniendo en cuenta política, objetivos, auditorías, acciones, y revisión gerencial.	En el procedimiento de revisión por la dirección se incluirán espacios para que se tengan en cuenta política, objetivos, auditorías y acciones, en el momento de plantear mejoras	Auxiliar de Gestión de Calidad	Noviembre de 2004
<b>8.5.2 - 8.5.3 ACCIÓN CORRECTIVA Y PREVENTIVA</b>			
Existe un procedimiento de acciones correctivas teniendo en cuenta no conformidades, sus causas y acciones anteriores.	Se establecerá y documentará el procedimiento de acciones correctivas relacionándolo con el procedimiento de control de producto no conforme	Auxiliar de Gestión de Calidad	Marzo de 2005
Existe un procedimiento de acciones preventivas teniendo en cuenta no conformidades, sus causas y acciones anteriores.	Se establecerá y documentará el procedimiento de acciones preventivas relacionándolo con el procedimiento de control de producto no conforme, y de ser posible manejando uno solo	Auxiliar de Gestión de Calidad	Marzo de 2005

## 6. METODOLOGÍA DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA

En el momento en que se contrato a la Auxiliar de Gestión de Calidad (Autora del Proyecto) se le asignó la responsabilidad de diseñar los procesos exigidos (explícita o implícitamente) en la Norma ISO 9001.

Para esta actividad, se analizaron las actividades más importantes de cada uno de los puestos de trabajo que requerían ser documentadas, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- ❖ Que sirvan como elemento unificador en toda la organización.
- ❖ Que flexibilicen los procesos y racionalicen los trámites.
- ❖ Que faciliten la estandarización de procesos repetitivos.
- ❖ Que logren la eficiencia y la eficacia de los procesos.
- ❖ Que logren preservar el “Saber - Hacer”.
- ❖ Que transformen el concepto de control involucrándolo en las responsabilidades del funcionario (autocontrol).

Esta actividad se desarrolló siguiendo la siguiente metodología:

1. Estudio de los requisitos de la norma
2. Identificación de las necesidades de la empresa en cuanto a la documentación para cumplir el requisito
3. Identificación de los documentos requeridos, y la necesidad de mejorarlos y estandarizarlos, o la necesidad de diseñarlos y estandarizarlos

En este paso se realizaron 2 actividades que se explican a continuación:

- a) Revisión Inicial: Se procedió a buscar información en los diferentes puestos de trabajo de la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S, encontrando poca o ninguna información acerca de las actividades de cada uno, se encontraron un documento antiguo en donde se intentaban describir las actividades realizadas en la UMQ, aunque sin un enfoque de procesos, un documento donde se describían muy someramente los procedimientos realizados en el área de Promoción y Prevención, y algunos documentos realizados por parte de la Coordinadora de

Odontología. Estos documentos sirvieron de base para empezar a documentar las actividades que allí se mencionaban.

- b) Documentación Teórica: Para la buena ejecución y diseño de los documentos, se requería la documentación teórica de las actividades que allí se realizaban, para esto se buscó información en guías de atención y reglamentación relacionada con este tema.

- 4. Elaboración de los documentos necesarios para implementar un Sistema de Gestión de Calidad, de acuerdo a la siguiente secuencia y a los diferentes mecanismos que se enuncian en la descripción de cada uno de ellos ubicada en el numeral 6.2 de este proyecto:

- 1° Documentación del Mapa de Procesos y Caracterizaciones

- 2° Documentación de los procedimientos para control de registros y documentos, y además del procedimiento de revisión por la dirección

- 3° Documentación de los procesos asistenciales de Promoción y Prevención, Consulta Externa y Odontología, y de los procesos de Asignación de Citas y Recepción del Usuario

- 4° Documentación de los procesos de Gestión de Compras, y Mantenimiento General y Manejo de Residuos

- 5° Documentación de los procedimientos para auditoria interna, control de producto no conforme, y control de acciones correctivas y preventivas. Además documentación de los procedimientos establecidos para manejo de indicadores de gestión medica, para auditoria de Historias Clínicas y Fichas Odontológicas, y para manejo de Quejas y Reclamos

- 6° Elaboración del Manual de Calidad

- 7° Documentación de los procesos de Gestión Humana, y Manejo de Historias Clínicas

- 8° Documentación de Políticas y Objetivos de Calidad

- 5. Revisión del documento por parte del Encargado del Proceso y/o del Coordinador del área correspondiente

Para la revisión de los documentos se utilizaron diferentes mecanismos, que se enuncian en la descripción de cada uno de ellos ubicada en el numeral 6.2 de este proyecto, sugeridos por los coordinadores de área, con el fin de que no se afectara el funcionamiento normal de la entidad y que el resultado reflejara fielmente la realidad.

## 6. Aprobación del documento

Luego, con la información recopilada, se analizaron los procedimientos, se realizaron las mejoras convenientes o que eran necesarias para dar cumplimiento a los requisitos de la norma, y se definieron otros documentos soporte que eran necesarios para estandarizar los procesos.

## **7. DESCRIPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN**

Debido a la gran cantidad de documentos diseñados para la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S., se decidió hacer una breve descripción de cada uno de ellos, explicando en forma global las actividades que se aseguran con el levantamiento del manual, procedimiento o instructivo. (como anexos de este informe se incluyen solo algunos de los documentos realizados, a los que se hace referencia en la parte donde se presenta su descripción).

En esta parte del documento también se encuentra el método de elaboración, revisión y aprobación, de los diferentes documentos.

Además, debido a que la implementación del sistema se fue realizando gradualmente y se presentaron casos en los que los documentos presentaron cambios de fondo que ameritaron cambio de versión, en esta parte se describe el motivo de ese cambio y se hace la referencia al anexo actualizado, en el caso de considerarlo necesario.

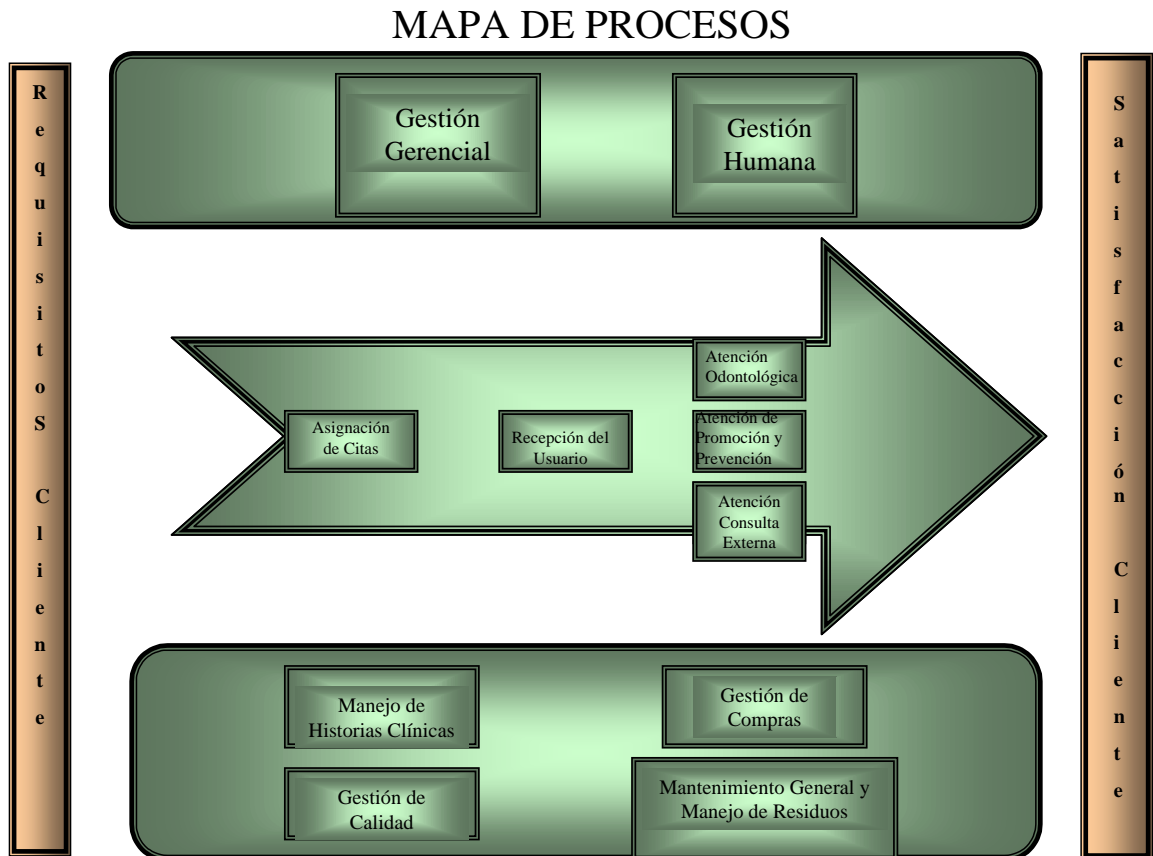
### **7.1 DOCUMENTOS NECESITADOS POR LA ORGANIZACIÓN PARA ASEGURARSE DE LA EFICAZ PLANIFICACIÓN, OPERACIÓN Y CONTROL DE SUS PROCESOS**

Existen varios requisitos de la Norma ISO 9001:2000 con los que una organización podría aportar valor a su SGC y demostrar conformidad mediante la preparación de otros documentos, incluso cuando la norma no los exige específicamente. Siendo este el caso, para la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S. se han elaborado los documentos necesarios para cumplir con el objetivo de que la UMQ pueda planificar cada uno de sus procesos de prestación de servicios en favor de la entrega de servicios excelentes en calidad y en busca de la satisfacción de sus clientes. A continuación se describen esos documentos y se detalla la manera como se elaboraron, revisaron y aprobaron.

*7.1.1 Mapa de Procesos:* Este gráfico permite observar la manera como están interrelacionados cada uno de los elementos dentro del sistema de gestión de la calidad diseñado para la UMQ. La forma de representación gráfica fue seleccionada por la Auxiliar de Gestión de Calidad. Este gráfico identifica 3 grandes tipos de procesos dentro del SGC de la UMQ, los del nivel estratégico como lo son Gestión

Gerencial y Gestión Humana; los procesos de apoyo como lo son Manejo de Historia Clínica, Gestión de Compras, Gestión de Calidad, y Mantenimiento General y Manejo de Residuos; y los de nivel operativo, que son Asignación de Citas, Recepción del Usuario, Atención Odontológica, Atención de Promoción y Prevención y Atención Consulta externa. Se resalta la importancia que tienen los clientes dentro del sistema, al considerar como su entrada, sus requisitos, y como evaluación, su satisfacción. El mapa de proceso se puede apreciar a continuación y también en el numeral 5.3 del Manual de Calidad que es el *anexo B* de este proyecto, dentro del capítulo de Planificación del SGC, por ser este el documento que describe los elementos del Sistema de Gestión de Calidad de la UMQ.

Figura 2. Mapa de Procesos



7.1.2 *Caracterizaciones:* Las caracterizaciones son los documentos que mejor describen cada proceso identificado dentro del Sistema de Gestión de la Calidad de la UMQ. Las caracterizaciones fueron inicialmente elaboradas gracias al trabajo de campo realizado con cada uno de los titulares de los puestos de trabajo de la UMQ y que además eran responsables por la prestación de un servicio en especial. Cada caracterización identifica el proceso al que pertenece, los dueños de proceso, el tipo de proceso, el objetivo del proceso identificado; los procesos proveedores, las entradas, las actividades, los cargos responsables, las salidas y los procesos clientes de cada proceso; los recursos necesarios para operar, los procesos soporte, los mecanismos de seguimiento y medición; los requisitos legales, su correspondencia con el cumplimiento de los requisitos con la norma ISO 9001:2000 por ser este el modelo de gestión de calidad escogido para mejorar el control de los procesos de la UMQ; y finalmente los documentos y registros sobre los cuales se soporta su planificación. Para el sistema de gestión de calidad de la UMQ fueron identificados los 11 procesos siguientes:

1. Gestión Gerencial
2. Gestión Humana
3. Asignación de Citas
4. Recepción del Usuario
5. Atención Odontológica
6. Atención de Promoción y Prevención
7. Atención Consulta Externa
8. Manejo de Historia Clínica
9. Gestión de Compras.
10. Gestión de Calidad
11. Mantenimiento General y Manejo de Residuos

Todos estos procesos se encuentran caracterizados para facilitar su planificación y control, y sus caracterizaciones se pueden encontrar en el anexo A del Manual de Calidad de la UMQ que es el *anexo B* de este proyecto.

La información de las caracterizaciones fue mejorada a medida que se avanzaba en la actividad de verificación y seguimiento de cada una de los procesos, esto porque la etapa siguiente era la documentación de las actividades operativas de la UMQ y ahí se deberían especificar las entradas y salidas y demás ítems que conforman una caracterización. Las caracterizaciones que se muestran en el anexo A del Manual de

Calidad que es el *anexo B* de este proyecto, son las que están vigentes en el momento teniendo en cuenta los cambios que ha presentado la documentación desde su implementación.

**7.1.3** *Procedimientos e Instructivos operativos:* La estandarización es todo aquello que esta documentado y norma el “quehacer” y el comportamiento de la gente. Es en la estandarización donde se ubican los procedimientos, pero debemos tomar muy en cuenta que son éstos los planes centrales de la organización donde se hace la calidad total y la mejora continua. Entonces, no se concibe un compromiso de mejora continua si una organización no conserva su conocimiento a través del tiempo. Basados en ese principio y en el de la planificación de los procesos para una eficaz operación, se han elaborado, revisado, aprobado y difundido los procedimientos e instructivos de la parte operativa de la UMQ. Cada uno de estos documentos se elaboro, revisó y aprobó con la metodología que se describe en los *numerales 7.3 al 7.13* de este proyecto.

## **7.2 DOCUMENTOS EXIGIDOS POR LA NORMA NTC-ISO 9001:2000**

**7.2.1** *Declaraciones documentadas de una Política de la Calidad y de Objetivos de la Calidad:* Resulta muy claro y coherente para el Comité de Calidad, que el sistema de calidad que se desea implementar para la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S. debe estar direccionado por una filosofía que sea entendido por todos y cada uno de los integrantes de la entidad. De la misma manera se entiende que aquello que no se mide no se controla y por ende no se puede administrar, es por ello que se deben diseñar unos objetivos que permitan hacer el seguimiento a la política y así determinar si realmente el sistema implementado tiene la utilidad deseada.

