

**DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA LA EMPRESA SOCIAL
DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA, SEGÚN LA NORMA
TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA NTCGP 1000:2004**

JENNY JOHANA CELIS RIVERA

**ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA PÚBLICA
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
BUCARAMANGA
2008**

**DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA LA EMPRESA SOCIAL
DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA, SEGÚN LA NORMA
TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA NTCGP 1000:2004**

**TRABAJO DE MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GERENCIA PÚBLICA**

**DIRECTOR
Dr. HOLGER VELANDIA**

**ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA PÚBLICA
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
BUCARAMANGA**

2008

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| LISTA DE TABLAS | 8 |
| LISTA DE FIGURAS | 9 |
| LISTA DE ANEXOS | 10 |
| | |
| INTRODUCCIÓN | 11 |
| | |
| 1 OBJETIVOS | 15 |
| | |
| 1.1 OBJETIVO GENERAL..... | 15 |
| 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 15 |
| 1.3 ALCANCE..... | 15 |
| 1.4 JUSTIFICACIÓN..... | 15 |
| | |
| 2 MARCO CONCEPTUAL | 18 |
| | |
| 2.1 LA ORGANIZACIÓN ISO..... | 18 |
| 2.1.1 Familia de las Normas ISO 9000..... | 19 |
| 2.1.2 Orígenes de las Normas ISO 9000..... | 20 |
| 2.1.3 Estado Actual de la Familia de Normas ISO 9000..... | 20 |
| 2.2 LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA..... | 22 |
| 2.3 SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD..... | 23 |
| 2.3.1 Sistema Único de Habilitación..... | 23 |
| 2.3.2 Sistema Único de Acreditación..... | 24 |
| 2.3.3 Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud..... | 25 |
| 2.3.4 Sistema de Información para la Calidad..... | 25 |
| 2.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTCGP 1000:2004 GENERALIDADES DE LA NORMA Y APLICACIÓN A LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA..... | 26 |

| | |
|--|----|
| 3 ESTRUCTURA GENERAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL | 29 |
| 3.1 MISIÓN..... | 29 |
| 3.2 VISIÓN..... | 29 |
| 3.3 PRINCIPIOS INSTITUCIONALES..... | 29 |
| 3.4 VALORES..... | 30 |
| 3.5 OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD..... | 30 |
| 3.5.1 Urgencias..... | 30 |
| 3.5.2 Consulta Externa..... | 30 |
| 3.5.3 Hospitalización..... | 32 |
| 3.5.4 Laboratorio Clínico..... | 32 |
| 3.5.5 Farmacia..... | 33 |
| 3.5.6 Odontología..... | 34 |
| 3.5.7 Promoción y Prevención..... | 34 |
| 3.6 POLÍTICA DE CALIDAD..... | 36 |
| 3.7 OBJETIVOS DE CALIDAD..... | 36 |
| | |
| 4 DISEÑO DE LA METODOLOGÍA PARA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 38 |
| 4.1 ETAPAS DE PLANIFICACIÓN..... | 39 |
| 4.2 ETAPAS DE REALIZACIÓN..... | 40 |
| 4.3 ETAPAS DE VERIFICACIÓN..... | 41 |
| 4.4 ETAPAS DE ACTUACIÓN..... | 42 |
| | |
| 5 DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL | 43 |
| 5.1 DIAGNOSTICO DEL ESTADO ACTUAL DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA..... | 43 |
| 5.1.1 Actividad 1: Evaluación de los Requisitos de la Norma NTC- GP 1000:2004..... | 43 |
| 5.1.2 Actividad 2: Diagnóstico de La ESE Hospital San Rafael de Oiba..... | 47 |
| 5.2 PLAN DE ACCIÓN..... | 48 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 6 | DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 50 |
| 6.1 | METODOLOGÍA PARA EL DISEÑO DE LOS DOCUMENTOS | 50 |
| 6.1.1 | Revisión Inicial | 51 |
| 6.1.2 | Documentación Teórica | 51 |
| 6.1.3 | Entrevistas con el Personal de Hospital | 51 |
| 6.1.4 | Elaboración de la Documentación | 52 |
| 6.1.5 | Revisión Preliminar | 52 |
| 6.2 | ESTABLECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA | 52 |
| 6.2.1 | Procesos de Dirección | 53 |
| 6.2.2 | Procesos Misionales | 53 |
| 6.2.3 | Procesos de Apoyo | 54 |
| 6.2.4 | Procesos de Medición, Análisis y Mejora | 54 |
| 6.3 | ESTRUCTURA DOCUMENTAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD | 55 |
| 6.3.1 | Documentos generados por el Sistema de Gestión de Calidad | 55 |
| 6.3.1.1 | Manual de Calidad | 55 |
| 6.3.1.2 | Manual de Procedimientos Administrativos | 58 |
| 6.3.1.3 | Manual de Procedimientos Misionales | 61 |
| 6.3.1.4 | Manual de Funciones y Responsabilidades | 63 |
| 6.3.1.5 | Documentos Específicos | 65 |
| 6.4 | PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS | 65 |
| 7 | RECOMENDACIONES PARA IMPLEMENTAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR LA NORMA NTC- GP 1000:2004 | 66 |
| 7.1 | ESTABLECIMIENTO DEL COMITÉ DE CALIDAD | 67 |
| 7.1.1 | Objetivos del Comité de Calidad | 67 |
| 7.1.2 | Funciones del Comité de Calidad | 67 |
| 7.1.3 | Representante de la Dirección | 68 |
| 7.2 | DIFUSIÓN DE LOS DOCUMENTOS | 69 |

| | |
|--|-----------|
| 8 RECOMENDACIONES PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD CON RESPECTO A LOS REQUISITOS DE LA NORMA NTCGP 1000:2004..... | 71 |
| 8.1 AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD..... | 71 |
| 8.1.1 Principios de Auditoria..... | 72 |
| 8.1.2 Enfoque de la Auditoria..... | 73 |
| 8.1.3 Objetivos de un Programa de Auditoria..... | 74 |
| 8.1.4 Extensión del Programa de Auditoria..... | 74 |
| 8.1.5 Responsabilidades del Programa de Auditoria..... | 74 |
| 8.1.6 Recursos del programa de Auditoria..... | 75 |
| 8.2 ACTIVIDADES DE LA AUDITORIA..... | 75 |
| | |
| 9 VERIFICACIÓN DE LOS OBJETIVOS PLANTEADOS PARA EL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD..... | 77 |
| | |
| 9.1 OBJETIVO 1..... | 77 |
| 9.2 OBJETIVO 2..... | 77 |
| 9.3 OBJETIVO 3..... | 78 |
| 9.4 OBJETIVO 4..... | 78 |
| | |
| CONCLUSIONES..... | 80 |
| RECOMENDACIONES..... | 82 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 83 |
| ANEXOS..... | 84 |

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Método para Análisis de Requisitos

Tabla 2. No Conformidades en cuanto a los Criterios según la Norma NTCGP 1000:2004

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distintivo de Servicio de Salud Habilitado (Ejemplo Laboratorio Clínico)

Figura 2. Ciclo de Calidad en Salud

Figura 3. Esquema de la Metodología de la Implementación

Figura 4. Estructura Documental del Sistema de Gestión de la Calidad

Figura 5. Ciclo de Mejora Continua PHVA para el Diseño de la Documentación

Figura 6. Relación Análisis-Descripción-Especificación el Cargo

Figura 7. Grado de Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad

Figura 8. Enfoque de la Auditoria

Figura 9. Actividades de la Auditoria

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. Programa de Capacitación

ANEXO B. Mapa de Procesos

ANEXO C. Desarrollo del Método: Mapa para el Análisis de Requisitos

ANEXO D. Lista de Chequeo (Diagnóstico Inicial)

ANEXO E. Listado Maestro de Documentos

ANEXO F. Listado Maestro de Registros

ANEXO G. Formulario Análisis Ocupacional

ANEXO H. Plano Hospitalario

ANEXO I. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

SUMMARY

TITLE¹:

DESIGN OF THE SYSTEM OF ADMINISTRATION OF THE QUALITY FOR THE SOCIAL COMPANY OF THE STATE HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA, ACCORDING TO THE NORM TECHNIQUE OF QUALITY IN THE PUBLIC ADMINISTRATION NTCGP 1000:2004.

AUTHOR:

JENNY JOHANA CELIS RIVERA²

KEY WORDS: System of administration of quality, NTCGP 1000:2004, Obligatory System of the Guarantee of the Quality of the Attention in Health, Health, Hospital.

DESCRIPTION:

The objective of the monograph is the Design of the System of Administration of the Quality (S.A.Q.) for the Social Company of the State Hospital San Rafael of Oiba, according to the Technical Norma of Quality in the Public Administration NTC-GP 1000.

The S.A.Q. design under the norm NTCGP 1000:2004 "Administration of the Quality in the Public sector", with the purpose to begin a process of quality guided to the benefit of excellent services of health and to adopt the Technical Norma of Quality in the Public Administration given by the Law 872 of 2003 and regulated by the Ordinance 4110 of 2004.

The design process thought about following the cycle of continuous improvement PHVA, beginning to this by means of the establishment of objectives, applicable theoretical and legal mark and the programming of the program of activities, where it was carried out the diagnose preliminary with the purpose of finding the grade of execution of the Hospital as for the Norma's Colombian Technique demands, subsequently it was carried out the sensitization and training to give beginning to the formal design of the documentation so much administrative as misional. They were ahead some implementation activities and they were carried out recommendations for the continuous improvement and the internal audit of the system of administration of the quality, with the purpose of verifying the execution of the activities described in the procedures and their adaptation to the requirements of the norm NTCGP 1000:2004.