Con este fin se inicio un proceso de Planeación Estratégica para Coomultrasan Multiactiva y para cada una de sus áreas de negocio, dirigido por una asesora externa con el fin de establecer inicialmente la misión, visión y principios corporativos. Durante 3 sesiones, en la sede de retiros Villa Asunción, reunido en pleno el Comité de Calidad se elaboraron y documentaron estas bases de la Planeación Estratégica. Para la elaboración de la política de calidad se tuvo en cuenta la misión, la visión y los principios corporativos tanto de Coomultrasan Multiactiva, como de la Unidad Médica Quirúrgica, ya que la UMQ esta inmersa dentro de esta organización y su accionar debe estar alineado a los mismos principios. Además se tuvieron en cuenta dos grandes factores, que dieron pie a dos Políticas de Calidad: el primero, su compromiso

con el cliente, EPS a la cual le presta sus servicios (SaludCoop E.P.S. actualmente); el segundo, su compromiso con sus usuarios, al tratarse de la IPS que presta los servicios de salud a los afiliados a SaludCoop; para este ultimo se tuvieron en cuenta las características que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá en cuenta para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud (Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad, estas se encuentran definidas en el numeral 3.5 del Manual de Calidad), ya que estos reflejan las necesidades y expectativas que surgieron del análisis de la encuesta de satisfacción realizada a una muestra representativa de usuarios. La interrelación entre las características definidas por el SGSSS y lo que hace la organización para cumplirlas se puede apreciar en la validación de la política de calidad, que se encuentra en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Acciones de la Organización Vrs. Requisitos de los usuarios

Acciones de la organización Requisitos del Cliente	Programación de citas dentro de las 24 horas siguientes a la solicitud	Cumplimiento de normatividad y procedimientos establecidos	Compra de insumos de marcas reconocidas por su calidad	Atención calificada y humanizada	Convenios con IPS de mayor nivel de complejidad	TOTAL
Accesibilidad	1	0	1	0	5	7
Oportunidad	5	0	1	1	3	10
Seguridad	3	5	3	3	3	17
Pertinencia	1	5	3	5	5	19
Continuidad	0	5	1	3	5	14
TOTAL	10	15	9	12	21	

Relación Fuerte: 5      Relación Media: 3      Relación Débil: 1      Sin relación: 0

De acuerdo a estos resultados, se decidió que las Políticas de Calidad que guiarán el accionar de la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S. de ahora en adelante serán la siguientes:

Tabla 1. Políticas de calidad

<b>POLÍTICAS DE CALIDAD</b>	
1.	La Unidad Médica Quirúrgica I.P.S, prestadora de servicios de salud de primer nivel de complejidad, se caracteriza por garantizar una atención segura, oportuna y pertinente a sus usuarios, mediante convenios con IPS de mayor nivel de complejidad, el cumplimiento de la normatividad vigente y los procedimientos establecidos, y un talento humano altamente capacitado
2.	Satisfacer los requisitos contractuales establecidos con la EPS, cumpliendo los metas y los estándares establecidos

Cabe destacar que estas políticas serán revisadas para su continua adecuación de tal manera que se adapten a las nuevas y variantes exigencias que presente el medio en que se desenvuelve la Unidad Médica Quirúrgica y según lo indique el comportamiento al cumplimiento de los objetivos de calidad.

También se elaboraron y documentaron los objetivos de calidad, los cuales serán el parámetro de seguimiento de la política de calidad. A cada objetivo de calidad se le diseño cuidadosamente su respectiva "Ficha Técnica del indicador", esta ficha técnica señala su nombre; fecha de creación; objetivo; definición operacional; formatos de recopilación y grabación; localización; responsables de recopilación, grabación, toma de decisiones y seguimiento; parámetros de análisis, periodicidad, tipo de indicador y fecha de inicio de la serie histórica. Toda esta información facilita el seguimiento y control a los indicadores que son vitales para evaluar los objetivos de calidad y posteriormente la política de calidad. Cada objetivo de calidad fue diseñado pensando siempre en la evaluación de la política de calidad. Los objetivos de calidad se señalan a continuación y las fichas técnicas de los indicadores en el anexo B del Manual de Calidad que es el *anexo B* de este proyecto.

Tabla 2. Objetivos de calidad

- ❖ Prestar directa o indirectamente todos los servicios de salud que corresponden al primer nivel de complejidad
- ❖ Implementar rápidamente los cambios y modificaciones de la ley, en la prestación de los servicios.
- ❖ Garantizar la prestación de servicios de calidad reflejada en buenas calificaciones obtenidas en la auditoria de Historias Clínicas y Fichas Odontológicas por parte del personal asistencial
- ❖ Cumplir el plan de capacitación establecido
- ❖ Tener satisfecho al cliente mediante el cumplimiento de las metas propuestas por él.
- ❖ Garantizar el cumplimiento de los estándares de gestión médica establecidos

Tanto la política como los objetivos de calidad son parte del Manual de Calidad que describe el Sistema de Gestión de Calidad de la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S. De esta manera se asegura la documentación de estos dos requisitos.

7.2.2 *Manual de la Calidad:* Dentro de los documentos del Sistema de Calidad está el Manual de Calidad, el cual constituye el principal documento que plantea, demuestra y describe el Sistema de Calidad, a través de un bosquejo estructurado del mismo. Este documento es fundamental para la implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión y se encuentra en el *anexo B* de este proyecto.

La elaboración, revisión y aprobación del Manual de Calidad para la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S. tardó aproximadamente 6 meses. Cabe destacar que el Manual de Calidad esta apoyado en los procedimientos documentados del Sistema de Calidad y

por esto su elaboración se llevo a cabo a la par con la definición de cada uno de esos documentos.

El manual se diseñó con el propósito de considerarse como un “instrumento” para promover la calidad en el seno de la Unidad Médica Quirúrgica, por esto se elaboró bajo los principios de claridad y precisión, conveniencia, exactitud y honestidad. Para lograr lo anterior se tuvieron en cuenta lo siguientes elementos del negocio:

- **Sus clientes:** Al desarrollar un manual que cumpla con los requisitos exigidos por una norma internacional como la NTC-ISO 9001:2000, la cual proporciona confiabilidad y demuestra la preocupación de la organización por mejorar continuamente en la prestación de sus servicios y por tener clientes, trabajadores y usuarios de la Unidad Médica Quirúrgica orgullosos de pertenecer a esta organización. Evidencia de esto se observa en las encuestas que se realizaron para conocer a fondo las necesidades y expectativas de sus usuarios y así determinar una de las políticas y algunos objetivos de calidad que guiarán el Sistema de Gestión de la Calidad.
- **Su personal:** Al elaborar con ellos las caracterizaciones de cada proceso, los procedimientos e instructivos que soportan cada proceso, y sobre todo, teniendo en cuenta en el diseño del sistema, su formación técnica y humana, sus destrezas y habilidades y su experiencia, ya que esto permite elaborar con claridad la estrategia de negocio que desea la Unidad Médica Quirúrgica
- **Sus políticas y objetivos:** Al tener en cuenta para la elaboración de su política de calidad, el direccionamiento estratégico de Coomultrasan y el direccionamiento estratégico de la Unidad Médica Quirúrgica.
- **Sus procesos:** Al estudiar cada uno de los servicios que presta la Unidad Médica Quirúrgica, e identificar sus procesos, responsables de los mismos, indicadores de seguimiento, entradas y salidas e interrelaciones, analizados desde las caracterizaciones previamente realizadas con sus trabajadores, y coordinadores de área, y que se pueden apreciar en el anexo A del Manual de Calidad.
- **Su estructura organizacional:** Al definir las responsabilidades del mantenimiento y mejora del sistema de calidad, que se encuentran expresadas dentro del manual de calidad, de acuerdo a las responsabilidades internas por la prestación de los servicios de la Unidad.
- **Sus recursos:** Al disponer de personal, tiempo, equipos y recursos financieros para la implementación y mantenimiento del Sistema de Calidad.

El formato escogido por la Auxiliar de Calidad para la elaboración del Manual de Calidad, es el mismo con que se elaboraron los demás documentos del sistema de calidad de la Unidad Médica Quirúrgica. En cuanto a su estructura, se decidió que era conveniente hacer la descripción de los aspectos mas relevantes del Sistema de Gestión de la Calidad, como son alcance y exclusiones; definiciones y abreviaturas; presentación de la empresa, que comprende reseña histórica, misión, visión, descripción de los productos, requisitos del cliente, legales y reglamentarios, organigrama, clientes y sedes; responsabilidad y comunicación del S.G.C., que comprende la composición, el objetivo del comité de calidad, del representante de la dirección, el auditor interno, el coordinador de calidad, el auxiliar de gestión de calidad, el director administrativo de la UMQ, el coordinador médico, el coordinador de odontología y el coordinador de promoción y prevención; y la planificación del SGC que comprende las políticas de calidad, los objetivos de calidad y el mapa de procesos de la Unidad Médica Quirúrgica; además se encuentra una relación de los diferentes requisitos de la norma ISO 9000:2000 con los procesos de la UMQ, en la que mediante un enfoque de procesos se determinan los requisitos de la ISO 9000 que se cumplen con los diferentes procesos.

7.2.3 *Procedimientos exigidos por esta norma internacional:* Para dar conformidad a los requisitos establecidos por la norma ISO 9001:2000 en cuanto a la documentación de un SGC, la organización debe tener como mínimo seis “procedimientos documentados”. En busca de ese propósito se han documentado para la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S esos seis procedimientos. Cada uno de estos documentos posee el formato y la estructura propuesta por el documento PR-GC-01 “Procedimiento para elaboración y control de documentos”, el cual rige para todos los documentos que se generen dentro del SGC de la UMQ. Su contenido y parte de su desarrollo se encuentran descritos en el *numeral 7.13* Documentos del Proceso Gestión de Calidad

7.2.4 *Registros exigidos por esta norma internacional:* Para la norma ISO 9001:2000 los registros son un tipo especial de documento, y estos resaltan en importancia ya que proporcionan evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del Sistema de Gestión de Calidad. El Sistema de Gestión de Calidad sugerido por la norma ISO 9001:2000 sostiene que para dar conformidad con sus requisitos de documentación toda organización debe tener como mínimo 21 tipos de registros que se distribuyen en todo el documento normativo. Estos registros fueron identificados o en su defecto elaborados para la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S., aquellos

relacionados con la parte de diseño no fueron tenidos en cuenta ya que este requisito de la norma se excluyó del SGC diseñado. (Ver numeral A del Manual de Calidad). El numero del apartado de la norma, el nombre del registro requerido y el registro correspondiente identificado o elaborado para la coordinación se relacionan en el siguiente cuadro:

Cuadro 2. Registros exigidos por la Norma ISO 9001:2000

APARTADO	REGISTRO REQUERIDO	CORRESPONDIENTE PARA LA UMQ
5.6.1	Revisión por la dirección	Para dejar evidencia de las revisiones por la dirección, se diligencia el Acta del Comité de Calidad, y se elabora el Informe de Gerencia (IG-GG-03).
6.2.2 e)	Educación, formación, habilidades y experiencia	Como evidencia, se mantienen los registros apropiados de la formación, habilidades y experiencia que su personal tiene y requiere. (FO-GH-03 Formato Perfil y Funciones del Cargo, FO-GH-04 Formato Descripción del Cargo, FO-GH-08 Formato de evaluación del desempeño para secretarías, auxiliares, técnicos y personal asistencial, FO-GH-09 Formato de evaluación del desempeño para gerentes, coordinadores y dueños de procesos, FO-GH-10 Ficha de Formación, FO-GH-11 Formato de asistencia a capacitaciones, FO-GH-12 Formato Evaluación Capacitaciones, FO-GH-13 Plan anual de Capacitación).
7.1 d)	Evidencia de que los procesos de realización y el producto resultante cumplen los requisitos	Esto se evidencia, con todos los documentos que se generan dentro de los procesos para la prestación del servicio (ver Listados maestros de Registros de Calidad (FO-GC-05)) y sus correspondientes vistos buenos para la liberación, además los asociados al sistema de gestión y planificación de la calidad, revisiones por la dirección, actas de reuniones.
7.2.2	Resultados de la revisión de los requisitos relacionados con el producto y de las acciones originadas por la misma	Como evidencia se tienen el Informe de Gerencia (IG-GG-03), el plan de mejora (PM-GG-01), el informe de no conformidad (FO-GC-06) y acciones correctivas y preventivas (FO-GC-07).
7.3.2	Elementos de entrada para el diseño y desarrollo	No Aplica.
7.3.4	Resultados de las revisiones del diseño y desarrollo y de cualquier acción necesaria	No Aplica.
7.3.5	Resultados de la verificación del diseño y desarrollo y de cualquier acción que sea necesaria	No Aplica.
7.3.6	Resultados de la validación del diseño y desarrollo y de cualquier acción que sea necesaria	No Aplica.
7.3.7	Resultados de la revisión de los cambios del diseño y desarrollo y de cualquier acción necesaria	No Aplica.
7.4.1	Resultados de las evaluaciones del proveedor y de cualquier acción necesaria que se derive de las mismas	Se mantienen registros de selección de proveedores (FO-CO-02), Seguimiento a proveedores (FO-CO-03) y Evaluación de proveedores (FO-CO-04)

7.5.2 (d)	Según se requiera por las organizaciones, demostrar la validación de los procesos donde los productos resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores	La validación consiste en la verificación por muestreo de Historias Clínicas de usuarios que hayan recibido cada uno de los servicios que se prestan, ya sea en Promoción y Prevención, Odontología o Consulta Externa, contra las especificaciones señaladas en los documentos aplicables; el registro que se obtiene es el Formato para consolidación de datos de Auditoría de Historias Clínicas Médicas (FO-CE-10). La validación se completa con el seguimiento y determinación de las competencias de cada uno de los funcionarios de la UMQ para responder a las exigencias de cada puesto de trabajo y de las partes interesadas, se diligencia el formato FO-GH-04
7.5.3	Identificación única del producto, cuando la trazabilidad sea un requisito	Cada funcionario encargado de cada uno de los procesos, es responsable de diligenciar la historia clínica o ficha odontológica del usuario, la cual esta identificada con el número de identificación y el número correspondiente según la técnica de archivo
7.5.4	Cualquier bien que sea propiedad del cliente que se pierda, deteriore o que, de algún otro modo, se considere inadecuado para su uso	En caso de pérdida o manejo inadecuado de la información del usuario que se encuentra en la historia clínica, esto queda evidenciado en los registros Registro seguimiento de Historias Clínicas (FO-MH-04), Memorando de entrega de Historia Clínica (FO-MH-07)
7.6 a)	La base utilizada para la calibración o la verificación del equipo de medición cuando no existen patrones de medición nacionales o internacionales	Se mantiene el registro RE-CO-03 Registro de los resultados de la Calibración
7.6	Validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando se detecte que el equipo de medición no está conforme con los requisitos	Se mantiene el registro RE-CO-04 Registro de los resultados de la verificación
7.6	Resultados de la calibración y la verificación del equipo de medición	Se mantiene el registro RE-CO-03 Registro de los resultados de la Calibración y el registro RE-CO-04 Registro de los resultados de la verificación
8.2.2	Resultados de la Auditoría interna y de las actividades de seguimiento	En el procedimiento PR-GC-03, se definen las responsabilidades y requisitos para la planificación y la realización de auditorías, así como los criterios para informar los resultados y mantener los registros.
8.2.4	Identificación de la(s) persona(s) responsable(s) de la liberación del producto	La UMQ evidencia la conformidad de sus productos mediante los registros que se generan durante la prestación del servicio, definiendo los responsables de su elaboración, revisión y aprobación.
8.3	Naturaleza de las no conformidades del producto y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido	Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del servicio no conforme están definidas en el Procedimiento para el control del producto no conforme PR-GC-04
8.5.2	Resultados de la acción correctiva	Las acciones correctivas son apropiadas para contrarrestar los efectos de las no conformidades encontradas y las resuelven de inmediato. Su registros se evidencian en el procedimiento para el control de las acciones correctivas y preventivas PR-GC-05.
8.5.3	Resultados de la acción preventiva	Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales. Sus registros se evidencian en el procedimiento para el control de las acciones correctivas y preventivas PR-GC-05.

### **7.3 DOCUMENTOS DEL PROCESO GESTIÓN GERENCIAL**

Con el fin de garantizar el correcto funcionamiento de la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S., ejerciendo control sobre el Sistema de Gestión de la Calidad, se ha documentado para la organización un procedimiento de Revisión por la Gerencia. Este documento posee el formato y la estructura propuesta por el documento PR-GC-01 "Procedimiento para elaboración y control de documentos", el cual rige para todos los documentos que se generen dentro del SGC de la UMQ. En el proceso de Gestión Gerencial también se requiere el Presupuesto Anual.

*7.3.1 Procedimiento de Revisión por la Gerencia:* Este documento comprende las acciones necesarias para establecer los elementos a evaluar, las responsabilidades por la información que se debe tener disponible, y los pasos a seguir para realizar la revisión del sistema de gestión de la calidad por la dirección para garantizar que sea conveniente, adecuado y eficaz. Aplica para la gerencia general, coordinadores de área y al coordinador de calidad, que son quienes tienen la mayor responsabilidad frente al sistema de calidad, y a todos los procesos definidos dentro del Sistema de Gestión de la Calidad. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad. Su revisión y aprobación por parte del Comité de Calidad fue el punto final para dar por terminado el documento. Este documento se encuentra en el *anexo A* de este proyecto.

*7.3.2 Presupuesto Anual:* Este documento comprende los ingresos y egresos presupuestados para el año en curso teniendo en cuenta datos históricos y nuevos proyectos a realizarse. Es elaborado anualmente por el departamento de planeación de Coomultrasan para todas las áreas de negocio de la empresa entre las que se encuentra la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S. Su revisión tiene lugar en reuniones con los directores de las diferentes áreas de negocio, y su aprobación se realiza en reuniones con los directores de área y el Gerente General de la Cooperativa.

### **7.4 DOCUMENTOS DEL PROCESO GESTIÓN HUMANA**

Con el fin de administrar adecuadamente el talento humano se han documentado para la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S. procedimientos de selección, inducción y contratación del personal en la UMQ, y de evaluación de desempeño del personal, además se han elaborado instructivos para realizar la evaluación de clima organizacional, la reunión de evaluación de desempeño y el plan de capacitaciones. Cada uno de estos documentos posee el formato y la estructura propuesta por el

documento PR-GC-01 “Procedimiento para elaboración y control de documentos”, el cual rige para todos los documentos que se generen dentro del SGC de la UMQ.

Además de estos documentos, el proceso de Gestión Humana también cuenta con Manual de Descripciones de los Cargos, un listado actualizado de instituciones autorizadas por el ICFES, y un listado de profesionales de la salud suspendidos del ejercicio profesional.

- 7.4.1 *Procedimiento de Selección, Inducción y Contratación del personal en la UMQ:* Este documento comprende las acciones necesarias para reglamentar la gestión de selección de personal en la institución, con la finalidad de seleccionar el personal asistencial más idóneo que contribuya a garantizar la calidad de la atención en salud. Abarca desde la identificación de la necesidad hasta la inducción del personal asistencial de toda la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S. Coomultrasan. Fue elaborado por el Coordinador de Organización y Métodos con la colaboración de la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta las consideraciones, del Director de Gestión Humana de Coomultrasan, de la Sicóloga de Coomultrasan, del Director de la UMQ y de los Coordinadores de Área. Su revisión por parte del Director de Gestión Humana y aprobación por parte del Comité de Calidad, fueron el punto final para dar por terminado el documento. Este documento se encuentra en el *anexo A* de este proyecto
- 7.4.2 *Manual de Descripciones de los Cargos:* Este documento comprende las descripciones de los cargos asistenciales y administrativos de la UMQ, cada descripción contiene el objetivo del cargo, la descripción de las funciones, y datos referentes al perfil requerido para desempeñarlo. Fue elaborado por el Coordinador de Organización y Métodos de Coomultrasan con la colaboración de la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta la información diligenciada en el formato que fue distribuido a todos los trabajadores de la entidad. La revisión y aprobación de las descripciones de los cargos de cada área estuvo a cargo del respectivo Coordinador de Área.
- 7.4.3 *Instructivo para realizar la evaluación de clima organizacional:* Este documento comprende las especificaciones necesarias para realizar anualmente la Evaluación de Clima Organizacional. Abarca desde la manera de recolectar la información, hasta la manera de presentar y dar a conocer el informe con los resultados obtenidos. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta la metodología usada en la Evaluación de Clima Organizacional realizada anteriormente. Su revisión fue realizada por Coordinador de Organización y Métodos, y su aprobación por el Comité de Calidad

- 7.4.4 *Procedimiento evaluación de desempeño del personal:* Este documento comprende las acciones necesarias para proporcionar una descripción exacta y confiable de la manera en que el empleado lleva a cabo las actividades asignadas a su puesto. Abarca desde que se establecen los objetivos organizacionales, hasta que se verifica el cumplimiento de los objetivos individuales planteados. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad basándose en el método de administración por objetivos, su revisión fue realizada por el Director Administrativo y de Gestión Humana, y su aprobación estuvo a cargo del Comité de Calidad
- 7.4.5 *Instructivo Reunión Evaluación de Desempeño:* Este documento comprende las especificaciones necesarias para definir claramente el objeto, el responsable, el método, y el manejo de la información resultante de la reunión de evaluación de desempeño, contiene una descripción de la metodología, una explicación del diseño y manejo del cuestionario, una especificación de las posibles calificaciones, y una explicación acerca del manejo de los resultados. Abarca desde la determinación de los criterios de evaluación, hasta el manejo de los resultados en la toma de decisiones. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad, su revisión fue realizada por el Director Administrativo y de Gestión Humana, y su aprobación estuvo a cargo del Comité de Calidad
- 7.4.6 *Instructivo para determinar el Plan de Capacitaciones:* Este documento comprende las especificaciones necesarias para determinar las actividades necesarias para definir el tema de las capacitaciones, los integrantes, el cronograma de actividades, el objetivo y el facilitador de las diferentes capacitaciones a realizarse durante el año. Abarca desde el análisis de la información de interés, hasta la aprobación del Plan de Capacitaciones por el Comité de Calidad. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad, su revisión fue realizada por el Director Administrativo y de Gestión Humana, y su aprobación estuvo a cargo del Comité de Calidad
- 7.4.7 *Listado actualizado de instituciones autorizadas por el ICFES:* Este documento es consultado en la página del ICFES con el fin de verificar que el personal asistencial en proceso de selección haya realizado sus estudios en entidades autorizadas

- 7.4.8 *Listado de profesionales de la salud suspendidos del ejercicio profesional:* Este documento es consultado en la Secretaria de Salud con el fin de verificar que el personal asistencial en proceso de selección no se encuentre suspendido del ejercicio profesional

## **7.5 DOCUMENTOS DEL PROCESO ASIGNACIÓN DE CITAS**

Con el fin de estandarizar el proceso de asignación de citas a los usuarios, se ha documentado para la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S. el procedimiento para asignación de citas. Este documento posee el formato y la estructura propuesta por el documento PR-GC-01 “Procedimiento para elaboración y control de documentos”, el cual rige para todos los documentos que se generen dentro del SGC de la UMQ.

- 7.5.1 *Procedimiento para Asignación de Citas:* Este documento comprende las acciones necesarias para asignar citas a los usuarios de la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S. Coomulturasan, cumpliendo el estándar de oportunidad establecido. Aplica desde el contacto telefónico, o personal en la recepción de las sedes, con el usuario para solicitar la cita de consulta externa, hasta la programación de la cita. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad después de tener una reunión con la Coordinadora del Call Center en la que se le explico el manejo del sistema SIHOS para la asignación de Citas. Su revisión y aprobación por parte del Director Administrativo de la UMQ fue el punto final para dar por terminado el documento.

En el mes de Marzo debido a la creación de la Oficina de Atención al Usuario se realizo un cambio de fondo al procedimiento que amerito cambio de versión. La versión actualizada se encuentra en el *anexo A* de este proyecto

## **7.6 DOCUMENTOS DEL PROCESO RECEPCIÓN DEL USUARIO**

Con el fin de estandarizar los pasos requeridos para la recepción del usuario se han documentado para la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S. un instructivo para manejo del sistema SIHOS en recepción Medicina, un instructivo para manejo del sistema SIHOS en recepción Odontología, y un procedimiento General de Atención al Usuario. Cada uno de estos documentos posee el formato y la estructura propuesta por el documento PR-GC-01 “Procedimiento para elaboración y control de documentos”, el cual rige para todos los documentos que se generen dentro del SGC de la UMQ.

- 7.6.1 *Instructivo para manejo de SIHOS en recepción. Medicina:* Este documento comprende las acciones necesarias para manejar el sistema en el momento del ingreso del paciente que tiene cita programada para atención de Medicina General o Promoción y Prevención, y también en el momento de la salida cuando es necesario. Abarca los pasos necesarios para registrar en el sistema la recepción, las remisiones ordenadas, las anulaciones o rechazos realizadas y el cuadro de caja. Además contiene las políticas de pago de la cuota moderadora que se manejan en la entidad referentes a los servicios de atención de Medicina General, y Promoción y Prevención. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad después de una reunión con un auxiliar de recepción de la sede I en la que se le explicó el manejo del sistema SIHOS para realizar las diferentes actividades de recepción, después, en una reunión, el instructivo estuvo en consideración de los auxiliares de recepción de todas las sedes, de la ingeniera encargada del sistema SIHOS y de la directora administrativa de la UMQ. Su revisión y aprobación por parte de la Dirección de la Unidad Médica fue el punto final para dar por terminado el documento.
- 7.6.2 *Instructivo para manejo de SIHOS en recepción. Odontología:* Este documento comprende las acciones necesarias para manejar el sistema en el momento del ingreso del paciente que tiene cita programada para atención de odontología, y también en el momento de la salida cuando es necesario. Abarca los pasos necesarios para registrar en el sistema la recepción, las anulaciones realizadas y el cuadro de caja. Además contiene las políticas de pago de la cuota moderadora que se manejan en la entidad referentes a los servicios de Odontología. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad después de una reunión con un auxiliar de recepción de la sede Dental Center en la que se le explico el manejo del sistema SIHOS para realizar las diferentes actividades de recepción, después, en una reunión, el instructivo estuvo en consideración de los auxiliares de recepción de todas las sedes, de la ingeniera encargada del sistema SIHOS y de la directora administrativa de la UMQ. Su revisión y aprobación por parte de la Dirección de la Unidad Médica fue el punto final para dar por terminado el documento.
- 7.6.3 *Procedimiento General de Atención al Usuario:* Este procedimiento comprende las acciones necesarias para ofrecer al usuario una atención integral en salud al usuario. Abarca desde que el usuario se acerca a las instalaciones de la entidad a recibir un servicio, hasta que sale de la entidad después de haber recibido el servicio completo y realizar las actividades pertinentes según el caso. Fue elaborado por la Auxiliar de

Gestión de Calidad. Su revisión estuvo a cargo de la Directora de la UMQ, y su aprobación estuvo a cargo del Comité de Calidad.

## **7.7 DOCUMENTOS DEL PROCESO ATENCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

Con el fin de estandarizar los pasos requeridos para la prestación del servicio en los diferentes programas de Promoción y Prevención, se elaboraron procedimientos para la atención del usuario inscrito en los diferentes programas de la Unidad Médica Quirúrgica IPS. Cada uno de estos documentos posee el formato y la estructura propuesta por el documento PR-GC-01 "Procedimiento para elaboración y control de documentos", el cual rige para todos los documentos que se generen dentro del SGC de la UMQ.

*7.7.1 Procedimiento para la valoración de Agudeza Visual:* Este documento comprende las acciones necesarias para detectar tempranamente las alteraciones de la agudeza visual (baja visión, visión subnormal) y ceguera, a través de la toma de la agudeza visual. Abarca desde el contacto del usuario para la toma de la agudeza visual hasta el reporte de la valoración y remisión a especialista en caso necesario. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta la Norma Técnica para la Detección temprana de la alteraciones de la Agudeza Visual y las indicaciones dadas por las auxiliares de enfermería de la UMQ en la reunión realizada con ellas con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Promoción y Prevención y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

Después de que este documento fue entregado a todo el personal asistencial, según las indicaciones planteadas en la sección referente a implementación que se encuentra mas adelante, se realizo una capacitación en la que se dieron pautas adicionales para la adecuada realización de este procedimiento; de acuerdo a esto se realizo la modificación del documento que amerito cambio de versión.

*7.7.2 Procedimiento de atención prenatal:* Este documento comprende las acciones necesarias para vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo bio-psico-sociales que incidan en el mencionado proceso, detectar tempranamente las complicaciones del embarazo y en consecuencia orientar el tratamiento adecuado de las mismas, y ofrecer educación a la pareja que permita una interrelación adecuada entre los padres y su hijo o hija desde la gestación. Abarca desde el contacto de la usuaria embarazada

por medicina general y la remisión al programa de atención prenatal hasta que la usuaria es remitida a atención de 2º nivel de SaludCoop. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta la Norma Técnica para la Detección temprana de la alteraciones del embarazo y las indicaciones dadas por las enfermeras jefes de la UMQ en la reunión realizada con ellas con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Promoción y Prevención y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

- 7.7.3 *Procedimiento para la toma, lectura y reporte de la citología cervico-uterina:* Este documento comprende las acciones necesarias para realizar la toma de la citología cervico vaginal a todas las mujeres entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa, para identificar oportunamente lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino y orientar a las usuarias afectadas hacia los servicios de diagnóstico definitivo. Abarca desde el acercamiento voluntario de la usuaria a los sitios de toma de muestra o a partir de la consulta externa donde se hace la remisión para la toma de la muestra, previa concientización de la importancia de la citología cervico vaginal; hasta el reporte, análisis de resultados y remisión a una segunda instancia de decisión en caso de ser necesario. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta la Norma Técnica para la Detección temprana del cáncer de cuello uterino y las indicaciones dadas por las auxiliares de enfermería de la UMQ en la reunión realizada con ellas con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Promoción y Prevención y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.
- 7.7.4 *Instructivo para realizar la toma de muestra de citología:* Este documento comprende los parámetros generales y los pasos a seguir para realizar la toma de la muestra de citología. Abarca desde que la usuaria se dispone para que se le tome la muestra hasta que esta es preparada para enviarla al patólogo. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta la Norma Técnica para la Detección temprana del cáncer de cuello uterino y las indicaciones dadas por las auxiliares de enfermería de la UMQ en la reunión realizada con ellas con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Promoción y Prevención y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