¹ Monografía

² Escuela de Economía y Administración

Director de la Monografía: Doctor Holger Velandia

RESUMEN

TÍTULO³:

DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA, SEGÚN LA NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA NTCGP 1000:2004.

AUTOR:

JENNY JOHANA CELIS RIVERA⁴

PALABRAS CLAVES:

Sistema de gestión de calidad, NTCGP 1000:2004, Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, Salud, Hospital.

DESCRIPCIÓN:

El objetivo de la monografía es el Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C.) para la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Oiba, según la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTC-GP 1000.

El SGC se diseño bajo la norma NTCGP 1000:2004 "Gestión de la Calidad en el Sector Público", con el fin de iniciar un proceso de calidad guiado a la prestación de excelentes servicios de salud y adoptar la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública dada por la Ley 872 de 2003 y reglamentada por el Decreto 4110 de 2004.

El proceso de diseño se planteó siguiendo el ciclo de mejora continua PHVA, dando inicio a este mediante el establecimiento de objetivos, marco teórico y legal aplicable y la planeación del programa de actividades, donde se realizó el diagnostico preliminar con el fin de encontrar el grado de cumplimiento del Hospital en cuanto a las exigencias de la Norma Técnica Colombiana, seguidamente se realizó la sensibilización y capacitación para dar inicio al diseño formal de la documentación tanto administrativa como misional. Se adelantaron algunas actividades de implementación y se realizaron recomendaciones para el mejoramiento continuo y la auditoria interna del sistema de gestión de la calidad, con el fin de verificar el cumplimiento de las actividades descritas en los procedimientos y su adecuación a los requisitos de la norma NTCGP 1000:2004.

³ Monografía

⁴ Escuela de Economía y Administración
Director de la Monografía Doctor Holger Velandia

INTRODUCCIÓN

El Gobierno Nacional dentro del Plan de Desarrollo “Hacia un Estado Comunitario” establece con el fin de mejorar la competitividad de las entidades públicas, que deben adoptarse sistemas de calidad y eficiencia administrativa, razón por la cual se expidió la Ley 872 de 2003 reglamentada mediante el Decreto 4110 de 2004; estos sistemas de calidad propuestos tienen la finalidad de cualificar la prestación de servicios y procesos orientados al logro de los fines del Estado, a través de la modernización del Estado Colombiano. Con la adopción de estos sistemas, se entiende que el Gobierno Nacional está haciendo un llamado desde la administración pública a todos los representantes legales y servidores públicos sobre la importancia de fortalecer en sus entidades la ética pública, de cualificar la prestación de los servicios y de garantizar que los objetivos propuestos sean alcanzados brindándole al país un mayor posicionamiento a nivel nacional e internacional, a partir de la satisfacción de las necesidades de la ciudadanía y la transparencia y eficacia en el ejercicio de sus funciones.

El sistema de gestión de calidad planteado desde diferentes perspectivas aborda el quehacer organizacional creando en las entidades la necesidad de autogestionarse, trabajar coordinadamente y tener claramente definidos y organizados los objetivos con los cuales pretende darle cumplimiento a sus competencias legales y constitucionales bajo una óptica de la calidad y la ética institucional. En este mismo sentido, le exige a las entidades contar con personal idóneo y competente que a través del ejercicio de sus funciones contribuya a legitimar las acciones del Estado ante la ciudadanía y a fortalecer el compromiso y sentido de pertenencia a través de la creación de políticas orientadas al desarrollo del talento humano y de una cultura guiada hacia el control y la atención al ciudadano. Así mismo, a partir de la exigencia de la autoevaluación, la administración del riesgo y el mejoramiento continuo, plantea la necesidad de que las entidades comiencen a apropiarse de la responsabilidad que conlleva la realización efectiva de actividades. La implementación de aspectos como el desarrollo de la gestión por procesos, el ejercicio de la autorregulación que facilita el manejo de la información, el control a los procesos, el conocimiento y divulgación de la gestión en toda la entidad les brinda herramientas que contribuyen a la organización y funcionamiento efectivo de las entidades públicas.

El propósito primordial que tiene la monografía es entregar la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Oiba las bases que fundamentan el Sistema de Gestión de la Calidad, no solamente en cumplimiento de una ley, como lo es la 872 de 2004, sino también mostrar que implementar un Sistema armónico de calidad brindará a la Institución, unas herramientas de gestión y control básicas para el direccionamiento de las metas a corto y largo plazo.

1 OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar el Sistema de Gestión de la Calidad para la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Oiba, según la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTC-GP 1000.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar un diagnóstico preliminar, con el fin de conocer el estado actual de la E.S.E. Hospital San Rafael de Oiba, con respecto a los requisitos que la norma NTC-GP 1000 exige.
- Establecer el marco teórico y marco legal aplicable al proceso de diseño del Sistema de Gestión de la Calidad para la E.S.E. Hospital San Rafael de Oiba.
- Diseñar el Sistema de Gestión de la Calidad para la E.S.E. Hospital San Rafael de Oiba.
- Entregar las bases para la implementación y seguimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la E.S.E. Hospital San Rafael de Oiba.

1.3 ALCANCE

La ejecución de la presente monografía incluye la realización de un diagnóstico y diseño del Sistema de Gestión de la Calidad, referente a la aplicabilidad de las normas que rigen el sector público para la ESE Hospital San Rafael de Oiba, según los requisitos establecidos en la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTC-GP 1000:2004.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La legislación actual establece la calidad como un principio inherente al servicio público de salud que encuentra su justificación en la obligación del Estado de proteger la vida, la salud y la dignidad humana, cuando el ciudadano ejerce estos derechos en el Sistema de

Seguridad Social en Salud. Según lo anterior la calidad debe ser asumida como un compromiso serio, convencidos de los beneficios que representa no solo para los usuarios y sus familias, sino para las mismas Instituciones quienes la implementan como una inversión rentable, económica y social.

En esta línea el Ministerio de la Protección Social expidió el Decreto 2309, en octubre 15 de 2002 y sus Resoluciones reglamentarias, por el cual se definió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. Ésta norma introduce ideas innovadoras en nuestro medio como son los conceptos y abordajes metodológicos del mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario, el de la atención en salud en un entendimiento integral en el cual se incluyen tanto el aseguramiento como la prestación y desde la promoción y prevención, pasando por el diagnóstico y tratamiento hasta la rehabilitación de los usuarios, lo anterior soportado en fundamentos conceptuales como son las metodologías basadas en evidencia científicamente probada.

Según la concepción planteada por el decreto 2309/02 las actividades de mejoramiento de la calidad no se entienden en abstracto, van más allá, tienen entre otras la finalidad de promover, evaluar y mejorar la calidad. Para lograr este propósito crea cuatro componentes que establecen acciones concretas para garantizar su operativización, siendo ellos el Sistema Único de Habilitación, La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.

Es así como la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Oiba tiene como propósito, iniciar el proceso de diseño e implementación de la Norma Técnica Colombiana NTC-GP 1000, con el fin de integrar elementos normativos estipulados por el Ministerio de la Protección social, a través de la Secretaria de Salud de Santander, encontrando un avance significativo en la realización del "Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud" - **PAMEC**, el cual se presentó en el año 2006 donde se adelantó el proceso de Habilitación de la E.S.E., contando con el PAMEC del Hospital San Rafael de Oiba, que tiene como propósito la aplicación de la normatividad consagrada en el decreto 1011 del 2006, en el cual se establece el sistema de garantía de calidad de la atención en salud. Este documento representa una guía de trabajo aplicado a las prioridades y a las acciones que en materia de mejoramiento de calidad se

emprenden dentro de la Institución. Este PAMEC se comprende dentro de la entidad como un instrumento básico para la creación de una cultura de calidad empresarial; el cual compromete a todos los funcionarios del Hospital, responsables de su implementación, para emprender los cambios organizacionales, aplicar los instrumentos de evaluación y el mejoramiento de la calidad exigidos. Una vez adoptado este PAMEC, la institución pretende adelantar la siguiente fase, de contar con un sistema de gestión de la calidad, con el fin de brindar servicios de salud con calidad y calidez, garantizando por otra parte el cumplimiento de la normatividad vigente en esta materia.