- 7.7.5 *Procedimiento para cita de primera vez de Crecimiento y Desarrollo:* Este documento comprende las acciones necesarias para detectar precozmente circunstancias o patologías que puedan alterar el desarrollo y salud de los niños y niñas menores de 10 años así como orientar por primera vez a los padres o cuidadores de los niños(as) en el proceso de crecimiento y desarrollo, y motivar a los padres y cuidadores acerca de la importancia de los controles por enfermería para asegurar su adhesión al programa. Abarca desde el contacto con el niño menor de 10 años y sus padres o cuidadores hasta la programación de la próxima cita de control según el esquema definido en la Norma Técnica para la Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de 10 años. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta la Norma Técnica mencionada anteriormente y las indicaciones dadas por las enfermeras jefes y los médicos encargados de este programa en la UMQ, en las reuniones realizadas con ellos con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Promoción y Prevención y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.
- 7.7.6 *Procedimiento para control de Crecimiento y Desarrollo:* Este documento comprende las acciones necesarias para hacer seguimiento al crecimiento y desarrollo de los niños valorados en la primera consulta y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento. Abarca desde el contacto con el niño menor de 10 años (previamente valorado por el médico general en la consulta de primera vez) y sus padres o responsables hasta la programación de la próxima cita de control según el esquema establecido. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta la Norma Técnica para la Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de 10 años y las indicaciones dadas por las enfermeras jefes de la UMQ en la reunión realizada con ellas con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Promoción y Prevención y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.
- 7.7.7 *Procedimiento para consulta de Planificación Familiar por primera vez:* Este documento comprende las acciones necesarias para brindar a hombres, mujeres y parejas en edad fértil la información y educación necesaria para que puedan decidir con el suficiente conocimiento el método de planificación más apropiado, que satisfaga de mejor manera sus derechos reproductivos y se adecue a sus condiciones físicas, psicológicas y sociales, contribuyendo de esta manera a la disminución de gestaciones

no deseadas. Abarca desde el contacto con el usuario potencial de un método de planificación familiar hasta que el usuario queda informado y en capacidad de escoger libremente el método de planificación familiar más conveniente. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta la Norma Técnica para la atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, y las indicaciones dadas por las enfermeras jefes y los médicos encargados de este programa en la UMQ, en las reuniones realizadas con ellos con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Promoción y Prevención y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.7.8 *Procedimiento para control o seguimiento de programa de Planificación Familiar:* Este documento comprende las acciones necesarias para verificar el correcto uso del método seleccionado y aclarar las dudas o inquietudes que el usuario tenga acerca del mismo. Abarca desde el contacto con el usuario del método hasta la programación del siguiente control. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta la Norma Técnica para la atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, y las indicaciones dadas por las enfermeras de la UMQ, en la reunión realizada con ellas con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Promoción y Prevención y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.7.9 *Instructivo para esterilización de material:* Este documento comprende las acciones necesarias para la limpieza y desinfección del instrumental, que se hace con el fin de eliminar la suciedad y residuos que contenga para su uso. Abarca desde la limpieza hasta la esterilización del instrumental que lo requiera. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad después de una reunión con la enfermera jefe encargada del programa de planificación Familiar en la que se le explico la manera como se realizaba la esterilización y se le entrego un pequeño documento en el que se encontraban algunas indicaciones. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Promoción y Prevención y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.7.10 *Procedimiento para atención de puerperio:* Este documento comprende las acciones necesarias para apoyar el proceso de adaptación a la vida extrauterina, mediante la detección, prevención y control de los problemas en forma temprana, con el fin de lograr un recién nacido sano, reducir así las múltiples secuelas discapacitantes en la niñez y las altas tasas de morbilidad y mortalidad tanto neonatal como infantil. Abarca

desde el contacto con el paciente recién nacido y su madre después del nacimiento, hasta que el usuario es controlado e informado acerca de las indicaciones pertinentes 72 horas después de su nacimiento o hasta la primera semana de vida. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad después de una reunión con la doctora encargada del programa en la que se le indico la manera como se llevaba a cabo una consulta en este programa. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Promoción y Prevención y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.7.11 *Procedimiento Vacunación:* Este documento comprende las acciones necesarias para aplicar los biológicos contemplados en el PAI al 100% de la población objeto, según el esquema establecido en la norma técnica; con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad por enfermedades inmunoprevenibles en la población menor de 5 años. Abarca desde la captación de un usuario objeto de las Normas Técnicas para la Vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, de la Resolución 412 de 2001, hasta cuando el usuario tiene el esquema completo de vacunación. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta la Norma Técnica mencionada anteriormente, y las indicaciones dadas por las enfermeras jefes y las auxiliares de enfermería de la UMQ, en la reunión realizada con ellas con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Promoción y Prevención y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.7.12 *Procedimiento para aseguramiento de la cadena de frío:* Este documento comprende las acciones necesarias para garantizar la cadena de frío de los biológicos del PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) mediante el correcto transporte, almacenamiento, conservación y manejo de las vacunas, desde el ente administrador de los biológicos, hasta la aplicación al usuario. Abarca desde la recepción del biológico por parte de una enfermera de la UMQ en el ente local, hasta la aplicación al usuario de un biológico en óptimas condiciones. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta las indicaciones dadas por las enfermeras jefes y las auxiliares de enfermería de la UMQ, en la reunión realizada con ellas con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Promoción y Prevención y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.7.13 *Procedimiento de solicitud de biológicos:* Este documento comprende las acciones necesarias para obtener el biológico requerido con el fin de aplicar a los usuarios el esquema PAI completo y/o las vacunas adicionales necesarias. Abarca desde la solicitud de biológicos ante el Ente Local asignado y/o ante el respectivo laboratorio y termina con la recepción del biológico necesario y su transporte a la IPS. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta las indicaciones dadas por las enfermeras jefes y las auxiliares de enfermería de la UMQ, en la reunión realizada con ellas con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Promoción y Prevención y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.7.14 *Procedimiento para atención de enfermedades de interés en salud pública:* Este documento comprende las acciones necesarias para detectar oportunamente la tuberculosis, brindar un tratamiento adecuado al enfermo y sus convivientes y reducir las secuelas y la mortalidad por ésta enfermedad; detectar oportunamente los pacientes con lepra, proporcionar un tratamiento oportuno y adecuado uniforme y disminuir las secuelas; y ofrecer un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y adecuado para la leishmaniasis, que garantice la remisión, las lesiones y la mejoría del cuadro clínico, permita prevenir las complicaciones y secuelas y evitar muertes asociadas a cuadros de la forma visceral de la enfermedad. Abarca desde la búsqueda activa y pasiva de sintomáticos de cualquiera de estas enfermedades, hasta que el usuario es curado o remitido a un examen o tratamiento especial. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta la Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, Guía de Atención de la Lepra y Guía de Atención de la Leishmaniasis, y las indicaciones dadas por las enfermeras jefes y los médicos encargados de este programa en la UMQ, en las reuniones realizadas con ellos con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Promoción y Prevención y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.7.15 *Procedimiento atención crónicas:* Este documento comprende las acciones necesarias para detectar tempranamente cualquier tipo de enfermedad crónica (Asma-Hipotiroidismo-Parkinson-etc.), proporcionar un tratamiento oportuno y adecuado, y disminuir secuelas o complicaciones. Abarca desde el contacto con el paciente que requiere de medicación permanente por su diagnóstico médico, hasta que el usuario es controlado e informado acerca de las indicaciones pertinentes para su adecuado

tratamiento. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta las indicaciones dadas por las enfermeras jefes y los médicos encargados de este programa en la UMQ, en las reuniones realizadas con ellos con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Promoción y Prevención y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

Después de que este documento fue entregado a todo el personal asistencial, según las indicaciones planteadas en la sección referente a implementación que se encuentra mas adelante, se realizo una modificación de la cobertura de los Programas de Promoción y Prevención de la UMQ; de acuerdo a esto se cambio el nombre de este documento por el de Procedimiento para control de riesgo cardiovascular, dislipidemias, síndrome convulsivo y asma bronquial.

*7.7.16 Procedimiento para tratamiento de riesgo cardiovascular:* Este documento comprende las acciones necesarias para detectar tempranamente la hipertensión arterial y detectar oportunamente la diabetes tipo I y tipo II, brindar el tratamiento oportuno y disminuir las secuelas, complicaciones y muerte. Abarca desde la captación de un usuario objeto de las Guías de Atención de la hipertensión arterial, de la diabetes tipo I, de la diabetes tipo II, y/o dislipidemias, hasta cuando el usuario es controlado o remitido al especialista. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta la Guía de atención de la hipertensión arterial, Guía de atención de la diabetes tipo I, Guía de atención de la diabetes tipo II, de las Normas Técnicas y Guías de atención en Salud de la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud; y la Guía de atención al paciente hipertenso, Guía de atención al paciente diabético, Guía de manejo de dislipidemias de las guías de Manejo en la practica medica, segunda edición de SaludCoop EPS, y las indicaciones dadas por la enfermera jefe y los médicos encargados de este programa en la UMQ, en las reuniones realizadas con ellos con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Promoción y Prevención y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

Después de que este documento fue entregado a todo el personal asistencial, según las indicaciones planteadas en la sección referente a implementación que se encuentra mas adelante, se realizo una modificación de la cobertura de los Programas de Promoción y Prevención de la UMQ; de acuerdo a esto se cambio el nombre de este documento por el de Procedimiento para control de riesgo cardiovascular, dislipidemias, síndrome convulsivo y asma bronquial.

*7.7.17 Procedimiento para control de riesgo cardiovascular, dislipidemias, síndrome convulsivo y asma bronquial:* Este documento comprende las acciones necesarias para establecer un seguimiento y control de usuarios con diagnóstico de hipertensión, diabetes tipo I y tipo II, Dislipidemias, Síndrome Convulsivo y Asma Bronquial con el fin de disminuir las secuelas, complicaciones y muerte. Abarca desde la captación de un usuario objeto de las Guías de Atención de la hipertensión arterial, de la diabetes tipo I, de la diabetes tipo II, de dislipidemias, de síndrome convulsivo y/o de asma bronquial, hasta cuando el usuario es controlado o remitido al especialista. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta la Guía de atención de la hipertensión arterial, Guía de atención de la diabetes tipo I, Guía de atención de la diabetes tipo II, Guía de Atención del Síndrome Convulsivo, Guía de Atención del Asma Bronquial, de las Normas Técnicas y Guías de atención en Salud de la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud; y la Guía de atención al paciente hipertenso, Guía de atención al paciente diabético, Guía de manejo de dislipidemias de las guías de Manejo en la práctica médica, segunda edición de SaludCoop EPS, y las indicaciones dadas por las enfermeras jefes y los médicos encargados de este programa en la UMQ, en las reuniones realizadas con ellos con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Promoción y Prevención y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

Este documento reemplazo tanto al Procedimiento Atención Crónicos, como al Procedimiento para tratamiento de Riesgo Cardiovascular.

*7.7.18 Procedimiento atención IRA-EDA:* Este documento comprende las acciones necesarias para detectar oportunamente la infección respiratoria aguda, brindar un tratamiento oportuno y adecuado, disminuyendo las secuelas y muerte, y diagnosticar oportunamente la enfermedad diarreica aguda, disminuyendo las complicaciones y la mortalidad por su causa. Abarca desde el contacto con usuarios sintomáticos para IRA o EDA menores de 10 años, con el fin de detectar la necesidad de iniciar tratamiento o mejorar hábitos o condiciones ambientales, hasta la programación de una cita de control según los requerimientos del usuario. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad después de una reunión con la doctora encargada del programa en la que se le indicó la manera como se llevaba a cabo una consulta de primera vez y de control en este programa. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Promoción y Prevención y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

## 7.8 DOCUMENTOS DEL PROCESO ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA

Con el fin de estandarizar las actividades realizadas por los médicos durante la prestación del servicio se han documentado para la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S. un Procedimiento de atención de Consulta Externa, un instructivo para diligenciar Historia Clínica Médica en el sistema HEON y un procedimiento atención usuarios con Medicación Permanente; además se documentaron un instructivo para auditoria de Historias Clínicas Médicas y una procedimiento para manejo de Indicadores de Gestión Médica con el fin de contar con mecanismos de verificación. Cada uno de estos documentos posee el formato y la estructura propuesta por el documento PR-GC-01 “Procedimiento para elaboración y control de documentos”, el cual rige para todos los documentos que se generen dentro del SGC de la UMQ.

*7.8.1 Procedimiento de Atención de Consulta Externa:* Este documento comprende las acciones necesarias para diagnosticar y tratar enfermedades de alta prevalencia y externalidad, detectando tempranamente enfermedades, tratando enfermedades de manejo ambulatorio, haciendo seguimiento de tratamientos, refiriendo a niveles de mayor complejidad y educando en salud. Abarca desde el contacto con el usuario, hasta que este es controlado e informado acerca del diagnóstico y el tratamiento a seguir. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad después de una reunión con un médico de amplia trayectoria en la UMQ, en la que se definieron los pasos que se realizaban normalmente en una consulta de medicina general y su secuencia, después, en una reunión, el procedimiento estuvo en consideración de los médicos de la UMQ y del Coordinador Médico con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo del Coordinador Médico y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

*7.8.2 Instructivo para diligenciar Historia Clínica en el sistema HEON:* Este documento comprende las especificaciones necesarias para diligenciar correctamente en el sistema la Historia Clínica de cada usuario, en el momento de la realización de la consulta. Abarca desde la manera de ingresar al sistema hasta la manera de cerrar la sesión. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad después de una reunión con la encargada de HEON (el programa en el que se realiza la Historia Clínica sistematizada), con el fin de definir el método de realización de la historia clínica en el sistema; después, en una reunión, el instructivo estuvo en consideración de los médicos de la UMQ y del Coordinador Médico con el fin de dejar establecido este

documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo del Coordinador Médico y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.8.3 *Procedimiento atención usuarios con Medicación Permanente:* Este documento comprende las acciones necesarias para controlar a usuarios con enfermedades que requieren medicación permanente, proporcionar un tratamiento oportuno y adecuado, y disminuir secuelas o complicaciones. Abarca desde el contacto con el paciente que requiere de medicación permanente por su diagnóstico médico, y que este no corresponde a Hipertensión Arterial, Diabetes, Dislipidemias, Asma Bronquial o Síndrome Convulsivo, termina con el usuario controlado e informado acerca de las indicaciones pertinentes para su adecuado tratamiento. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad, después de conocer mediante reunión con la Coordinadora de Promoción y Prevención en la que se le entrego circular explicativa, el cambio de cobertura de los programas de Promoción y Prevención y la nueva manera de manejar a los usuarios que iban a verse afectados por este cambio. La revisión estuvo a cargo del Coordinador Médico y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.8.4 *Instructivo para Auditoria de Historias Clínicas Médicas:* Este documento comprende las especificaciones necesarias para realizar auditoria a las Historias Clínicas diligenciadas por los médicos de las diferentes sedes de la UMQ. Abarca desde la determinación del número de Historias que se deben incluir en la muestra hasta la obtención y el manejo de resultados. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad después de una reunión con la Auditora Médica de la UMQ, en la que se le dio a conocer el método de realización de la Auditoría Médica de Historia Clínica y la necesidad de realizar un instrumento de fácil manejo para la consolidación de datos. La revisión estuvo a cargo del Coordinador Médico y la aprobación a cargo del Comité de Calidad. Se encuentra en el *anexo A* de este proyecto

7.8.5 *Procedimiento para Manejo de Indicadores de Gestión Médica:* Este documento comprende las acciones necesarias para controlar la gestión médica teniendo en cuenta los criterios de evaluación manejados por la EPS. Abarca desde la recolección de los datos hasta el análisis de estos y el planteamiento de acciones correctivas y preventivas, de ser necesarias. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad después de una reunión con la Auditora Médica de la UMQ, en la que se le dieron a conocer los diferentes indicadores que se pensaban manejar, la manera como se pensaban recolectar datos y dar a conocer resultados, y la necesidad de realizar

instrumentos de fácil manejo para la recolección y consolidación de datos. La revisión estuvo a cargo del Coordinador Médico y la aprobación a cargo del Comité de Calidad. Se encuentra en el *anexo A* de este proyecto.

## **7.9 DOCUMENTOS DEL PROCESO ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

Con el fin de estandarizar los pasos requeridos para la prestación del servicio de Odontología, se elaboraron procedimientos para la atención del usuario en la Unidad Médica Quirúrgica IPS; además se documentaron un instructivo para auditoría de Fichas Odontológicas con el fin de contar con mecanismos de verificación. Cada uno de estos documentos posee el formato y la estructura propuesta por el documento PR-GC-01 “Procedimiento para elaboración y control de documentos”, el cual rige para todos los documentos que se generen dentro del SGC de la UMQ.