2 MARCO TEORICO Y LEGAL APLICABLE

Las bases teóricas sobre las cuales se desarrolla la presente monografía se fundamentan en el conocimiento y entendimiento de la Familia de Normas ISO 9000: 2000, y en particular con la norma técnica NTC-GP 1000:2004 “Gestión Pública”, su evolución histórica, definición y estado actual, así como conocimiento y análisis de la evolución de la calidad del sector al cual pertenece la ESE Hospital San Rafael de Oiba

2.1 LA ORGANIZACIÓN ISO

La Organización Internacional de Normalización, con sede en Ginebra, Suiza; nació en 1947. Desde entonces, adoptó como nombre oficial el vocablo *ISO* que es símbolo de igualdad y estandarización a escala internacional. Esta palabra no proviene de una abreviatura, sino de la palabra griega *ISOS* que significa *igual*. LA MISIÓN DE LA ISO ES “... PROMOVER EL DESARROLLO DE LA ESTANDARIZACIÓN Y LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS EN EL MUNDO, CON LA VISIÓN DE FACILITAR EL INTERCAMBIO INTERNACIONAL DE BIENES Y SERVICIOS Y, DESARROLLAR LA COOPERACIÓN EN LA ACTIVIDAD INTELLECTUAL, CIENTÍFICA, TECNOLÓGICA Y COMERCIAL.” LA ORGANIZACIÓN ESTÁ CONSTITUIDA POR REPRESENTANTES DE 132 PAÍSES Y SU LABOR LA CANALIZA A TRAVÉS DE LA CONSTITUCIÓN DE COMITÉS TÉCNICOS QUE SE ENCARGAN DE TODA LA DIVERSIDAD DE TEMAS QUE SE PUEDEN NORMALIZAR A ESCALA MUNDIAL. EN EL ÁMBITO NACIONAL, EL INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS (ICONTEC) ES LA ENTIDAD REPRESENTANTE ANTE LA ISO EN COLOMBIA.

Otras de las representaciones que se pueden citar como ejemplo son:

- 1 IRAM (Instituto Argentino de Racionalización de Materiales) de Argentina.
- 2 ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas) de Brasil.
- 3 INN (Instituto Nacional de Normalización) de Chile.
- 4 COVENIN (Comisión Venezolana de Normas Industriales).
- 5 AENOR (Asociación Española de Normalización) de España.

La familia de normas ISO 9000 suministra un sistema de gestión para evaluar los procedimientos que aseguren y administren la calidad dentro de una empresa entre ésta y sus clientes. Por ello, no aportan especificaciones para un producto o servicio en particular, sino normas genéricas para el montaje de Sistemas de Gestión de la Calidad dentro de las organizaciones.

Todos los trabajos realizados por la ISO resultan en acuerdos internacionales los cuales son publicados como Estándares Internacionales. La Organización Internacional para la Estandarización estipula que sus estándares son producidos de acuerdo a los siguientes principios:

- 1 Consenso: Son tenidos en cuenta los puntos de vistas de todos los interesados: fabricantes, vendedores, usuarios, grupos de consumidores, laboratorios de análisis, gobiernos, especialistas y organizaciones de investigación.
- 2 Aplicación a la Industrial Global: Soluciones globales para satisfacer a las industrias y a los clientes mundiales.
- 3 Voluntario: La estandarización internacional es conducida por el mercado y por consiguiente basada en el compromiso voluntario de todos los interesados del mercado.

2.1.1 Familia de las Normas ISO 9000

La serie de Normas ISO 9000 son un conjunto de enunciados, los cuales especifican qué elementos deben integrar el Sistema de la Calidad de una entidad y como deben funcionar en conjunto estos elementos para asegurar la calidad de los bienes y servicios que produce la entidad.

Las necesidades del mercado mundial, el desarrollo de las comunicaciones y otras variables de los tiempos modernos, determinaron la necesidad de establecer un grupo de normas para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad que pudieran servir a cualquier organización, sin importar su tamaño, inserta en cualquier sector industrial y localizada en cualquier lugar del mundo.

2.1.2 Orígenes de las Normas ISO 9000

Hace varias décadas que la calidad emergió como un aspecto importante en el comercio internacional. En el campo de los sistemas de calidad se crearon diversas normas nacionales y multinacionales para satisfacer las necesidades militares y de la industria de energía nuclear. Algunas normas constituían guías escritas, mientras otras eran los requisitos de los sistemas de calidad que debían emplearse en los contratos celebrados entre las organizaciones compradoras y las proveedoras. Así, en 1957, ante la necesidad de uniformar la normalización y los sistemas de calidad, surgen cuatro normas con las cuales poder controlar, básicamente, las actividades de índole militar.

Esas normas se conocen como: MIL-Q-9058 A “Requisitos para un programa de calidad”, MILSTD- 45662 A “Requisitos para un sistema de calibración”, MIL-I-45208 A “Requisitos para la Inspección”, la norma de calidad AQAPI de la OTAN (Organización del Tratado del Atlántico Norte). Más adelante, la “British Standards Institution” elaboró la serie BS 5750 que expone los elementos básicos de la calidad y sobre la cual, posteriormente, el Comité Técnico 176 (CT176), en 1987 plantea la serie ISO 9000.

2.1.3 Estado Actual de la Familia de Normas ISO 9000:2000

Como meta de la revisión planteada por el comité técnico 176 se estableció la incorporación de los siguientes aspectos prácticos dentro de la norma:

- Reunir las necesidades y requerimientos de los clientes.
- Lograr una normativa utilizable para todo tipo de organizaciones y sectores.
- Conseguir que la normativa fuera simple y claramente comprensible.
- Conectar la administración de un sistema de calidad a los procesos de negocios.

Así, la revisión de las normas, en la que se tuvieron en cuenta la experiencia de 13 años de aplicación, se ha identificado ocho principios de gestión de la calidad que pueden ser utilizados por las organizaciones con el fin de conducir a sus empresas hacia la mejora en el desempeño. Estos ocho principios de gestión de la calidad constituyen la base de las normas de sistemas de gestión de la calidad de la familia de Normas ISO 9000.

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

Principio 2 - Liderazgo: Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la dirección de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

Principio 3 – Participación del personal: El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total implicación posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.

Principio 4 – Enfoque basado en procesos: Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

Principio 5 – Enfoque de sistema para la gestión: Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.

Principio 6 – Mejora Continua: La mejora continua en el desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.

Principio 7 – Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones: Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

Principio 8 – Relación mutuamente beneficiosa con el proveedor: Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Se ha puesto también un mayor énfasis en el papel de la alta dirección, lo cual incluye su compromiso en el desarrollo y mejora del sistema de gestión de la calidad, la

consideración de los requisitos reglamentarios, legales y del cliente y el establecimiento de requisitos medibles en todas las funciones y niveles relevantes de la organización.

Como resultado final, se ha simplificado y reducido la anterior familia de normas ISO 9000 a las normas ISO 9000, ISO 9001 e ISO 9004, que conjuntamente con la ISO 19011 «Directrices para Auditorías de Sistemas de la Calidad y Sistemas de Gestión Ambiental», conforman un conjunto integrado que permite obtener el máximo beneficio.

Hay que tener en cuenta que son normas internacionales, que no solamente han sido avaladas por más de 130 países que integran la ISO, sino que también han sido adoptadas por ellos como propias, por lo que representan el consenso universal de los especialistas del mundo entero sobre el tema. Es decir, resumen y condensan las más variadas filosofías y herramientas que han probado ser útiles para llevar a cabo la Gestión y Mejoramiento de la Calidad.

2.2 LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA

Las metodologías sobre la cual se desarrolla la presente monografía, se fundamentan en el conocimiento y entendimiento de la Familia de Normas ISO 9000: 2000, y en particular con la norma técnica NTC-GP 1000:2004 “Norma Técnica en la Gestión Pública”, la cual está enmarcada por el Decreto 4110 del 9 de diciembre del 2004, que reglamenta la Ley 872 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.

Por otra parte se tiene en cuenta su evolución histórica, definición y estado actual, así como conocimiento y análisis de la evolución de la calidad del sector al cual pertenece el Hospital San Rafael de Oiba. El marco de referencia del tema de investigación está dado por la normatividad vigente y aplicable al proceso de diseño del sistema de gestión de calidad y por las entidades estatales que han emprendido esta actividad dentro de sus organizaciones. Según lo anterior se determinará la aplicabilidad de las siguientes normas al proceso de diseño del sistema de gestión de la calidad:

- 1 Ley 100 de 1993
- 2 Ley 872 de 2003
- 3 Decreto 4110 de 2004

- 4 Norma Técnica Colombiana en la Gestión Pública NTC-GP 1000:2004
- 5 Decreto 2309 de 2002
- 6 Decreto 1011 de 2006
- 7 Resolución 1446 de 2006
- 8 Resolución 1043 e 2006

Y demás leyes vigentes para la aplicación de la NTC-GP 1000:2004.

2.3 SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

Con la expedición del Decreto 1011 de fecha abril 3 de 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y sus resoluciones que lo reglamentan; el Sistema de Salud Colombiano, contempla, profundiza y avanza en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, Sistema Único de Habilitación, Sistema único de Acreditación y Sistema de Información para la Calidad, el cual está destinado a fortalecer la capacidad que tiene el ciudadano de exigir el respeto por sus derechos asociados con la calidad de los servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, constituyendo la garantía que otorga la Entidad Territorial de que el servicio cumple las condiciones de habilitación y un mecanismo para que el usuario fortalezca su capacidad de control sobre la oferta. Es así como el SOGCAS contempla cuatro aspectos fundamentales:

2.3.1 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACION. Reglamentado por la Resolución 1043 de fecha abril 3 de 2006, Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. A través de los estándares del Sistema Único de Habilitación se protege al paciente y al sistema de la prestación de servicios por debajo de condiciones en los cuales los riesgos superen los potenciales beneficios. El proceso que se lleva a cabo para la Habilitación de la prestación de los servicios, se realiza a través de la aplicación de la Resolución 1043 la cual contempla el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de

Servicios de Salud y Formulario de reporte de novedades, y que es presentado ante la Secretaria de Salud Departamental.



Figura 1. Distintivo de Servicio de Salud Habilitado (Ejemplo Laboratorio Clínico)

El distintivo es entregado en el momento de la inscripción ante el Ente Territorial y se parte del principio de la buena fe del prestador, frente al cumplimiento de los requisitos de habilitación; por lo tanto, es éste el responsable de su buen uso y asume la responsabilidad en caso contrario. Éste distintivo de habilitación deberá ser fijado en el sitio de atención, para garantizar a los usuarios que el prestador esta inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios del ente Territorial correspondiente.

Una vez se realiza el Registro Especial de Prestadores de Servicios, el Ente Territorial realiza visitas con el personal verificador de los requisitos establecidos en los anexos técnicos de la Resolución 1043 de 2006, con el fin de dar seguimiento al proceso de mejoramiento de la calidad de la atención en salud. De igual manera se realiza la verificación de la realización del PAMEC-Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, donde se evalúa el cumplimiento.

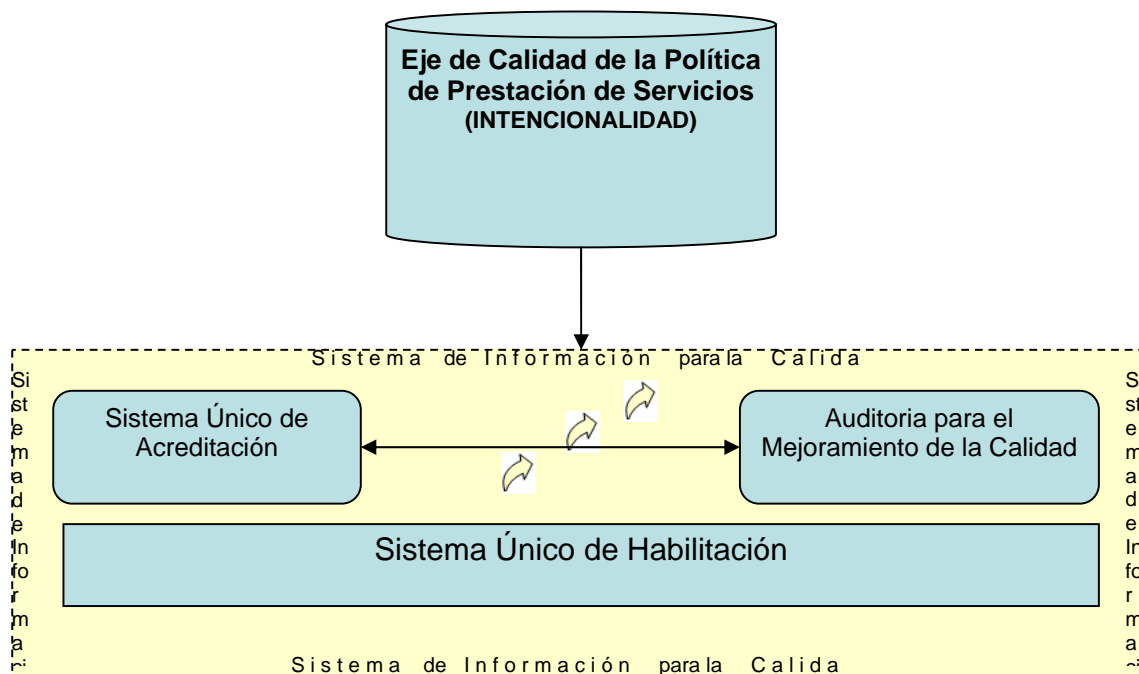
2.3.2 SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN. Reglamentado por la Resolución 1445 de fecha mayo 8 de 2006, Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora, los Manuales de Estándares de Acreditación y los Lineamientos para el Desarrollo del Proceso del Otorgamiento de la Acreditación en Salud. A través del mejoramiento en los estándares de acreditación (centrados en el paciente, superiores e incrementales en el tiempo) busca *incrementar la capacidad organizacional para impactar en eficiencia y*

efectividad del sistema e impactar en el desempeño del Sistema de Seguridad Social en su conjunto. Para desarrollar el Sistema Único de Acreditación, el Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, adjudicó por concurso de Méritos MPS-03-2003, a través del cual se designa a ICONTEC como entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (S U A) y se le asigna una concesión por cinco años al Instituto para desarrollar, implantar, dirigir, orientar actualizar y mejorar dicho Sistema. El ICONTEC ya ha acreditado varias Entidades entre las que se encuentran: Instituto del Corazón -Unidad de Negocios de la Fundación Cardiovascular de Colombia - Bucaramanga, el Hospital Pablo Tobón Uribe – Medellín, el Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez” ESE – Medellín, la E.S.E. Hospital del Sur "Gabriel Jaramillo Piedrahíta" – Medellín, la E.S.E. Hospital Pablo VI – Bosa – Bogotá, el Centro Policlínico del Olaya C.P.O. S.A. – Bogotá, la E.S.E. Hospital París Acevedo Fontidueño, Medellín, y el Centro Médico Imbanaco de Cali – Cali.

2.3.3 AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. La cual se establece en el Decreto 1011 de 2006 y en la Resolución 1043 de 2006, las cuales establecen los parámetros de comparación entre la calidad observada vs. la calidad esperada, lo que se convierte en mecanismo de aseguramiento de los procesos de mejoramiento desplegados.

2.3.4 SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD. Reglamentado por la Resolución No. 1446 de fecha mayo 8 de 2006, Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoreo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y la Circular 030 de 2006 de fecha 23 de mayo de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud, donde se dan instrucciones en materia de indicadores de calidad para la prestación de los servicios de salud. A través del monitoreo de indicadores de calidad y de la vigilancia de eventos adversos trazadores, se genera información para la gestión de la calidad en las instituciones y del sistema, para la difusión de información a usuarios que sirva de vehículo para materializar el incentivo de prestigio.

Figura 2. Ciclo de Calidad en Salud



Lo fundamental para el SOGCAS, es incrementar los resultados favorables de la atención en salud en el paciente y protegerlo de los riesgos asociados a dicha atención, ya que es un proceso que promueve el mejoramiento a través de incentivos: prestigio e incentivos económicos a las instituciones que alcanzan el cumplimiento de estándares de excelencia.

2.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTC-GP 1000:2004 GENERALIDADES DE LA NORMA Y APLICACIÓN A LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA

La Norma Técnica Colombiana en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, es el Sistema de Gestión de Calidad para la Rama Ejecutiva del Poder Público y otras entidades prestadoras de servicios, la cual esta reglamentada por el Decreto 4110 de 2004, la Ley 872 de 2003 y donde se adopta también la NTCGP 1000:2004. Dado lo anterior la norma se encuentra estructurada de la siguiente manera:

1. **INTRODUCCIÓN.** Este capítulo contempla las generalidades, principios de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios y presenta su compatibilidad con otros sistemas de calidad.
2. **OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN.** Plantea el objetivo de la norma como una herramienta de gestión que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional.
3. **DEFINICIONES.** La norma considera importante unificar el lenguaje de la calidad por lo que se presentan una serie de términos y definiciones aplicables.
4. **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD.** Establece los requisitos generales referentes a la Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad, donde se plantea como objetivo importante identificar los procesos que hacen posible el cumplimiento de la misión de la entidad. De igual manera se instauran el Manual de Calidad, Control de Documentos y Control de Registros.
5. **RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION.** La norma contempla como aspecto relevante el compromiso de la dirección como parte del desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad enfocado al cliente. De igual forma se debe crear una política de calidad y sus objetivos, que son la base de la planificación del SGC.
6. **GESTION DE LOS RECURSOS.** Toda organización requiere de recurso tanto físicos como humanos para llevar a cabo las actividades propias de la entidad, en este capítulo se garantiza la competencia y formación del talento humano y una infraestructura adecuada para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.
7. **REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACION DEL SERVICIO.** La planeación de la realización del producto o prestación del servicio, es uno de los componentes del mejoramiento continuo que contempla la norma, para lo cual se deben desarrollar procesos necesarios para garantizar la calidad.

8. SEGUIMIENTO Y MEDICION. Es el último capítulo de la norma y con éste se garantiza que la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad se mejora continuamente a través de las auditorías internas, análisis de datos que permiten ver los hallazgos a fin de implementar acciones correctivas, preventivas y acciones de mejoramiento.

3. ESTRUCTURA GENERAL DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA

La Empresa Social del Estado Hospital San Rafael, es una Institución prestadora de servicios de salud de primer nivel de atención, con jurisdicción en el departamento de Santander, con domicilio y sede en la Municipio de Oiba carrera 7° número 12-83. Por Resolución Número 3449 del 31 de Octubre de 1959 del Ministerio de Justicia le otorga Personería Jurídica, por Acuerdo Número 034 del 10 de Septiembre de 1999 expedido por el Concejo Municipal se dio el primer paso para la transformación en Empresa Social del Estado, por Acto Administrativo Número 028 de Febrero 9 del 2000 se conformo la Junta Directiva y la adopción de sus estatutos y el día 25 de febrero del 2000 mediante acuerdo número 001 se constituye en empresa.

3.1 MISION.

“Brindar servicios de salud con calidad, oportunidad y calidez”

3.2 VISION.

“Para el año 2010 consolidar al Hospital San Rafael de Oiba, como la mejor opción en la prestación de servicios de salud en la región”

3.3 PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

Respeto por las personas: Derecho de los usuarios de recibir un trato digno y humano en la prestación del servicio.

Calidad en los servicios: Brindar el mejor servicio de salud, con excelencia en el desarrollo de las actividades y la forma como lo hacemos.