*7.9.1 Procedimiento para examen clínico estomatológico:* Este documento comprende las acciones necesarias para diagnosticar y controlar el estado de salud que presenta el sistema estomatológico del usuario, realizando además de inspección visual, identificación de cambios de volumen, de coloración, presencia de fisuras, fístulas, ulceraciones, tumoraciones o cualquier otro cambio en la arquitectura de los tejidos de la cavidad oral. Abarca desde el contacto con el usuario que desea conocer el estado de su salud oral, hasta la revisión de la cavidad oral y diagnóstico de la misma, su remisión a higiene oral y a tratamiento, si es necesario. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta un documento suministrado por la Coordinadora de Odontología y las indicaciones dadas por ella con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Odontología y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

*7.9.2 Procedimiento para la atención de Higiene Oral:* Este documento comprende las acciones necesarias para disminuir los factores de riesgo más importantes para la aparición de caries y enfermedad periodontal en la población. Abarca desde la realización de los procesos de control y remoción de placa, aplicación de sellantes, aplicación de flúor y detartraje hasta la programación de una cita de control según el esquema establecido. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta un documento suministrado por las Higienistas Orales y las indicaciones dadas por ellas en una reunión realizada con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Odontología y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

- 7.9.3 *Instructivo para aplicación de sellantes:* Este documento comprende las especificaciones necesarias para realizar la remoción de la placa, preparación de los dientes y aplicación del sellante propiamente dicha, en el procedimiento de aplicación de sellantes. Abarca todas las especificaciones necesarias para la aplicación de sellantes. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta un documento suministrado por las Higienistas Orales y las indicaciones dadas por ellas en una reunión realizada con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Odontología y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.
- 7.9.4 *Procedimiento para colocación de amalgama dental:* Este documento comprende las acciones necesarias para restaurar en preparaciones clase I, II, V, en molares, con aleación de amalgamas de plata. Abarca desde que el usuario es diagnosticado con cualquiera de los diferentes tipos de caries y requiere este procedimiento, hasta la colocación de la amalgama en la cavidad preparada. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta un documento suministrado por la Coordinadora de Odontología y las indicaciones dadas por ella con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Odontología y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.
- 7.9.5 *Instructivo para realización de tratamientos odontológicos. Amalgama Dental:* Este documento comprende las especificaciones necesarias para el diseño y preparación cavitaria, la condensación, el tallado y el pulido, en el procedimiento de colocación de amalgama dental. Abarca todas las especificaciones necesarias para la colocación de amalgama dental. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta un documento suministrado por la Coordinadora de Odontología y las indicaciones dadas por ella con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Odontología y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.
- 7.9.6 *Procedimiento para restauración de resinas:* Este documento comprende las acciones necesarias para reconstruir los dientes manejando integralmente los principios que involucran aspectos biológicos tanto del diente como de su entorno, asegurando el éxito y la satisfacción del usuario. Abarca desde el contacto con el usuario que según el diagnóstico presenta caries, fluorosis, amelogenesis, diastemas y/o carillas estéticas

y requiere este procedimiento, hasta la colocación del material en la cavidad preparada y acondicionada. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta el Manual de capacitación interna del grupo empresarial SaludCoop EPS. SALUS HOLOS en su parte dedicada a las resinas, un documento suministrado por la Coordinadora de Odontología, y las indicaciones dadas por ella con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Odontología y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.9.7 *Instructivo para realización de tratamientos odontológicos. Resinas:* Este documento comprende las especificaciones necesarias para la aplicación de resina y fotopolimerización, y el pulido y terminado, en el procedimiento de restauración de resinas. Abarca todas las especificaciones necesarias para la restauración de resinas. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta el Manual de capacitación interna del grupo empresarial SaludCoop EPS. SALUS HOLOS en su parte dedicada a las resinas, un documento suministrado por la Coordinadora de Odontología, y las indicaciones dadas por ella con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Odontología y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.9.8 *Procedimiento para manejo clínico del ionomero:* Este documento comprende las acciones necesarias para obturar cavidades clase V o colocar base intermedia a los usuarios que lo requieran. Abarca desde contacto con el usuario que según el diagnóstico requiere base intermedia, reconstrucción y restauración de muñones, reparación de amalgamas fracturadas, restauraciones temporales o cementación de aparatos de ortodoncia, hasta la obturación de cavidades o colocación de base intermedia. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta el Manual de capacitación interna del grupo empresarial SaludCoop EPS. SALUS HOLOS en su parte dedicada a los ionomeros, un documento suministrado por la Coordinadora de Odontología, y las indicaciones dadas por ella con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Odontología y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.9.9 *Procedimiento de exodoncia:* Este documento comprende las acciones necesarias para extraer pieza dental a pacientes que presentan caries no restaurable, afección periapical, fractura coronaria o radicular, o supernumerarios. Abarca desde el contacto con el usuario que según el diagnóstico presenta caries no restaurables, afección

periapical, fractura coronaria o radicular y/o supernumerarios, requiere este procedimiento y sistémicamente esta apto para la intervención. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta el Manual de capacitación interna del grupo empresarial SaludCoop EPS. SALUS HOLOS No. 18, y las indicaciones dadas por la Coordinadora de Odontología con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Odontología y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.9.10 *Procedimiento de endodoncia:* Este documento comprende las acciones necesarias para remover el tejido pulpar lesionado o afectado para rellenar la cavidad pulpar con gutapercha, evitando la exodoncia. Abarca desde que el usuario es diagnosticado con pulpitis irreversible, necrosis pulpar, trauma dental, periodontitis apical crónica no supurativa, periodontitis apical crónica supurativa, periodontitis apical aguda o reabsorción radicular interna, hasta la realización de la endodoncia o relleno de la cavidad pulpar. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta el Manual de capacitación interna del grupo empresarial SaludCoop EPS. SALUS HOLOS No. 18, y las indicaciones dadas por la Coordinadora de Odontología con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Odontología y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.9.11 *Instructivo para realización de tratamientos odontológicos. Endodoncia:* Este documento comprende las especificaciones necesarias para la preparación de la cavidad de acceso, el pre-ensanchamiento, la preparación apical, la irrigación y desinfección de los conductos y la obturación del conducto, en el procedimiento de endodoncia. Abarca todas las especificaciones necesarias para la endodoncia. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta el Manual de capacitación interna del grupo empresarial SaludCoop EPS. SALUS HOLOS No. 18, y las indicaciones dadas por la Coordinadora de Odontología con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Odontología y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.9.12 *Procedimiento de atención de trauma dento-alveolar:* Este documento comprende las acciones necesarias para aliviar el dolor y detener el posible proceso infeccioso y degenerativo. Abarca desde que el paciente consulta por agresión o trauma y requiere atención inmediata, hasta que el paciente es controlado y se le asigna un plan de

tratamiento. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta el Manual de capacitación interna del grupo empresarial SaludCoop EPS. SALUS HOLOS No. 18, y las indicaciones dadas por la Coordinadora de Odontología con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Odontología y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.9.13 *Procedimiento para atención de alveolitis:* Este documento comprende las acciones necesarias para atender irritación ósea focal en la que se ha desintegrado o perdido el coagulo sanguíneo con infección del hueso expuesto. Abarca desde el contacto con el usuario que requiere control de la infección y/o manejo de dolor, hasta la realización de este procedimiento. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta el Manual de capacitación interna del grupo empresarial SaludCoop EPS. SALUS HOLOS No. 18, y las indicaciones dadas por la Coordinadora de Odontología con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Odontología y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.9.14 *Procedimiento para atención de hemorragia:* Este documento comprende las acciones necesarias para atender el sangrado profuso arterial, venoso o capilar (prolongado o masivo), durante o posterior a la realización de un procedimiento quirúrgico o un trauma. Abarca desde que el usuario requiere atención de hemorragia post-exodoncia, hasta la realización de este procedimiento. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta el Manual de capacitación interna del grupo empresarial SaludCoop EPS. SALUS HOLOS No. 18, y las indicaciones dadas por la Coordinadora de Odontología con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Odontología y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.9.15 *Procedimiento para toma de radiografías orales:* Este documento comprende las acciones necesarias para obtener un diagnostico mas preciso cuando a criterio del odontólogo se hace necesaria la imagen radiográfica. Abarca desde el contacto con el usuario que, según criterio del odontólogo, necesita tomarse una imagen radiográfica, hasta la toma de esta y su uso para determinar procedimientos posteriores necesarios. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta un documento suministrado por la Coordinadora de Odontología, y las indicaciones dadas por ella con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a

cargo de la Coordinadora de Odontología y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.9.16 *Procedimiento de esterilización de instrumental odontológico:* Este documento comprende las acciones necesarias para garantizar que el instrumental usado en cada paciente se encuentra en las condiciones adecuadas para su uso. Abarca desde la limpieza de todo el instrumental hasta su esterilización o desinfección, según el tipo de instrumental. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta un documento suministrado por la Coordinadora de Odontología, y las indicaciones dadas por ella con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Odontología y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.9.17 *Procedimiento para atención de urgencias:* Este documento comprende las acciones necesarias para atender las alteraciones de la integridad física funcional, causadas por factores de origen dental, con diferentes grados de complejidad que comprometen la funcionalidad del individuo y requieren la atención inmediata del servicio de salud, con el fin de eliminar sintomatología y poder restablecer función, forma y estética. Abarca desde el contacto con el usuario que presenta dolor agudo, trauma dentoalveolar, hemorragia post-quirúrgica o alteraciones dentales que comprometen la estética en anteriores superiores, hasta el control del paciente, medicación, toma de radiografías y/o colocación de resina estética. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad teniendo en cuenta un documento suministrado por la Coordinadora de Odontología, y las indicaciones dadas por ella con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo de la Coordinadora de Odontología y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.9.18 *Instructivo para auditoría de Fichas Odontológicas:* Este documento comprende las especificaciones necesarias para realizar auditoría a las Fichas Odontológicas diligenciadas por los odontólogos e higienistas orales de las diferentes sedes de la UMQ. Abarca desde la determinación del número de Fichas que se deben incluir en la muestra hasta la obtención y el manejo de resultados. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad después de una reunión con la Coordinadora de Odontología, en la que se le dio a conocer el método de realización de la Auditoría Médica de Fichas Odontológicas y la necesidad de realizar un instrumento de fácil manejo para la consolidación de datos. La revisión estuvo a cargo del Coordinador de Odontología y la

aprobación a cargo del Comité de Calidad. Se encuentra en el *anexo A* de este proyecto

## **7.10 DOCUMENTOS DEL PROCESO MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS**

Con el fin de manejar adecuadamente las historias clínicas de los usuarios se ha elaborado un Manual de Manejo de Historias Clínicas y se han documentado para la Unidad Medica Quirúrgica I.P.S. procedimientos de Entrega de Historia Clínica y de Solicitud de Copia de Historia Clínica. Cada uno de estos documentos posee el formato y la estructura propuesta por el documento PR-GC-01 “Procedimiento para elaboración y control de documentos”, el cual rige para todos los documentos que se generen dentro del SGC de la UMQ. Cada uno de estos documentos estuvo en consideración del Comité de Historia Clínica y de los Auxiliares de Archivo. Su revisión y aprobación fue el punto final para dar por terminado el documento.

*7.10.1 Manual de manejo de Historias Clínicas:* Este documento comprende las acciones necesarias para establecer las políticas, normas, procedimientos y actividades para el manejo integral de la Historia Clínica en la institución, garantizando el cumplimiento de lo establecido en la normatividad vigente. Abarca todos los servicios de atención en salud de la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S. Coomultrasan. Fue elaborado por el Coordinador de Organización y Métodos con la colaboración de la Auxiliar de Gestión de Calidad, teniendo en cuenta la resolución 1995 de 1999 y las indicaciones dadas por un Auxiliar de Archivo en la reunión realizada con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo del Comité de Historia Clínica y la aprobación a cargo del Comité de Calidad. Se encuentra en el *anexo A* de este proyecto. Dentro de este manual se encuentran los dos procedimientos que se describen a continuación:

*7.10.2 Procedimiento Entrega Historia Clínica:* Este documento comprende las acciones necesarias para garantizar la entrega oportuna de la Historia Clínica para la atención en salud y controlar su ingreso y salida del área de archivo. Abarca desde la creación de la historia clínica, pasando por el manejo de esta dentro del archivo, hasta que la historia clínica es entregada en los consultorios cada que se requiera.

7.10.3 *Procedimiento Solicitud de Historia Clínica:* Este documento comprende las acciones necesarias para controlar la entrega de copia de Historia Clínica con la finalidad de garantizar su custodia y reserva. Abarca desde la solicitud del usuario, responsable o tercero autorizado hasta la entrega al archivo de la Historia Clínica.

## **7.11 DOCUMENTOS DEL PROCESO MANTENIMIENTO GENERAL Y MANEJO DE RESIDUOS**

Con el fin de garantizar el adecuado mantenimiento de las instalaciones y el cumplimiento de los parámetros establecidos para el manejo de los residuos de la UMQ se han documentado para la Unidad Medica Quirúrgica I.P.S. instructivos para mantenimiento de consultorios, mantenimiento de equipos de computo e instalaciones, y un manual de normas de bioseguridad. Cada uno de estos documentos posee el formato y la estructura propuesta por el documento PR-GC-01 "Procedimiento para elaboración y control de documentos", el cual rige para todos los documentos que se generen dentro del SGC de la UMQ. Además para este proceso se tiene documentado un Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios.

7.11.1 *Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios:* Este documento comprende las acciones necesarias para lograr un manejo integral de los residuos generados en cada sede de la de la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S. para poder cumplir con el compromiso ambiental y sanitario. Abarca desde la creación de un Comité Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria, y un diagnostico Sanitario y Ambiental de cada una de las sedes de la UMQ, hasta el diseño de seis programas básicos para garantizar un manejo integral de residuos que consisten en la planeación de actividades y acciones a realizar al interior de la organización, por ser generadora de residuos hospitalarios. Fue elaborado por una asesora externa. La revisión y aprobación estuvo a cargo de la Directora Administrativa de la UMQ.

7.11.2 *Manual de Normas de Bioseguridad:* Este documento contiene las principales normas de bioseguridad planteadas en el PGIRH, de una manera didáctica, con el fin de determinar y dar a conocer paso a paso las indicaciones a tener en cuenta en cada uno de los procedimientos que se llevan a cabo en la UMQ. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad como parte del desarrollo del plan para implementar y mantener el PGIRH. La revisión y probación estuvo a cargo del Comité de Calidad.

7.11.3 *Instructivo para mantenimiento de consultorios:* Este documento comprende las especificaciones necesarias para llevar a cabo el mantenimiento de los consultorios médicos de la UMQ, tanto en su parte de limpieza, orden y desinfección, como en su parte de dotación. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad, teniendo en cuenta las indicaciones dadas por la Auxiliar de Enfermería encargada de este trabajo, en la reunión realizada con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo del Coordinador Médico y la aprobación a cargo del Comité de Calidad

7.11.4 *Instructivo para mantenimiento de equipos de computo e instalaciones:* Este documento comprende las especificaciones necesarias para mantener en perfecto estado los equipos de computo de todas las sedes, y las instalaciones en las que se prestan los diferentes servicios. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad, teniendo en cuenta un documento suministrado por el Auxiliar de Apoyo Logístico y las indicaciones dadas por él en la reunión realizada con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión y aprobación estuvo a cargo del Comité de Calidad

## **7.12 DOCUMENTOS DEL PROCESO GESTIÓN DE COMPRAS**

Con el fin de garantizar la disponibilidad de los insumos y servicios adicionales necesarios para prestar los servicios en la UMQ, y su cumplimiento de los requisitos legales, de la entidad, y del cliente se han documentado para la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S. un procedimiento de Compras de Insumos Asistenciales, un procedimiento para Selección, Seguimiento y Evaluación de proveedores de insumos, un procedimiento para seleccionar y contratar proveedores de servicios, un procedimiento de verificación de proveedores de servicios, un instructivo para Selección, Seguimiento y Evaluación de proveedores de insumos y un instructivo para establecer los factores y parámetros a tener en cuenta en la selección de proveedores de servicios. Cada uno de estos documentos posee el formato y la estructura propuesta por el documento PR-GC-01 "Procedimiento para elaboración y control de documentos", el cual rige para todos los documentos que se generen dentro del SGC de la UMQ.

7.12.1 *Procedimiento de compras insumos asistenciales:* Este documento comprende las acciones necesarias para reglamentar la gestión de compras de insumos asistenciales, garantizar que los insumos cumplen con los requisitos y las

especificaciones requeridas, y garantizar la disponibilidad y la calidad de los insumos requeridos para la institución. Abarca toda la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S. Coomultrasan, todos los insumos comprados a terceros, y todas las categorías de gastos, excluyendo servicios públicos, impuestos, pagos de deuda, servicios bancarios y servicios financieros, partiendo desde la identificación de la necesidad de compra hasta el pago insumos. Fue elaborado por el Coordinador de Organización y Métodos con la colaboración de la Auxiliar de Gestión de Calidad, teniendo en cuenta el documento suministrado por el Auxiliar de Apoyo Logístico y las indicaciones dadas por el Comité de Compras en la reunión realizada con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo del Comité de Compras y la aprobación a cargo del Comité de Calidad. Se encuentra en el *anexo A* de este proyecto.

*7.12.2 Procedimiento para Selección, Seguimiento y Evaluación de Proveedores de Insumos Asistenciales:* Este documento comprende las acciones necesarias para garantizar que los productos que se adquieren fuera de la empresa son suministrados por proveedores capaces de cumplir con los requisitos especificados, y asegurar que tienen la capacidad para continuar suministrando productos de acuerdo a los requisitos de la empresa. Abarca a proveedores de insumos médicos y odontológicos que afecten la calidad del servicio. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad. La revisión estuvo a cargo del Comité de Compras y la aprobación a cargo del Comité de Calidad. Se encuentra en el *anexo A* de este proyecto.

*7.12.3 Procedimiento para seleccionar y contratar proveedores de servicios:* Este documento comprende las acciones necesarias para garantizar que los servicios que son prestados por personas ajenas a la empresa son suministrados por proveedores capaces de cumplir con los requisitos especificados, y para asegurar que tienen la capacidad para continuar ofreciendo servicios de acuerdo a los requisitos de la empresa. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad, teniendo en cuenta las indicaciones dadas por la Directora del Departamento Jurídico en la reunión realizada con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión estuvo a cargo del Comité de Compras y la aprobación a cargo del Comité de Calidad. Se encuentra en el *anexo A* de este proyecto.

7.12.4 *Procedimiento de verificación de proveedores de servicios:* Este documento comprende las acciones necesarias para garantizar, mediante la verificación de resultados, que los servicios prestados por personas ajenas a la empresa cumplen con los requisitos del cliente, reglamentarios y de la UMQ. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad. La revisión estuvo a cargo del Comité de Compras y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.12.5 *Instructivo para Selección, Seguimiento y Evaluación de Proveedores de Insumos Asistenciales:* Este documento comprende las especificaciones necesarias para diligenciar los formatos de selección, seguimiento y evaluación de proveedores, analizar los resultados y tomar decisiones con base en ellos. Abarca a proveedores de insumos médicos y odontológicos que afecten la calidad del servicio. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad. La revisión estuvo a cargo del Comité de Compras y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

7.12.6 *Instructivo para establecer los factores y parámetros a tener en cuenta en la selección de proveedores de servicios:* Este documento comprende las especificaciones necesarias para establecer los estándares a tener en cuenta para la selección de proveedores de servicios, ya sea la toma y análisis de ayudas diagnósticas, la recolección y manejo de residuos hospitalarios, o la calibración de equipos. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad, teniendo en cuenta las indicaciones dadas por los responsables de las actividades de este proceso. La revisión estuvo a cargo del Comité de Compras y la aprobación a cargo del Comité de Calidad.

## **7.13 DOCUMENTOS DEL PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD**

Con el fin de garantizar el correcto funcionamiento de la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S., ejerciendo control sobre el Sistema de Gestión de la Calidad, se han documentado un procedimiento para elaboración y control de documentos, un procedimiento de control de registros, un procedimiento de auditoría interna, un procedimiento para el control de producto no conforme, un procedimiento para el control de las acciones correctivas y preventivas, un procedimiento para realización y análisis de encuestas de satisfacción del cliente, un procedimiento para recolección y manejo de quejas reclamos de los usuarios y un procedimiento para auditoría de Historia Clínica y Ficha Odontológica. Cada uno de estos documentos posee el formato y la estructura propuesta por el documento PR-GC-01 "Procedimiento para elaboración y control de documentos", el cual rige para todos los documentos que se generen dentro del SGC de la UMQ.

7.13.1 *Procedimiento para elaboración y control de documentos:* Dentro de la norma ISO 9001:2000 en el Requisito No 4.2.3, se establece que toda organización debe establecer, implementar y mantener un procedimiento documentado que garantice el control a todos los documentos que pertenezcan a un SGC. Con el fin de cumplir este requisito se elaboró el documento PR-GC-01 "Procedimiento para elaboración y control de documentos". Este procedimiento establece las directrices que regulan el proceso de desarrollo, administración y control de los documentos asociados al Sistema de Gestión de la Calidad para la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S. y cubre desde la identificación de la necesidad hasta la difusión y control de los documentos que se utilicen dentro del Sistema de Gestión de la Calidad de cualquiera de los servicios prestados dentro de la UMQ. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad con la colaboración del Coordinador de Organización y Métodos. La revisión y aprobación estuvo a cargo del Comité de Calidad.

7.13.2 *Procedimiento de Control de Registros:* La norma ISO 9001:2000 en su requisito no. 4.2.4 hace énfasis especial en un tipo de documento como lo son los registros, ya que estos son los que proporcionan la evidencia para la conformidad de los requisitos de la norma y también de la operación eficaz del sistema de gestión de calidad. La UMQ maneja una gran cantidad de registros para la prestación de sus servicios. Por esto, se elaboro el documento PR-GC-02 "Procedimiento de Control de Registros". Este procedimiento fija los criterios y las actividades a ejecutar para garantizar la identificación, recolección, acceso, archivo, almacenamiento, mantenimiento y disponibilidad de los registros de calidad y aplica para los registros originados en el Sistema de Calidad de la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S y que son indispensables para demostrar la conformidad con requisitos establecidos y como evidencia objetiva de que lo realizado este acorde con lo documentado. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad. La revisión y aprobación estuvo a cargo del Comité de Calidad.

7.13.3 *Procedimiento de Auditoría Interna:* Como evidencia del compromiso de la organización por mejorar continuamente la calidad de sus servicios y por ende la satisfacción de sus clientes, se debe planificar y llevar a cabo auditorias internas al SGC que se tenga implementado; este es un requisito expuesto por la norma ISO 9001:2000 en su numeral 8.2.2 y para su eficaz desarrollo establece que se debe tener un procedimiento documentado de esta actividad. Para la Unidad Médica Quirúrgica, con el apoyo de el documento ISO 19011:2002 "Guías para la auditoria de sistemas de

calidad y/o gestión ambiental”, se ha elaborado el documento PR-GC-03 “Procedimiento de Auditoria Interna”. Este procedimiento establece las actividades que se deben realizar para la planificación, programación, ejecución y documentación de las auditorias internas de calidad, así como también para el seguimiento a las acciones correctivas derivadas de las mismas y es aplicable por todos los cargos que participan en las actividades relacionadas con la función de Auditoria Interna de Calidad y en todas las personas de la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S., que tienen responsabilidades sobre el sistema de calidad. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad. La revisión y aprobación estuvo a cargo del Comité de Calidad.

*7.13.4 Procedimiento para el control de producto no conforme:* Para la norma ISO 9001:2000 la entrega de un producto o servicio fuera de especificaciones va en contra de una plena satisfacción de los clientes, visto desde cualquier punto. Es por ello que las organizaciones deben identificar y controlar cualquier producto o servicio que este fuera de especificaciones con el fin de prevenir su uso o entrega no intencional. Este requisito esta expuesto en el numeral 8.3 de la norma ISO 9001:2000. Para asegurarse de la eficaz planificación y control de un producto y servicio no conforme, la norma exige un procedimiento documentado para esta actividad. Para la Unidad Medica Quirúrgica I.P.S, se elaboró el documento PR-GC-04 “Procedimiento para el control de producto no conforme”. Este procedimiento tiene por objeto establecer las actividades y las responsabilidades administrativas del personal involucrado para asegurar que un servicio que no está conforme con los requisitos especificados, sea dispuesto, liberado o usado para fines diferentes, de tal manera que el estado de la no conformidad sea conocido por todos los interesados y su liberación se hagan de acuerdo con los procedimientos y/o los criterios establecidos en este documento y aplica para todo el personal que tiene responsabilidad por los servicios en cualquier etapa del proceso y cubre desde la identificación del producto No Conforme como resultado de una inspección, su evaluación, documentación y disposición, hasta la notificación a las funciones interesadas. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad. La revisión y aprobación estuvo a cargo del Comité de Calidad.

*7.13.5 Procedimiento para el control de las acciones correctivas y preventivas:* Todo sistema debe tener puntos de control que indiquen si realmente las directrices con las que funcionan son las adecuadas o si sus elementos son los apropiados para funcionar. El análisis de los resultados de esos puntos de control deberán llevar a la toma de decisiones que conlleven a lograr el ajuste del sistema a lo planificado. Para la norma

ISO 9001:2000 esas decisiones las ha llamado Acciones Correctivas y Acciones Preventivas y por ser tan importante dentro de un sistema de calidad ha puesto como requisito (8.5.2 y 8.5.3) la documentación de las mismas. Para el caso de la Unidad Medica Quirúrgica I.P.S., se elaboró, revisó y aprobó, un solo documento que describiera ambos tipos de acciones. El documento codificado y nombrado como sigue PR-GC-05 "Procedimiento para el control de las acciones correctivas y preventivas" tiene por objeto, establecer una metodología para la solución de problemas que permita aplicar acciones correctivas o preventivas para eliminar o prevenir la ocurrencia de No Conformidades en el servicio o en el Sistema de Gestión de Calidad de la Unidad Medica Quirúrgica I.P.S y, principalmente, para aquellas situaciones que originen un reporte de No Conformidades en el servicio o el mismo Sistema. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad. La revisión y aprobación estuvo a cargo del Comité de Calidad.

7.13.6 *Procedimiento para realización y análisis de encuestas de satisfacción del cliente:* Este documento comprende las acciones necesarias para medir la satisfacción del usuario frente a la calidad del servicio de la Unidad Médica Quirúrgica, determinar las necesidades y expectativas del usuario frente al servicio de salud e identificar las dimensiones de la calidad del servicio de mayor importancia para los usuarios, mediante la aplicación de encuesta de satisfacción. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad, teniendo en cuenta las indicaciones dadas por el Comité de Calidad en la reunión realizada con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión y aprobación estuvo a cargo del Comité de Calidad. Se encuentra en el *anexo A* de este proyecto.

7.13.7 *Procedimiento para recolección y manejo de quejas y reclamos de usuarios:* Este documento comprende las acciones necesarias para garantizar que las quejas y los reclamos de los usuarios se reciban, analicen y resuelvan adecuadamente. Abarca desde cuando el usuario se dirige a la oficina de atención al usuario a dar a conocer una queja o reclamo, hasta cuando se le comunica la posición adoptada por la organización ante su comunicación. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad, teniendo en cuenta las indicaciones dadas por la Enfermera Jefe encargada de la Atención al Usuario, en la reunión realizada con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión y aprobación estuvo a cargo del Comité de Calidad. Se encuentra en el *anexo A* de este proyecto.

7.13.8 *Procedimiento para auditoria de Historia Clínica y Ficha Odontológica*: Este documento comprende las acciones necesarias para evaluar aspectos de la calidad de la atención de servicios de salud, relacionados con la eficacia y eficiencia de la prestación, medidas a través del contenido y racionalidad técnico científica e integralidad en el diligenciamiento de la historia clínica, como instrumento indirecto de medición de calidad del servicio prestado al paciente. Abarca desde que se determina el numero de historias clínicas que se requieren durante la auditoría, hasta cuando se socializan los resultados con los interesados y se toman las medidas correctivas o preventivas necesarias. Fue elaborado por la Auxiliar de Gestión de Calidad, teniendo en cuenta las indicaciones dadas por la Auditoría Médica en la reunión realizada con el fin de dejar establecido este documento en su parte técnica. La revisión y aprobación estuvo a cargo del Comité de Calidad. Se encuentra en el *anexo A* de este proyecto.

## **8. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA**

Luego de cubrir las etapas de diagnóstico, evaluación y diseño de documentos, previas a la puesta en funcionamiento del sistema de gestión de calidad ideado bajo las normas ISO 9001:2000, finalmente aparece la etapa de implementación, una de las etapas mas importantes para iniciar el camino hacia una nueva metodología de gestión de calidad basada en procesos, que conlleve a mejorar continuamente los servicios que presta la Unidad Médica Quirúrgica a todos sus clientes. Esta etapa de implementación se soportó en la participación activa que habían tenido todos los trabajadores en la etapa de documentación, lo que ayudó a la toma de conciencia y a la disminución de la “resistencia al cambio” que presenta toda organización al cambiar su manera de actuar.

Para la Unidad Médica Quirúrgica el proceso de implementación se viene efectuando de manera paulatina a medida que se revisan, aprueban y difunden los documentos que la organización va considerando pertinente. Como una oficialización de la implementación del sistema de gestión de la calidad en la UMQ se desarrollaron, como siguen, los pasos descritos en los *ítem 8.1, 8.2 y 8.3* de este proyecto.

### **8.1 NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE DE LA GERENCIA PARA EL SGC Y DEL COMITÉ DIRECTOR DE CALIDAD**

#### *8.1.1 Comité Director de Calidad*

La norma ISO 9001:2000 establece que el Sistema de Gestión de Calidad que se diseñe e implemente debe mantenerse. Con ese objetivo se propuso la creación de un equipo de trabajo que se preocupara por la fijación y cumplimiento de las responsabilidades necesarias para el mantenimiento del SGC de la UMQ. Se estableció que ese equipo de trabajo debía estar integrado por el Gerente General de Coomultrasan y su representante, el Coordinador de Calidad (quien tiene el cargo de Coordinador de Organización y Métodos en Coomultrasan y para efectos del proyecto se denominara de cualquiera de las dos formas), el director Administrativo de la UMQ, el Coordinador Medico, el Coordinador de Odontología y el Coordinador de Promoción y Prevención, y se decidió que ese equipo de trabajo sería reconocido como el Comité de Calidad para la UMQ; además que el comité contaría con el apoyo de la psicóloga de Coomultrasan y la Auxiliar de Gestión de Calidad. En concordancia con esa idea se citaron a los propuestos a una reunión y en

esa misma oportunidad se establecieron las funciones del Comité de Calidad, los cuales fueron documentados en un acta para dejar evidencia del compromiso adquirido, siendo ésta la primera acta de este comité. El acta se puede encontrar en el anexo C del Manual de Calidad de la UMQ que es el *anexo B* de este proyecto. A continuación se describen las funciones del Comité de Calidad de la UMQ que se acordaron:

- ❖ Implementar un sistema de garantía de calidad basado en el Sistema Único de Acreditación en Salud
- ❖ Promover activamente la satisfacción de los clientes
- ❖ Promover activamente la eficiencia y la efectividad
- ❖ Implementar los procesos de auditoria para el mejoramiento de la calidad
- ❖ Construir el direccionamiento estratégico de la institución
- ❖ Asegurar el cumplimiento de los requisitos tanto del cliente, como los legales y reglamentarios

#### 8.1.2 *Representante de la Gerencia*

Para dar cumplimiento al requisito No 5.5.2 de la norma ISO 9001:2000 el Gerente General de Coomultrasan ha nombrado al Director Administrativo y de Gestión Humana como el representante ante el SGC y en mutuo acuerdo con el Comité de Calidad le ha definido las siguientes responsabilidades (complementarias a sus funciones):

- ❖ Lograr que el Sistema de Gestión de la Calidad se establezca, implante y mantenga de acuerdo con la Norma ISO 9001:2000.
- ❖ Informar a la Dirección General acerca del desempeño del SGC y de cualquier necesidad de mejora.
- ❖ Asegurar que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente, en todos los niveles de la organización.
- ❖ Establecer enlace con organizaciones externas en asuntos relacionados con el SGC.
- ❖ Convocar a reuniones del Comité.

Asimismo, tiene la autoridad para:

- ❖ Autorizar cambios en el manual de calidad y en los procedimientos requeridos por la Norma ISO 9001:2000.
- ❖ Revisar los avances del SGC y de los mecanismos de mejora continua, así como de su vigencia.
- ❖ Autorizar el Plan de Auditoría.