Trabajo en equipo: Participación conjunta, creativa e innovadora de cada uno de los miembros de acuerdo con sus capacidades.

Mejoramiento continuo: Garantizar la autoevaluación y mejoramiento en los procesos con responsabilidad y compromiso.

Oportunidad en el servicio: Cada uno de los funcionarios en nuestra empresa tiene la responsabilidad de ejecutar sus funciones con excelencia profesional, brindando servicios óptimos.

3.4 VALORES

Honestidad: Compromiso activo con los objetivos empresariales y los principios de la institución.

Ética: Excelencia profesional que garantice una mejor calidad en la atención.

Dedicación: Aporte permanente para el mejoramiento de la Institución y su imagen.

Respeto por la vida: Trato digno al paciente, su familia y a los compañeros de trabajo.

Igualdad: Cada uno de los funcionarios es importante por hacer parte de un equipo de trabajo.

3.5 SERVICIOS PRESTADOS

3.5.1 URGENCIAS. Una urgencia se define como la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica, por cualquier causa y con diferente grado de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

Atención Médica de Urgencia. Se brinda atención inmediata e integral realizada por el médico al usuario que consulta por dolor intenso y agudo, o por un problema de salud cuya evolución rápida produce la muerte o secuelas si no se atiende inmediatamente. La atención médica de urgencias incluye la evaluación inmediata del daño y los riesgos, el tratamiento adecuado para limitar el daño, suturas, observación hasta por 24 horas,

hidratación, cuidados y atención de enfermería, la prescripción de estudios y tratamientos posteriores, la remisión inmediata a otro servicio en caso de que las necesidades del paciente excedan la capacidad resolutive de la institución, los servicios públicos y el aseo. Su costo se facturará a la EPS o la agencia responsable del subsidio. De conformidad con las disposiciones vigentes es el médico el que define la condición de urgencia (Resolución Ministerial 5261/94 art 10). Es obligación de la IPS informar obligatoriamente a la EPS el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias en las 12 horas siguientes a la solicitud del servicio.

Atención Odontológica de Urgencias. Se ofrece atención inmediata realizada por el odontólogo al usuario que consulte por dolor o hemorragia; incluye evaluación odontológica inmediata, tratamiento oportuno y remisión a otro nivel de complejidad si es necesario.

El área de urgencias cuenta con: Consultorio Médico, sala de Pequeña Cirugía, Sala de Observación, Área de Curaciones. Horario de Atención: 24 horas del Día.

3.5.2 CONSULTA EXTERNA. Es la sesión personalizada entre el médico y el paciente ambulatorio. Comprende la entrevista inicial, la anamnesis y el examen físico para evaluar el estado de salud del paciente, el diagnóstico presuntivo, la orden de estudios diagnósticos y, en caso requerido, el tratamiento precoz de la sintomatología o la patología encontrada. El servicio incluye las siguientes modalidades:

- Consulta médica general (de primera vez): Para el POS esta consulta no debe durar menos de 20 minutos (Resolución Minsalud 5261/94, art. 97).
- Consulta médica a domicilio.
- Revisión o control por médico general.
- Se estima que un usuario consulta normalmente al médico general dos veces por año; a partir de la tercera consulta, las EPS cobran al usuario cuotas moderadoras, excepto en los casos de urgencia o cuando el paciente esté vinculado a un protocolo especial.

El área de Consulta Externa cuenta con tres (3) consultorios: Dos (2) Consultorios

asignados para la consulta externa y un consultorio para los controles por enfermería. Horario de atención: Lunes a Viernes de 7 A.M a 12 M. Y 2 a 5 P.M.

3.5.3 HOSPITALIZACIÓN. Servicios de atención integral dirigidos a usuarios cuyo problema de salud no pueda ser atendido adecuadamente de manera ambulatoria, por razones de tipo biológico, psíquico o social y requieran permanecer en la institución por más de 24 horas. Cuando la atención tenga una duración menor a este lapso se considerará ambulatoria. La unidad básica de contratación de los servicios de internación es el día "estancia" que incluye atención por médico, enfermera, auxiliar de enfermería, dotación básica de elementos de enfermería, material de curación, alimentación adecuada al estado del paciente (excepto soluciones de alimentación parenteral o enteral), suministro de ropa de cama, aseo, servicios públicos de energía eléctrica y agua, servicios y recursos de infraestructura. Los medicamentos, procedimientos diagnósticos y procedimientos terapéuticos constituyen servicios independientes. El servicio de hospitalización se ofrece a hombres, mujeres y niños con relación a las patologías definidas para el primer nivel de atención en la resolución 14707 de 1991, de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población en el área de influencia y la demanda potencial. Los usuarios atendidos en hospitalización deben ser remitidos por un médico, salvo en casos de urgencia. El Plan Obligatorio de Salud reconoce a sus afiliados la estancia en habitación compartida, salvo que la Guía de Atención Integral recomiende otro servicio.

Obstetricia. Comprende la atención del parto de conformidad con el nivel de atención de la institución. Así: Procedimientos de Nivel I: Grupos 01, 02 y 03.

Por su parte, los procedimientos obstétricos incluyen: dos controles médicos pre-parto, la valoración en la sala de parto del recién nacido y los controles maternos post parto durante la internación y ambulatorios necesarios hasta la recuperación de la paciente, considerándose como limite de ésta 30 días.

3.5.4 LABORATORIO CLÍNICO. Los estudios de laboratorio se ofrecen teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del área de influencia de la institución. El servicio básico de laboratorio comprende:

- Coprológico, sangre oculta.
- Citoquímico de orina.
- Hematología básica: hematocrito, hemoglobina, cuadro hemático, recuento de plaquetas.
- Química sanguínea: creatinina, ácido úrico, colesterol total, bilirrubina total y directa., Glicemia pre y postprandial, Nitrógeno Ureico.
- Inmunología: prueba inmunológica de embarazo, grupos sanguíneo y RH, VDRL.
- Microbiología y parasitología: gota gruesa, baciloscopias de esputo, linfa y moco, directo de Leishmaniasis, directo de Hongos, Coloración de Gram., hemoparasitos.

Exámenes de Laboratorio de Segundo Nivel:

- Astos, azúcares Reductores, Coproscopico, Frotis Uretral, Flujo Vaginal, Glicemia, RATest, Tiempo de Sangría, Triglicéridos, VSG.

Horario de Atención: Toma de Muestras: 7 A.M a 9 A.M. Entrega de Resultados: 2:30 P.M. En adelante. Hospitalización y Urgencias las 24 horas.

3.5.5 FARMACIA. Se dispone de medicamentos e insumos con sello de calidad, los cuales son ofrecidos por la institución para suplir las necesidades de todos los servicios médicos que se prestan para garantizar el tratamiento eficaz acorde con las necesidades y requerimientos asistenciales del paciente. De acuerdo con el perfil epidemiológico del área de influencia de la institución y los protocolos vigentes, se ofrecen medicamentos genéricos esenciales al usuario que los requiera. El Sistema de Seguridad Social solo cubre las recetas que se ciñan al Manual de Medicamentos y Terapéutica (Decreto Ley 1938 de 1994, Art. 45); toda excepción deberá ser pagada por el usuario. La receta debe incluir el nombre del medicamento en su presentación genérica, la presentación y concentración del principio activo, la vía de administración y la dosis/tiempo/respuesta máxima permitida. El sistema no financia cosméticos, complementos vitamínicos, líquidos para lentes de contacto, tratamientos capilares, champús de ningún tipo, jabones, leches, cremas

hidratantes, antisolares o para manchas en la piel, drogas para la memoria o la impotencia sexual, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexígenos, enjuagues bucales, cremas dentales, cepillos ni seda dental.

Horario de Atención: Lunes a Viernes de 7 A.M. a 12 M. Y de 2 P.M. a 5 P.M. Noches, sábados, domingos y festivos suministro de medicamentos para los usuarios de los servicios de Urgencias y Hospitalización.

Atención personalizada para informar acerca del uso del medicamento; se hace necesaria la presentación de la fórmula médica para su despacho.

3.5.6 ODONTOLOGÍA. Comprende la sesión personalizada entre el profesional de odontología y el usuario ambulatorio. Se realiza un interrogatorio y evaluación del estado de salud oral diagnóstico y tratamiento del paciente. Consta la entrevista inicial, la anamnesis y el examen físico para evaluar el estado de salud oral del paciente, el diagnóstico presuntivo, la orden de estudios diagnósticos y, en caso requerido, el tratamiento precoz de la sintomatología o la patología encontrada. Todas las actividades anteriores deben registrarse en la historia del paciente. El servicio de consulta Odontológica incluye las siguientes modalidades:

- Consulta Odontológica general
- Obturaciones con resina de fotocurado
- Obturaciones con amalgama de plata
- Extracciones dentales sencillas y/o quirúrgicas
- Curetaje y alisado radicular
- Rayos X.

El servicio de Odontología cuenta con un (1) consultorio, dotado con los instrumentos básicos para la atención y una Unidad portátil odontológica que permite realizar las actividades correspondientes a las brigadas de salud en el área de influencia. Horario de atención: Lunes a Viernes de 7 A.M a 12 M. Y 2 a 5 P.M.

3.5.7 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Un equipo multidisciplinario integrado por médicos, odontólogo, enfermero, auxiliar de enfermería y promotores de salud, realizan actividades

de promoción y prevención en el área rural y urbana, en concordancia con los diferentes programas de atención y teniendo en cuenta las necesidades de la comunidad. Este servicio se presta por convenio suscrito entre la empresa y la E.P.S., E.P.S´S. y Municipios.