## 8.2 SOCIALIZACION DE LA DOCUMENTACIÓN

Para el manejo eficiente de la documentación se determinó que esta debía estar en fólderes ubicados según se requirieran en cada uno de los puestos de trabajo. Una vez los Coordinadores de Área junto con la Auxiliar de Gestión de Calidad clasificaron la información según la necesidad de uso por puesto de trabajo y determinaron el cronograma de reuniones con diferentes grupos de personal asistencial, la Auxiliar de Gestión de Calidad imprimió y colocó en fólderes los documentos requeridos para proceder a su distribución.

Para lograr que la divulgación de los documentos fuera completa, se procedió a dar una reunión de tipo informativo a los diferentes grupos. El Cronograma fue el siguiente:

Cuadro 3. Cronograma de Reuniones para Socialización de Documentos

GRUPO	FECHA
- Enfermeras Jefes de la Sede de Cabecera II	Abril 4 DE 2005
- Enfermeras Jefes de las otras Sedes (incluyendo Cafesalud)	Abril 4 de 2005
- Auxiliares de Higiene Oral y Auxiliares de Odontología (incluyendo Cafesalud)	Abril 15 de 2005
- Odontólogos de las sedes de Cañaveral, Poblado, Cafesalud y de Diagnostico de Dental Center	Abril 18 de 2005
- Odontólogos de tratamiento de Dental Center	Abril 19 de 2005
- Auxiliares de Enfermería (incluyendo Cafesalud)	Abril 25 de 2005

La sede de Cafesalud de la Carrera 27 es una IPS que es administrada por Coomulturasan y que por ser IPS de Cafesalud no se incluyó dentro del alcance del proyecto, pero que en el momento de la documentación de los procesos asistenciales de Promoción y Prevención, y Odontología se incluyó debido a que son manejadas por los mismos Coordinadores de Área y se busca que se allí se manejen los mismos procesos que en las otras sedes

En estas reuniones, a cada uno de los grupos se les dio una capacitación sobre la elaboración y control de documentos en esta se trataron los siguientes temas:

Tabla 3. Temas reuniones Socialización de Documentos

- ❖ La importancia de la documentación
- ❖ La estructura y manejo del listado maestro de documentos
- ❖ El contenido del encabezado
- ❖ Los elementos de las dos primeras hojas de los documentos
- ❖ El contenido de los procedimientos
- ❖ La ubicación de los documentos
- ❖ La manera de plantear cambios a los documentos
- ❖ Los mecanismos de control para el manejo y aplicación de documentos.

También se realizó una reunión con el personal encargado del manejo de Historias Clínicas y Fichas Odontológicas en las diferentes sedes, con el fin de darles a conocer y entregarles el Manual de Manejo de Historias Clínicas; debido a que este documento maneja el formato y la estructura propuesta por el documento PR-GC-01 "Procedimiento para elaboración y control de documentos", en la reunión también se les explicaron los temas mencionados anteriormente.

La entrega de los documentos a los médicos encargados de Promoción y Promoción en las diferentes sedes se realizó personalmente explicándoles también cada uno de los temas mencionados anteriormente.

En cuanto al manejo de la información en forma magnética, se creó una carpeta llamada SGC, en el equipo del Auxiliar de Gestión de Calidad, en la cual se encuentran organizados por procesos todos los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de la Unidad Medica Quirúrgica I.P.S.

### **8.3 EVIDENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN**

Además de los registros generados durante la entrega y modificación de los documentos del SGC de la UMQ, como evidencias de implementación del SGC, se obtuvieron informes con los resultados de la implementación de los subprocesos de Auditoría de Historias Clínicas, Manejo de indicadores de Gestión Médica, Manejo de Quejas y Reclamos, y Realización y análisis de encuestas de Satisfacción del Usuario, los cuales son información confidencial de Coomultrasan.

A continuación se presentara un resumen de las generalidades de la implementación de cada uno de los anteriores subprocesos y las conclusiones obtenidas mediante los resultados arrojados por cada uno de ellos:

**8.3.1 Auditoría de Historias Clínicas** La primera auditoría de Historias Clínicas se llevo a cabo en la sede de la Carrera 35ª, a los 3 médicos que allí laboran, cumpliendo un cronograma de actividades que incluyo la divulgación de los parámetros de evaluación, reunión con los médicos, inicio de proceso de evaluación, consolidación de los resultados de auditorias, presentación de resultados en Comité de Historia Clínica, reunión de grupo de trabajo para analizar resultados elegidos para ser evaluados; y definición de la muestra representativa de Historias Clínicas a analizar.

Los resultados que se obtuvieron, mediante el cumplimiento del Procedimiento de Auditorías a Historias Clínicas y Fichas Odontológicas (*anexo A*), el Instructivo para Auditoria de Historias Clínicas Medicas (*anexo A*), y el diligenciamiento de los formatos que se incluyen en el *anexo C* de este proyecto, constituyen una medición de calidad del servicio prestado al usuario, obtenida de manera indirecta a través del contenido y racionalidad técnico científica e integralidad en el diligenciamiento de la historia clínica por parte de cada uno de los médicos.

De los resultados obtenidos se pudieron sustraer conclusiones referentes a:

- ❖ La descripción del manejo no farmacológico recomendado y las remisiones a programas de Promoción y Prevención que realiza cada uno de los médicos evaluados.
- ❖ La manera como los médicos están dejando registro de las actividades de anamnesis y antecedentes, mediante la descripción de síntomas asociados que pueden incidir en su condición de salud, la descripción de antecedentes traumáticos y ocupacionales del paciente adulto, y la descripción de antecedentes perinatales, de inmunizaciones y alimentarios en paciente pediátrico.
- ❖ Las diferencias o semejanzas existentes entre las Historias Clínicas diligenciadas por los diferentes médicos
- ❖ Los aspectos hacia los que deben estar enfocadas las acciones que se deben ejecutar para mejorar continuamente la calidad del servicio al usuario
- ❖ La pertinencia de aplicar este instrumento a todos los médicos de todas las sedes de la UMQ, teniendo en cuenta si los aspectos evaluados y la herramienta empleada son los adecuados para lograr el objetivo establecido

8.3.2 *Manejo de Indicadores de Gestión Médica* El manejo y análisis de indicadores fue realizado inicialmente en la Sede de Cafesalud de la Carrera 27 (IPS que es administrada por Coomultrasan y que por ser IPS de Cafesalud no se incluyó dentro del alcance del proyecto), debido a que el sistema informático allí manejado permite realizar el proceso de manera más ágil.

Los resultados obtenidos durante su manejo en los meses de Febrero, Marzo y Abril permiten obtener conclusiones acerca de:

- ❖ La relación existente entre el número de pacientes atendidos y el número de remisiones a niveles de mayor complejidad realizadas por cada uno de los médicos y los cambios presentes en esta relación en los diferentes periodos de análisis y entre los diferentes médicos
- ❖ La relación existente entre el número de exámenes de laboratorio y el número de pacientes atendidos por cada uno de los médicos, y los cambios presentes en esta relación en los diferentes periodos de análisis y entre los diferentes médicos
- ❖ La relación existente entre el número de imágenes diagnósticas autorizadas y el número de pacientes atendidos por cada uno de los médicos, y los cambios presentes en esta relación en los diferentes periodos de análisis y entre los diferentes médicos
- ❖ La relación existente entre el número de fórmulas prescritas y el número de pacientes atendidos por cada uno de los médicos, y los cambios presentes en esta relación en los diferentes periodos de análisis y entre los diferentes médicos
- ❖ La relación existente entre el costo total de la prescripción y el número de fórmulas prescritas por cada uno de los médicos, y los cambios presentes en esta relación en los diferentes periodos de análisis y entre los diferentes médicos
- ❖ La relación existente entre el número de consultas atendidas del periodo y el total de horas laboradas por cada uno de los médicos, y los cambios presentes en esta relación en los diferentes periodos de análisis y entre los diferentes médicos
- ❖ Los resultados generales obtenidos por cada médico teniendo en cuenta los resultados obtenidos en cada uno de los indicadores, en los diferentes periodos.

Conociendo la información que es posible obtener mediante la realización de este proceso, se vio que era importante implementar el manejo de esos indicadores en las otras sedes de la UMQ para mantener un mayor control sobre la gestión medica, con este fin se adapto el manejo de indicadores al sistema informático de las otras sedes elaborando el Procedimiento para manejo de Indicadores de Gestión Médica (*anexo A*), creando las fichas técnicas de indicadores, y desarrollando herramientas en Excel en las que se manejan los formatos que se encuentran en el *anexo C* de este proyecto.

8.3.3 *Manejo de Quejas y Reclamos* La oficina de quejas y reclamos fue abierta al publico el primer día de marzo de 2005 en la Sede I, y desde este momento se empezó a cumplir el Procedimiento para recolección y manejo de quejas y reclamos de usuarios (*anexo A*) y a usar el formato que se encuentra en el *anexo C* de este proyecto para recolectar las quejas y reclamos presentadas por los usuarios. La encargada de esta oficina es un enfermera jefe, debido a que en esta oficina también se asignan las citas no programadas después de una valoración del estado del usuario.

Los resultados obtenidos durante el mes de marzo reflejan que mediante el manejo establecido para las quejas y reclamos de los usuarios se puede obtener información acerca de:

- ❖ Los servicios asistenciales o de apoyo que están causando mayor cantidad de quejas y reclamos por parte de los usuarios
- ❖ Los factores internos que están causando las quejas en esos servicios asistenciales o de apoyo
- ❖ Las acciones a realizar para solucionar cada una de las quejas que pueden ser llevadas a la realidad por parte de la persona encargada
- ❖ La manera como los usuarios reciben la información acerca de las acciones a realizar para solucionar cada una de las quejas en el momento en el que se le comunican.

8.3.4 *Realización y Análisis de Encuestas de Satisfacción del Usuario* Las encuestas de satisfacción del usuario fueron aplicadas a usuarios de todos los servicios de la Unidad Medica Quirúrgica: consulta externa, promoción y prevención, consulta odontológica y farmacia, según el Procedimiento para realización y análisis de encuestas de satisfacción del cliente (*anexo A*). Se evaluaron en todas las etapas del proceso de atención (asignación de citas, recepción, consulta asistencial y entrega de

medicamentos), diferentes aspectos que han sido considerados por estudios e investigaciones del sector salud en diferentes niveles como las variables de satisfacción del servicio de mayor relevancia para los usuarios.

El diseño de la investigación y la ficha técnica de la encuesta se encuentran a continuación

Tabla 4. Diseño de la Investigación para determinar la Satisfacción del Usuario

**Tipo de Diseño de la investigación:** Investigación de tipo concluyente descriptiva con diseño de muestra representativa individual.

**Técnica de muestreo:** Se selecciono como técnica un muestreo de tipo probabilístico aleatorio sin reemplazo.

**Recopilación de datos:** Encuesta personal a una muestra representativa de usuarios en cada una de las sedes de la Unidad Médica Quirúrgica.

**Tamaño de muestra representativa:**

$n$  = Tamaño de muestra representativa

$N$  = tamaño de la población objeto de estudio

$p$  = probabilidad de que se presente la condición (factor de éxito)

$q$  = probabilidad de que no se presente la condición

$e$  = error muestral

Fórmula para la proporción poblacional de Población Finita:

$$n = \frac{Npq}{z^2 pq + e^2(N-1)}$$

Tabla 5. Ficha Técnica de la Encuesta

<p><b>Lugar de realización:</b> Sedes de la Unidad Médica Quirúrgica.</p> <p><b>Fecha de realización:</b> Noviembre 22 al 27, Diciembre 01 al 04</p> <p><b>Número de encuestas:</b> 1049 encuestas</p> <p><b>Tiempo por encuesta:</b> 4.5 minutos - 2.5 minutos</p> <p><b>Error estándar:</b> 0.06</p> <p><b>Personal requerido:</b> Cuatro (4) encuestadores. Se capacitó al personal tanto en la ejecución del cuestionario como en los servicios y procesos de atención de la institución. Se supervisó las actividades e información recolectada, validando así la información presentada por los encuestadores.</p>
--

La información que se obtuvo de la aplicación de estas encuestas incluye la evaluación de todos los servicios de la Unidad Médica Quirúrgica: consulta externa, promoción y prevención, consulta odontológica y farmacia. Mediante la aplicación de la metodología utilizada se puede obtener información acerca de:

- ❖ Las dimensiones de calidad del servicio más importantes y valoradas por los usuarios de la I.P.S., definidas por ellos mismos con la importancia que cada una representa como variable de satisfacción en cada una de las áreas
- ❖ Las principales causas de inconformidad por servicio
- ❖ La percepción de los usuarios acerca de los diferentes variables
- ❖ Tema en el que se deben enfocar los planes de mejoramiento
- ❖ Acciones y planes de mejoramiento para cada una de las principales Causas de inconformidad del servicio, definidas por cada servicio: Consulta externa, Promoción y Prevención, y Odontología, estableciendo prioridades de acuerdo a las dimensiones de calidad del servicio definidas por los usuarios.

## **9. AUDITORIA INTERNA**

Al finalizar el desarrollo del proyecto se decidió realizar la planificación, programación, ejecución y documentación de una Auditoría Interna con el objetivo de evaluar el SGC y plantear acciones correctivas que permitan mantener y mejorar el sistema. Como resultado de la implementación del procedimiento de Auditoría Interna se obtuvieron los registros que se encuentran en el *anexo D* de este proyecto.

La planificación de la Auditoría se realizó diligenciando el formato Plan de Auditoría, en el que se plantean el objetivo, el alcance, el equipo auditor, los procesos a auditar, los criterios de auditoría y el itinerario. Este registro se encuentra en el *anexo D* de este proyecto.

Para la realización de la Auditoría se contó con la colaboración de una Enfermera Jefe con título de Auditor Interno y Diplomado en SGC ISO 9001, quien elaboró la lista de verificación y el Informe Resultado de Auditoría Interna y de las acciones de seguimiento que se encuentran en el *anexo D* de este proyecto.

Con base en estos registros y las diferentes necesidades de la UMQ que se observaron durante el desarrollo del proyecto y no pudieron ser satisfechas, se pueden extraer los resultados que se enuncian a continuación:

### **9.1 EVALUACION DE SUFICIENCIA DEL SGC**

El Sistema de Gestión de la Calidad de la UMQ se encuentra diseñado y documentado en su totalidad, teniendo claramente definidos los procesos que lo conforman, las relaciones entre ellos y los documentos utilizados en cada uno de ellos.

En cuanto a la etapa de implementación esta se ha realizado totalmente en los procesos de Asignación de Citas, Atención Odontológica, Atención Promoción y Prevención, Atención Consulta Externa y Manejo de Historias Clínicas, al igual que en los procesos de Gestión Gerencial, Gestión Humana, Recepción del Usuario, Gestión de Calidad, Gestión de Compras, y Mantenimiento General y Manejo de Residuos.

También en el SGC de la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S. su dirección aplica un enfoque basado en procesos mediante el establecimiento de un mapa de procesos, una tabla de sus relaciones, y la caracterización de cada uno de sus procesos, que permiten definir los procesos de prestación del servicio desde sus entradas hasta sus salidas.

La dirección de la UMQ demuestra su liderazgo, compromiso y participación mediante la designación de un Comité Director de Calidad y el nombramiento de un representante de la Gerencia en este Comité.

Las necesidades y expectativas de los clientes finales se han definido claramente mediante la realización de encuestas de satisfacción del usuario, y las necesidades y expectativas del cliente intermedio se están definiendo actualmente reuniones con el Coordinador Medico de SaludCoop de las que es necesario empezar a llevar actas para dejar evidencia de los aspectos tratados.

En cuanto a la administración del talento humano se ha definido un procedimiento de evaluación de desempeño y una metodología para establecer un plan de capacitaciones anual, que permita identificar y satisfacer las necesidades de reconocimiento, satisfacción del trabajo, competencia y desarrollo del conocimiento del personal

Mediante la solicitud de información de los proveedores de insumos y servicios esenciales para la prestación de los servicios de la Unidad Médica Quirúrgica, su seguimiento y evaluación se han empezado a establecer alianzas con los proveedores que permitan beneficios mutuos. Además para los productos y servicios que se adquieren fuera de la organización se tienen establecidos mecanismos claros de control para asegurar que los usuarios también se beneficien.

Así mismo la UMQ asegura la consideración de los requisitos legales y reglamentarios por parte de todo su personal, mediante el levantamiento de procedimientos claros y de fácil consulta que realmente reflejen las metodologías empleadas en la prestación de los servicios, y la ubicación de estos procedimientos en los consultorios y oficinas que se considere necesario. Además se están realizando auditorias de Historias Clínicas y Fichas Odontológicas que permiten verificar que realmente las metodologías que están establecidas sean las practicadas por todo el personal.

La Unidad Medica Quirúrgica tiene establecida una Política de Calidad que asegura que las necesidades y expectativas de sus diferentes tipos de clientes son entendidas, y que guía a la organización a mejoras visibles y esperadas que permitan cumplir la visión de futuro de la organización.

Con el fin de asegurar que la infraestructura que se tiene es apropiada para la consecución de los objetivos de la organización y que se mantiene en las condiciones adecuadas, se ha establecido un conjunto de actividades que permitirá terminar de implementar y mantener el Plan de Gestión

Integral de Residuos Hospitalarios, y además se ha elaborado una lista de Chequeo que permitirá controlar los diferentes programas que conforman este plan.

Se han implementado actividades que permiten a la dirección de la UMQ recolectar información que conlleve a tomar acciones basadas en hechos, como son las auditorias de Historias Clínicas y Fichas Odontológicas, el manejo de Indicadores de Gestión Medica, la realización de encuestas de satisfacción del usuario y el establecimiento de la oficina de atención al usuario para recolectar y manejar las quejas y reclamos de los usuarios.

Con el fin de asegurar que los procesos de compra permitan adquirir productos que satisfagan las necesidades de la organización, cada uno de los procesos asistenciales (Atención de Consulta Externa, Atención de Promoción y Prevención y Atención Odontológica), a definido un listado de especificaciones de los productos que requieren, elaborado con la colaboración de los prestadores del servicio que son quienes realmente conocen la calidad y durabilidad de esos productos.

La Unidad Médica Quirúrgica tiene establecidos procesos de verificación y de validación, como son las auditorias de Historias Clínicas y Fichas Odontológicas, y el manejo de indicadores que permiten evaluar la pertinencia, eficacia y efectividad de los procesos que se llevan a cabo.

Se han establecido controles a los procesos de calibración de los equipos de medición y seguimiento que realizan proveedores de estos servicios con el fin de garantizar que se están obteniendo y usando los datos correctos.

Las actividades de medición, análisis y mejora que se han establecido por la UMQ para asegurarse de que el desempeño de la organización resulta en la satisfacción para las partes interesadas, consisten en las auditorias e Historias Clínicas y Fichas Odontológicas, el manejo de Indicadores de Gestión Médica, las evaluaciones de satisfacción del usuario, las evaluaciones del desempeño y las evaluaciones periódicas a los proveedores

La UMQ estableció un procedimiento de auditorias internas con el fin de obtener información del SGC que permita establecer mecanismos de mejora.

Se establecieron procedimientos de control de producto no conforme, acciones correctivas y acciones preventivas, con el fin de usar la información obtenida en la revisión por la dirección, la auditoria interna y las diferentes actividades de medición y análisis que se han establecido

Con el fin de obtener retroalimentación de las acciones de mejora que se realicen se han establecido en los formatos de Informe de No Conformidad y Acciones Correctivas y Preventivas, espacios que permiten llevar un histórico que permite registrar y comparar fácilmente los resultados.

## **9.2 PLANEACIÓN DE ACTIVIDADES**

Después de hacer un diagnóstico de los diferentes procesos de la UMQ, teniendo en cuenta los resultados de la auditoría y las observaciones realizadas durante el desarrollo del proyecto, se hicieron 2 planeaciones de actividades, uno para el proceso Manejo de Historias Clínicas y otro para el proceso Mantenimiento General y Manejo de Residuos

*9.2.1 Proceso Manejo de Historias Clínicas* Debido a que la Historia Clínica es definida por el Ministerio de Protección Social como un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención, y a que su manejo también es regido por esta entidad mediante resoluciones como la 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, se decidió hacer un diagnóstico al área de archivo de Historias Clínicas de cada una de las sedes entablando reuniones informales con cada uno de los responsables de cada uno de los archivos, con el fin de establecer un plan de mejora que permita cumplir a cabalidad con la reglamentación existente. El resultado de este diagnóstico y la planeación de actividades se encuentran en el *anexo D* de este proyecto.

*9.2.2 Proceso Mantenimiento General y Manejo de Residuos* Para el cumplimiento del Decreto 2676 de 2000, por el cual se reglamenta la Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y similares, la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S cuenta con un Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios, el cual consta de dos partes, una que corresponde al Diagnóstico Sanitario y Ambiental, y la otra que comprende seis programas básicos para garantizar un manejo integral de residuos. De estos seis programas se encuentra funcionando actualmente solo, de manera parcial, el Programa de Manejo de Residuos Hospitalarios.

Para el Programa de Seguridad Industrial y Salud Ocupacional, durante el desarrollo de este proyecto, se elaboro un Manual de Normas de Bioseguridad.

Con el fin de que este estos programas se implementen y mantengan en su totalidad se elaboro una Planeación de Actividades que se encuentra en el *anexo D* de este proyecto

## 10. OBJETIVOS ALCANZADOS DESPUES DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

*Conocer detalladamente el funcionamiento de la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S de Coomultrasan, su historia, ubicación, productos, procesos e interacciones, recursos, talento humano, mercado atendido y capacidad disponible.*

Durante el desarrollo del proyecto, en la etapa inicial de inducción y diagnóstico se realizaron reuniones con el Coordinador de Organización y Métodos de Coomultrasan, en las que se conocieron las generalidades de la organización tales como historia y ubicación de las sedes. También se llevaron a cabo reuniones con la Directora Administrativa de la UMQ, el Coordinador Medico, la Coordinadora de Odontología y la Coordinadora de Promoción y Prevención, en las que se definieron los diferentes áreas que participaban en la prestación de servicios de la UMQ, y las actividades que en cada una de estas se llevan a cabo. En esta etapa también se conocieron las instalaciones físicas y el talento humano de cada una de las sedes.

Luego en la etapa de documentación se tuvo contacto con el responsable de cada una de las actividades, de esta manera se conocieron los pasos que se realizaban, los recursos necesarios y las interacciones que cada una de estas actividades tenía con las otras actividades

*Realizar un diagnóstico de la situación actual de la UMQ mediante la aplicación de una lista de chequeo que involucra todos los numerales de la norma NTC-ISO 9001: 2000, y el análisis de los resultados.*

Con la información obtenida mediante las reuniones mencionadas anteriormente se procedió a comparar el estado observado de la Unidad Médica Quirúrgica IPS con los requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001: 2000 usando la herramienta proporcionada por la norma ISO 9004, y aplicando la metodología que se encuentra en el *capítulo 5* de este proyecto que permite obtener los resultados que se observan en el mismo capítulo.

*Diseñar y documentar el Sistema de Gestión de Calidad para la UMQ, elaborando el manual de calidad, los procedimientos, instructivos, registros y formatos necesarios para el aseguramiento de las actividades que intervienen en la calidad de los servicios suministrados.*

Durante el desarrollo de este proyecto se diseñó y documentó el SGC de la UMQ elaborando el mapa de procesos de la Unidad Médica Quirúrgica I.P.S. que se encuentra en el *numeral 7.1.1* de este proyecto y en el numeral 5.3 del Manual de Calidad que es el *anexo B* de este proyecto, y las caracterizaciones de cada uno de sus procesos que se encuentran en el anexo A del Manual de Calidad, estableciendo la Política y los Objetivos de Calidad que se encuentran en el *numeral 7.2.1* de este proyecto y en los numerales 5.1 y 5.2 del Manual de Calidad.

Además se elaboraron todos los documentos requeridos por cada uno de los procesos de la Unidad Médica Quirúrgica IPS, estos se encuentran descritos a partir del *numeral 7.3* hasta el *numeral 7.13* de este proyecto, y algunos de estos se encuentran dentro del *anexo A* de este proyecto

*Implementar los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad bajo los lineamientos de la Norma NTC-ISO 9001, con la participación de directores y personal asistencial de la UMQ.*

Durante el desarrollo de este proyecto la implementación se realizó totalmente en los procesos de Asignación de Citas, Atención Odontológica, Atención Promoción y Prevención, Atención Consulta Externa y Manejo de Historias Clínicas. Parcialmente la implementación se realizó en los procesos de Gestión Gerencial, Gestión Humana, Recepción del Usuario, Gestión de Calidad, Gestión de Compras, y Mantenimiento General y Manejo de Residuos. Lo referente a la implementación que se llevó a cabo se puede encontrar en el *capítulo 8* de este proyecto.

*Realizar una auditoría Interna, con el fin de controlar y verificar el cumplimiento del SGC, efectuando los ajustes necesarios para garantizar la efectividad de la documentación e implementación del sistema.*

Con el fin de determinar el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad logrado durante el desarrollo del proyecto se realizó una auditoría por parte de una persona externa a la organización, siguiendo los pasos establecidos por la UMQ para la realización de Auditorías Internas, la metodología usada y los resultados se encuentran en el *capítulo 9* y los registros en el *anexo D* de este proyecto.

## 11. CONCLUSIONES

- ❖ La Familia de Normas ISO 9000, no puede verse simplemente como una Certificación a Nivel Internacional, si bien es cierto que ésta es una llave que abre muchas puertas en el mercado internacional y es una garantía de mantenimiento en el mercado nacional; la verdadera esencia de la Norma radica en encaminar a toda la organización hacia el Mejoramiento Continuo. Los Directivos de Coomultrasan y de la Unidad Médica Quirúrgica IPS hoy en día son concientes de esta realidad, y ven en la Norma ISO 9000 una ventaja competitiva, no sólo, por la posterior certificación, sino por la posibilidad de organizarse y garantizar a sus clientes que los procesos internos de la empresa son lo suficientemente eficaces como para asegurar la calidad del servicio resultante.
- ❖ Lograr el compromiso total de la Alta Dirección, en este caso de la Gerencia General de Coomultrasan y la Dirección Administrativa de la UMQ, no sólo es un requisito de la Norma ISO 9001, es una gran parte de la clave del éxito tanto en el diseño como en la implementación del Sistema. Durante este trabajo se logró alcanzar este compromiso por parte de los integrantes del Comité Director de Calidad, quienes apreciaron el Sistema de Gestión de la Calidad no sólo como un certificado sino como una herramienta hacia el mejoramiento continuo. Este compromiso se reflejó especialmente en su participación y colaboración, sin desconocer que la cantidad de ocupaciones de estas personas se constituyen en ocasiones en un obstáculo difícil de sortear.
- ❖ La elaboración de los documentos (procedimientos e instructivos) de la Unidad Médica Quirúrgica IPS, y la identificación y elaboración de los formatos y registros de calidad, dan la solidez necesaria para mejorar y mantener el sistema de gestión de calidad propuesto por la norma; esto si esta acompañado de un equipo de trabajo (Gerente, Director, Coordinadores, funcionarios) que este comprometido con la mejora continua en favor de tener clientes satisfechos en el tiempo.
- ❖ El diseño del Sistema de Gestión de la Calidad tuvo éxito gracias a dos factores importantes, el primero de ellos es la planeación, pues con base en la situación inicial se realizó una completa y efectiva planeación de las actividades involucradas dentro del proyecto, y esto permitió saber con seguridad hacia donde se dirigirían todos los esfuerzos.

El segundo factor de éxito estuvo en la participación de todo el personal durante el proceso de documentación, pues los directos implicados relataron los pasos a seguir y colaboraron en el diseño de los formatos. Esta cooperación permitió que los documentos elaborados fueran realmente aplicables y fáciles de usar.

- ❖ El trabajo realizado en Unidad Médica Quirúrgica IPS de Coomultrasan, permitió diseñar, documentar e implementar parcialmente el Sistema de Gestión de Calidad para dar cumplimiento a la Norma ISO 9001:2000, por lo tanto puede considerarse que se dio cumplimiento al objetivo de este trabajo. Sin embargo vale resaltar que el mayor beneficio obtenido de este proyecto lo representa la experiencia adquirida, conocer lo que es realmente la vida laboral, demostrar que los conocimientos adquiridos durante cinco años de estudio son aplicables a una empresa, y que son una herramienta para encaminarla hacia un mejoramiento continuo.

## 12. RECOMENDACIONES

- ❖ Continuar con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad revisando, aprobando y dando a conocer los documentos, debido a los beneficios que trae para la UMQ y el interés que tiene ésta por mejorar cada día los servicios prestados, de tal forma que los funcionarios aumenten su compromiso por mantenerlo y mejorarlo cada día. La mayoría de documentos que faltan por revisión y aprobación deben recibirla en las reuniones periódicas del Comité de Calidad.
- ❖ Mantener los documentos del sistema de gestión de calidad actualizados, de tal manera que correspondan a cualquier cambio en la estructura organizacional o manera de operación de la UMQ; que los nuevos documentos del SGC de la Unidad Médica Quirúrgica se hagan según el Procedimiento para Elaboración y Control de Documentos que este en vigencia
- ❖ Llevar a cabo las auditorías internas necesarias, según el procedimiento establecido para ello, que asegure el funcionamiento correcto del SGC de la UMQ, incluyendo inicialmente en estas auditorías personal externo con conocimientos en la materia, de tal manera que los compromisos por corregir y prevenir cualquier no conformidad que se encuentre en las auditorías, aumenten con la participación de personas con experiencia y responsabilidad.
- ❖ Los integrantes del Comité de Calidad deben planear, programar y llevar a cabo periódicamente, encuestas de satisfacción del cliente que permitan establecer la eficacia del sistema de gestión de calidad que se mantenga y así se puedan tomar las medidas necesarias para su mejoramiento.
- ❖ El Comité Director de Calidad debe ofrecer capacitaciones acerca de los fundamentos de la norma ISO 9001:2000 a todo su personal con el fin de lograr aun mas sentido de pertenencia con el SGC.
- ❖ El Comité Director de Calidad de la UMQ debe liderar todos los procesos de mejoramiento que se desplieguen dentro de la coordinación de tal manera que el ejemplo sea el camino de enseñanza mas corto y seguro tanto para el personal de la Unidad Médica Quirúrgica como para las otras áreas de negocio de Coomultrasan.

## BIBLIOGRAFIA

- ❖ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Sistema de Gestión de Calidad. Fundamentos y Vocabulario NTC ISO 9000. Bogotá D.C. ICONTEC. 2000.
- ❖ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Manual para las pequeñas empresas. Guía sobre la norma ISO 9001:2000. Bogota-Colombia. ICONTEC. 2001
- ❖ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC ISO 9001:2000. Guía de interpretación y aplicación para instituciones prestadoras de servicios de salud IPS. Bogotá D.C. ICONTEC. 2002
- ❖ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. ISO 9004: 2000 Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora del desempeño. Bogotá D.C. ICONTEC. 2000
- ❖ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. 19011:2002 Directrices para la auditoria de los sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental. Bogotá D.C. ICONTEC. 2002
- ❖ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACION ICONTEC. Directrices para la documentación del sistema de gestión de la calidad. Guía técnica colombiana 10013. Bogotá D.C. ICONTEC. 2002
- ❖ MEMORIAS DIPLOMADO EN GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2000. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Septiembre a Diciembre de 2004
- ❖ <http://www.icontec.org.co/ntciso9000/ntciso9000.htm>
- ❖ [http://www.emprendedor.com/Iso9000/00\\_contenido.htm](http://www.emprendedor.com/Iso9000/00_contenido.htm)