PROGRAMAS ESPECIALES:

- Control Prenatal
- Planificación Familiar
- Crecimiento y Desarrollo
- Prevención y Control de enfermedades de transmisión sexual ETS- VIH/SIDA
- Detección y Control de cáncer cervico uterino
- Control de la tuberculosis
- Prevención y control de factores de riesgo cardiovascular
- Vacunación
- Programa de leishmaniasis. Hansen y otras enfermedades dermatológicas

SANEAMIENTO AMBIENTAL:

- Control de calidad del agua
- Control de alimentos
- Control de desechos de riego biológico
- Control sanitario a edificaciones
- Actividades de promoción y prevención
- Asesoría a Municipios sobre mataderos, desechos sólidos, líquidos y acueducto
- Programas de zoonosis: prevención antirrábica, vacunación, control de vectores y roedores.

3.6 POLITICA DE CALIDAD

“El Hospital San Rafael de Oiba tiene como política de calidad satisfacer las necesidades y requerimientos de nuestros usuarios, garantizando que la prestación del servicio se desarrolle con calidad, oportunidad y calidez. Para este propósito cuenta con personal altamente calificado en continuo proceso de mejoramiento y con los recursos necesarios para brindar un servicio que cumpla con los más altos estándares de calidad. Todo el personal del Hospital está comprometido con el Sistema de Gestión de Calidad y por esto se encuentra siempre atento a recibir las sugerencias de nuestros usuarios en la búsqueda del mejoramiento continuo lo que garantiza que nuestras actividades se desarrollen bajo los principios de respeto, ética y pertinencia para lograr eficiencia y eficacia en el desarrollo de nuestros procesos.”

3.7 OBJETIVOS DE CALIDAD

1. Garantizar la competencia del Talento Humano que forma parte del Hospital para lograr la excelencia profesional que garantice una mejor calidad en la atención.
2. Promover el mejoramiento continuo como herramienta de progreso tecnológico.
3. Propender por que los recursos necesarios para la prestación de los servicios misionales, estratégicos, apoyo y evaluación se gestionen de manera eficiente, a fin de garantizar que la prestación de los servicios de salud se desarrollen de manera oportuna y pertinente a nuestros usuarios.
4. Proporcionar formación e información, planificada y permanente, acerca del sistema de gestión de la calidad del Hospital a todo el personal, ya que la consecución de la calidad requiere de personas motivadas, comprometidas con la misión y los valores del Hospital y que sientan orgullo tanto por el servicio bien realizado, como por su pertenencia a la Institución.

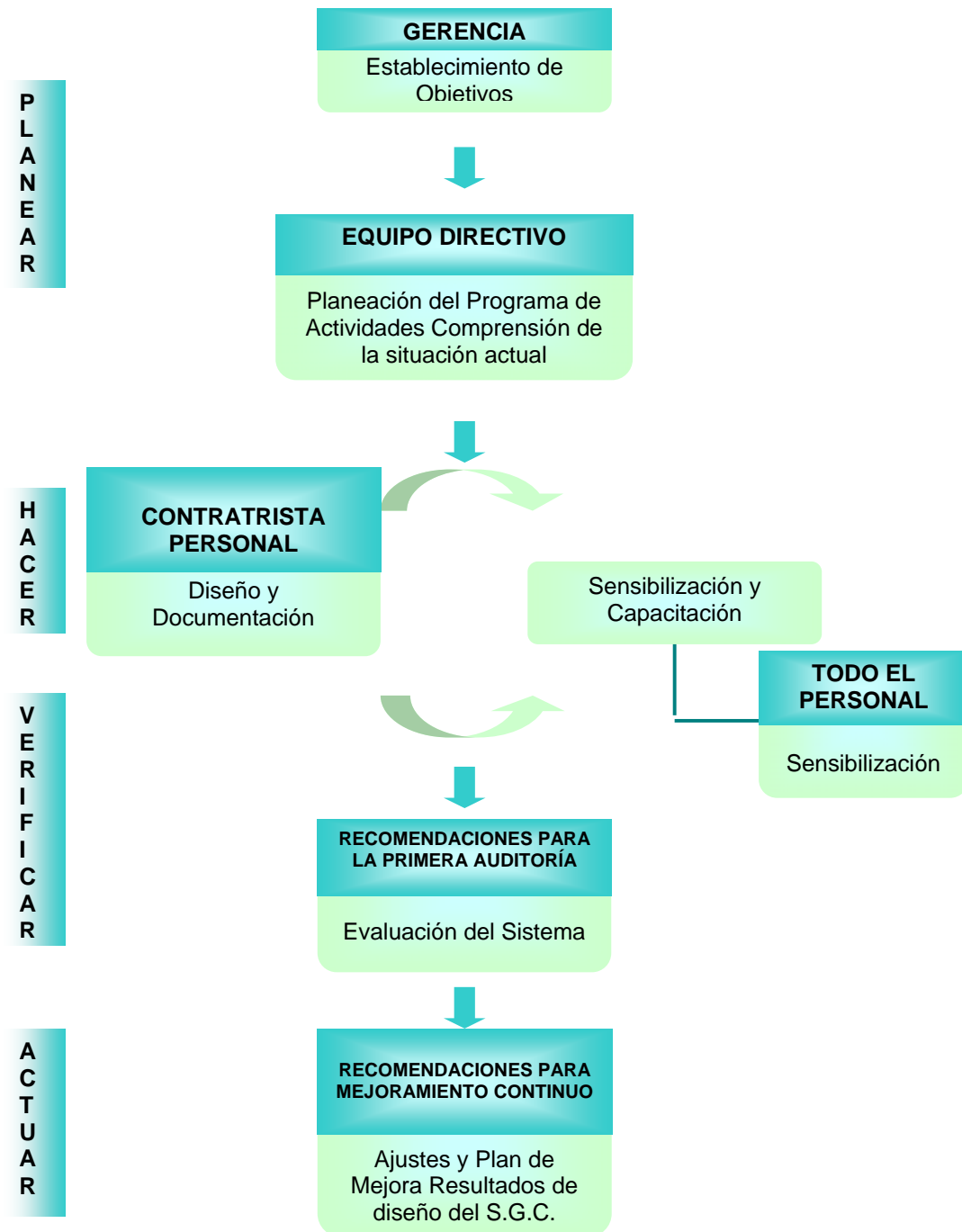
5. Retroalimentar las opiniones y sugerencias de los Usuarios internos y externos del Hospital y tomar las acciones correspondientes para cada una de ellas.

6. Revisar y actualizar periódicamente la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital, con el fin de garantizar la autoevaluación y mejoramiento en los procesos con responsabilidad y compromiso.

4 DISEÑO DE LA METODOLOGIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El Diseño del Sistema de Gestión de Calidad para la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán, se realizó siguiendo el esquema descrito en la Figura 3.

Figura 3. Esquema de la Metodología de Implementación



La metodología empleada se adelantó, siguiendo el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), con el fin de establecer objetivos y actividades claras, en cada una de las etapas a seguir que contribuyen finalmente al logro de los objetivos de la presente monografía.

A continuación se mencionan las etapas que forman parte del Ciclo PHVA, y se describe de manera general su contenido.

4.1 ETAPAS DE PLANIFICACIÓN

La ESE Hospital San Rafael de Oiba, en busca de la actualización y continuo mejoramiento de cada una de sus áreas, tiene como proyección, lograr el más alto nivel de excelencia en cuanto a calidad en el servicio se refiere, es por esto que ha decidido iniciar con un proceso de calidad que permita mejorar continuamente a través del diseño de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad bajo los requisitos de la norma NTCGP 1000:2004, con el compromiso declarado de la Dirección del Hospital.

La etapa de planeación inicial, se llevó a cabo por parte de las Directivas del Hospital como respuesta al cumplimiento de los estándares de calidad exigidos a través del Ministerio de la Protección Social, La Superintendencia Nacional de Salud y la Secretaria de Salud de Santander.

De aquí surgen los objetivos sobre los cuales se basa esta monografía en particular para la ESE Hospital San Rafael de Oiba, los cuales se enuncian en el capítulo 1 del presente libro.

Etapas 1: Marco Conceptual. En esta etapa se elaboró el marco teórico necesario para contextualizar el Hospital y las Normas aplicables para el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad, además de conocer los organismos de certificación que aplica.

Etapas 2: Estructura General de la Institución. En esta etapa se presenta la estructura formal de la ESE Hospital San Rafael de Oiba para brindar el conocimiento básico esencial para el Diseño del Sistema.

Etapa 3: Planeación del Programa de Actividades. Durante la ejecución de esta etapa se crearon los objetivos y los responsables del programa de actividades como son la sensibilización y capacitación, las cuales constituyen una de las tareas más importantes para dar inicio a un proceso de mejora continua, con lo que se dio cumplimiento al diseño y documentación del Sistema de Gestión de Calidad.

Etapa 4: Comprensión de la situación actual de la ESE Hospital San Rafael de Oiba.

En esta etapa, se realizó inicialmente un estudio de la norma NTCGP 1000:2005, con el fin de determinar cuales son los requisitos aplicables para una institución prestadora de servicios de salud, los cuales son la base para la realización de la primera auditoria interna; además, se identificaron los procesos llevados a cabo dentro del Hospital, y mediante una lista de chequeo que consiste en una serie de preguntas basadas en cada uno de los ítem que contienen la norma, se realizó la evaluación correspondiente, con el fin de obtener información acerca de cuales requisitos se están cumpliendo de acuerdo a las exigencias que plantea la norma.

4.2 ETAPAS DE REALIZACIÓN

Etapa 5: Sensibilización y Capacitación. La actividad de sensibilización se llevó a cabo inicialmente por la Dirección y seguidamente se elaboró un cronograma de capacitación en la que participaban cada uno de los funcionarios, en el Anexo A se presenta el programa de capacitación. Esta fue dirigida a todo el personal que forma parte de la Institución.

Etapa 6: Diseño y Documentación. Dentro de la etapa de diseño y documentación fue indispensable la comprensión de los requisitos generales de la documentación, control de los documentos y registros del Sistema de Gestión de Calidad, para así dar inicio a la elaboración y presentación de la documentación exigidos por la Norma NTCGP 1000:2004, que incluyó:

- Diseño de manual de calidad
- Mapa de procesos
- Manual de Funciones
- PAMEC (programa de auditoria para el mejoramiento de la atención en salud)

- Procedimientos misionales
- Procedimientos administrativos
- Procedimientos de apoyo
- Procedimientos de Dirección
- Procedimientos de medición, análisis y mejora
- Documentos externos, guías, y demás.
- Plan Hospitalario de Emergencias

Con la terminación de esta etapa se dio cumplimiento al objetivo general y cada uno de los objetivos específicos en cuanto al diseño de la documentación del SGC para el Hospital, una vez culminada esta etapa, se reunió a todo el personal donde se presentó cada documento que forma parte del SGC, los manuales, el Plan Hospitalario de Emergencias, con lo que se socializó todo el trabajo realizado en conjunto con la Dirección del Hospital.

Etapa 7: Recomendaciones para la Implementación de la documentación. Sin embargo el proceso del SGC no para en el solo diseño del SGC, por esto se realizó un Comité con las Directivas del Hospital y se orientaron las siguientes recomendaciones como parte del mejoramiento continuo lo cual representa la esencia de la misma norma: Una vez diseñados y documentados los procesos y formuladas las mejoras a los mismos se debe diseñar un plan de implementación, en el que se especifiquen las actividades a desarrollar con lugar y fecha, su duración, los recursos que se intervienen y los resultados que se esperan. Por último, se debe en ejecutar las diferentes actividades del plan conforme a lo proyectado.

4.3 ETAPAS DE VERIFICACIÓN

Etapa 8: Primera Auditoria. Con el fin de evaluar el proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad, se recomienda llevar a cabo la evaluación del Sistema para verificar que los documentos elaborados, funcionan y se utilizan adecuadamente por todo el personal del Hospital, constatando el cumplimiento de las actividades descritas en los procedimientos y su adecuación a los requisitos de la NTCGP1000:2004. La evaluación se sugiere llevar a cabo siguiendo el modelo descrito por el Procedimiento de Gestión de Auditoria Interna (HSRO-PR-AI-01) de la ESE Hospital San Rafael de Oiba.

Para la evaluación del Sistema de Gestión de Calidad, se recomienda contar con la orientación del Director del Hospital y la participación activa de todo el personal relacionado con la ejecución de los procesos administrativos y misionales, y estar siempre dispuestos a suministrar la información requerida.

4.4 ETAPAS DE ACTUACIÓN

Etapa 9: Resultados del Diseño, Documentación e Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad. Como resultado de esa primera auditoría, la recomendación inicial es ACTUAR como mecanismo indispensable para la evaluación y seguimiento del SGC, donde se detectarán posibles no conformidades del sistema que serán la base para los ajustes respectivos junto con el Plan de Mejora de acciones correctivas que para ello se diseñaron los Procesos de Medición, Análisis y Mejora en el Formato Plan de Mejora (HSRO-FO-AI-03). En dicho plan se especifican las actividades a desarrollar con su responsable, fecha, su duración, los recursos que se requiere invertir y los resultados que se esperan alcanzar. Por último, se ejecutan las diferentes actividades del plan conforme a lo proyectado.

5. DIAGNOSTICO INICIAL DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA

En esta sección se presenta una visión detallada de la situación encontrada en La ESE Hospital San Rafael de Oiba; a través de la aplicación de una lista de chequeo basada en cada uno de los numerales de la Norma NTCGP 1000:2004, con el fin de determinar el nivel de cumplimiento con el Sistema de Gestión de la Calidad.

La metodología llevada a cabo consistió en estudiar cada punto de la norma, ver en que grado se cumplía con cada requisito y realizar el análisis, para llegar así a establecer el diagnóstico inicial, con el objetivo de tomar las bases para la aplicación de la norma, el diseño del Sistema de Gestión de la Calidad y su futura implementación.

Durante el desarrollo de ese capítulo se analizará el estado inicial del Hospital, y se realizará una descripción de las actividades que se llevaron a cabo para recolectar la información del diagnóstico preliminar. Este análisis de cumplimiento se realiza con el fin de establecer una base de comparación aplicable con los resultados que se obtienen luego de la implementación del sistema de gestión de calidad, permitiendo así establecer los aspectos fuertes y débiles del Hospital.

5.1 DIAGNÓSTICO DEL ESTADO ACTUAL DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA

Para realizar el análisis de la situación actual del Hospital, es primordial establecer inicialmente cuales son los requisitos de la Norma aplicables para el Hospital y así determinar los aspectos principales en los cuales se deben enfocar los mayores esfuerzos para el diseño del Sistema de Gestión de la Calidad, ya que en la norma NTCGP 1000:2004 "Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública", se encuentran los requisitos en forma de generalidades, como su nombre lo indica, razón por la cual la etapa de diagnóstico se divide en tres actividades:

5.1.1 Actividad 1: Evaluación de los requisitos de la norma NTCGP 1000:2004

Esta actividad comprende un estudio previo donde se verifican los requisitos aplicables y

su contenido para el Hospital, utilizando para esto un “Mapa de Análisis de Requisitos”⁵ de la Norma NTCGP 1000:2004. Con esta metodología es posible identificar los requisitos que en últimas una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Primer nivel de atención en particular debe cumplir para garantizar su Sistema de Gestión de la Calidad.

Esta metodología es una herramienta que permite de manera clara y sencilla, delimitar y establecer cómo cumplir con un requisito normativo. Mediante su desarrollo, es posible presentar una propuesta para que dentro del Hospital se elabore un manual de criterios, con el fin de unificar conceptos y facilitar el proceso de certificación, dando a conocer a los interesados la aplicación de cada requisito para sus necesidades específicas. Con la utilización de esta metodología se logran dos beneficios básicamente: facilitar al auditor el proceso de evaluación y facilitar a los interesados en certificarse en este caso, la ESE Hospital San Rafael de Oiba. Otros beneficios que trae la aplicación de metodología se muestran a continuación:

- Facilita la definición del campo de aplicación de la norma, al permitir conocer cuáles son los requisitos aplicables.
- Reduce los costos de certificación al simplificar el proceso y permitir concentrarse en los elementos específicos de la norma, evitando que se apliquen criterios confusos o no documentados, sin distraerse en otras cuestiones.
- Permite a la organización contar con fundamentos para justificar sus criterios de aplicación de la norma ante los evaluadores.
- Hace el proceso de evaluación transparente.
- Para los evaluadores, las ventajas serán: Ofrecer una guía para determinar de mejor forma los elementos que deben ser auditados. Agilizar la evaluación, al permitir a los evaluadores concentrarse en los requisitos que aplican en cada

⁵Herramienta de diagnóstico tomada del artículo, “MAPA PARA ANÁLISIS DE REQUISITOS DE LA NORMA ISO/IEC-17025 (NMS-EC-17025-IMNC-2000)”, realizado por Ing. Erick René Alvarado Ureña del Grupo empresarial ACCE. México D.F. 2001 Y ADAPTADA A LA NORMA NTCGP 1000:2004

caso, evitando el subjetivismo, distracciones o interpretaciones personales en el intento de aplicar criterios donde la norma no lo permite. A largo plazo, se tiende a reducir las diferencias de criterios entre los evaluadores y organismos que otorgan la certificación.

a) Desarrollo del método mapa para análisis de requisitos

El primer paso para iniciar al estudio de un elemento o entidad compleja, es dividir la entidad en partes, de forma que cada una sea estudiada individualmente y así, reducir el nivel de complejidad, facilitando el análisis. Por lo tanto el objetivo de este “mapa” es hacer la delimitación de los requisitos aplicables.

Siguiendo las indicaciones del método, llamaremos “criterios” a cada tipo genérico de requisitos según la norma, (por ejemplo 4, 5, 6 ...). Cada criterio tiene una tabla con su encabezado, en el cual va el nombre del subtítulo dentro del criterio. Ver Tabla 1. Las tablas que se emplean constan de 3 columnas. En la columna “párrafo”, se indican los párrafos en los cuales se divide el criterio.

Tabla 1. Método para análisis de requisitos

| Numeral. NOMBRE DEL CRITERIO | | | |
|------------------------------|---|---|---|
| Párrafo | A | B | G |
| | | | |
| Total en NUMERAL | | | |

Las columnas de la “A” a la “B”, son las formas en que se clasifican los criterios o tipo de requisitos. En las casillas que se encuentran debajo de las columnas de la “A” a la “B”, se escriben las cantidades o número de requisitos que contiene cada subpárrafo. Estos

requisitos pueden considerarse como los elementos⁶ que son auditables. Por ejemplo, un número “3”, indica que ese párrafo contiene TRES requisitos, o elementos, o aspectos distintos que debe cumplirse y ser evaluados. Por ejemplo, en el caso del párrafo 4.2.2 que hace referencia al manual de calidad, existen tres requisitos a evaluar:

- a) debe incluir el sistema de gestión de calidad y justificación de exclusiones;
- b) debe incluir los procedimientos documentados.
- c) debe incluir una interacción entre los procesos del SGC.

La columna “G” totaliza el número de requisitos por elemento, es decir, es la sumatoria de las columnas de la “A” a la “B” o de todos los posibles requisitos. La última fila llamada “Total en Numeral”, totaliza los criterios por columnas o por tipo de requisito.

- **Tipo de requisito.** Las consideraciones para distinguir el tipo de requisitos aplicables, son los siguientes:

A. Requisito Obligatorio. Estos requisitos aplican de carácter obligatorio según lo establece la norma al exigir mediante la palabra “debe” el cumplimiento del mismo.

Son ejemplos de estos requisitos:

- Contar con una política de calidad;
- Procedimiento para control de documentos;
- Procedimientos para la realización de acciones correctivas.

B. Actividades Optativas. Estos requisitos pueden o no aplicar a la razón de ser del Hospital, los cuales dependen de su naturaleza.

Ejemplo de este requisito: La información descrita en los pliegos de condiciones, términos de referencia debe incluir cuando sea apropiado requisitos para calificación de personal.

b) Aplicación del método

⁶ Elemento: Cualquier ente que puede ser descrito y considerado individualmente

El primer paso para desarrollar los documentos necesarios para un sistema de gestión de calidad, es analizar los requisitos de la norma y de ahí, iniciar las aplicaciones particulares para el Hospital. De acuerdo a lo anterior se realizaron las tablas o el mapa para análisis de requisitos, el diligenciamiento de las tablas se aprecia en el Anexo C.

c) Conclusiones de la aplicación del método

En el análisis se definió que son 110 los requisitos obligatorios que la ESE Hospital San Rafael de Oiba debe cumplir por ser una entidad pública. Dentro de los opcionales para todos los entes públicos se encuentran 22 requisitos. La tabla resumen de los datos presentados anteriormente se encuentra en el Anexo C.

5.1.2 Actividad 2: Diagnostico de la ESE Hospital San Rafael de Oiba

Una vez se verifican los requisitos aplicables y su contenido para las entidades públicas, con la utilización del “Mapa de Análisis de Requisitos” de la Norma NTCGP 1000:2004, es posible identificar los requisitos que en últimas un organismo del Estado en particular debe cumplir para certificar sus servicios. Teniendo en cuenta este análisis se elaboró una lista de chequeo como herramienta para recolectar la información, la cual explica claramente el numeral de la norma, su respectivo diagnóstico según las convenciones establecidas. Este proceso de diagnóstico inició con la comprensión de la norma ISO 9001:2000 y la norma NTCGP 1000:2004, para así poder llevar a cabo un análisis eficaz y acorde a la realidad del Hospital. Los resultados del diagnóstico realizado se muestran en el Anexo D, los cuales permitieron evaluar el nivel de cumplimiento con los requisitos de la Norma NTCGP 1000:2004. Este diagnóstico se realizó, con el fin de obtener una orientación en el desarrollo de Diseño del sistema de gestión de la calidad, para determinar las falencias y superarlas.

5.1.2.1 Conclusiones del diagnóstico. Las conclusiones de la revisión inicial del Hospital se registraron en la Lista de chequeo en el campo de *Observaciones*, donde se realiza una breve descripción de la situación encontrada (Ver Anexo D). A continuación se presenta el nivel de cumplimiento inicial que obtuvo el Hospital comparado con el desarrollo de la Metodología “Mapa de análisis de Requisitos”, con el fin de determinar el grado en el que se encuentra con respecto a los requisitos que debe cumplir según la

norma NTCGP 1000:2004.

Las tablas empleadas para mostrar los resultados constan de 5 columnas. En la primera columna se muestra la convención para la gráfica, la segunda se describe el criterio, en la tercera se describe el numeral de criterio al cual hace referencia la conformidad, la cuarta indica el número de requisitos por cumplir y la quinta, muestra la cantidad de requisitos no conformes que obtuvo el Hospital por criterio.

Tabla 2. No conformidades en cuanto a los criterios según la Norma NTCGP 1000.2004

| | CRITERIOS SEGÚN NORMA NTCGP 1000:2004 | Numeral Norma | Número de Requisitos por cumplir | Cantidad de NC |
|--|--|----------------------|---|-----------------------|
| | SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD | 4 | 27 | 27 |
| | REPOSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN | 5 | 31 | 31 |
| | GESTIÓN DE LOS RECURSOS | 6 | 12 | 12 |
| | REALIZACIÓN DEL PRODUCTO Y/O PRESTACIÓN DEL SERVICIO | 7 | 52 | 51 |
| | MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA | 8 | 10 | 10 |
| | Total de requisitos No Conformes | | 132 | 131 |

En conclusión se puede observar que los requisitos se cumplen en un 0.76% de acuerdo a las no conformidades detectadas en el diagnóstico inicial. Teniendo en cuenta éstos resultados de la Tabla 2 y el bajo índice de cumplimiento se puede afirmar que el Hospital requería de mayores esfuerzos en cuanto al cumplimiento de todos los requisitos planteados por la norma NTCGP 1000:2004.

5.2 PLAN DE ACCIÓN

El trabajo realizado a partir de este análisis se enfocó a dar solución a las dificultades halladas en el diagnóstico inicial y en encontrar potenciales fuentes de mejora para contribuir de forma efectiva al sistema de gestión de la calidad del Hospital, por otra parte se tomo como base este análisis para el diseño del sistema de gestión de la calidad. Una

vez encontrados los conflictos, se diseñó una metodología (ésta se describe en el capítulo 4 del presente documento), la cual se tomó como base para la solución de cada uno de los problemas hallados en el diagnóstico inicial, con el fin de diseñar un Sistema de Calidad que tomará en cuenta los requisitos que la Norma Técnica Colombiana plantea, y que permitiría alcanzar finalmente el reconocimiento que requiere el Hospital cuando opera bajo un Sistema de Gestión de Calidad.

6. DISEÑO Y DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

La elaboración de la documentación no debería ser un fin, sino debería ser una actividad que “aporte valor” al Sistema de Gestión de Calidad de una Entidad.

Como base para el establecimiento del Sistema de Gestión de Calidad del Hospital, fue designado el Coordinador de Calidad, funciones que son realizadas por el Enfermero Profesional quien cumple con los requisitos. Posteriormente se definió el comité de calidad al cual pertenece el Director del Hospital, Personal Administrativo y Asistencial.

A continuación se llevó a cabo la elaboración de la misión y la visión de la organización, pues además de llevar implícita la filosofía y el concepto de la organización describe el alcance de las operaciones de la organización, el principal producto o servicio y las principales necesidades de los usuarios que la entidad satisface. Con la participación del comité de calidad se inició el proceso de documentación con la identificación de las actividades que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad del Hospital y su relación, se elaboró la Política y los Objetivos de Calidad y finalmente se llevo a cabo el diseño de la documentación como el manual de funciones y el manual de procedimientos administrativos y asistenciales, adecuándolos a los requisitos que la norma NTCGP 1000:2004 exige y de acuerdo a los parámetros establecidos en el Hospital, la Secretaria de Salud de Santander, el Ministerio de la Protección Social y los demás entes de control. Una vez realizados cada una de las políticas y procedimientos, fueron nuevamente revisados y validados junto con los formatos y registros, para garantizar el entendimiento de estos por parte de todos los funcionarios.

6.1 METODOLOGÍA PARA EL DISEÑO DE LOS DOCUMENTOS

Para esta actividad, el Comité de Calidad analizó y definió las actividades más importantes que requerían ser documentadas, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Que sirvan como elemento unificador en todo el Hospital.
- Que flexibilicen los procesos y simplifiquen 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 personal (autocontrol).

6.1.1 Revisión inicial

Debido a que los documentos iban a ser diseñados, y para tener una mejor base para esta actividad, se procedió a buscar información en las diferentes actividades de trabajo del Hospital, encontrando poca o ninguna información acerca de las actividades de cada una, en la gran mayoría de las actividades no existían antecedentes sobre los temas de interés. Seguidamente se realizó un diagnóstico de la situación actual, cuyos resultados mostraron en realidad las necesidades de diseño y documentación en el Hospital (Ver capítulo 5 del presente libro).

6.1.2 Documentación teórica

Para la buena ejecución y diseño de los documentos, se requería la documentación teórica de las labores administrativas y asistenciales que allí se realizaban, para esto se buscó información con los funcionarios de la Secretaria de Salud Departamental, Otros hospitales del mismo nivel de atención con quienes se realizaron reuniones, con el fin de obtener una mejor aplicación de todos los conceptos en cada etapa del diseño de los documentos, también se hizo revisión de algunos documentos del Hospital tales como el reglamento interno de trabajo, manuales de normas y procedimientos administrativos, y otros documentos necesarios para el diseño pero que a la fecha se encontraban totalmente desactualizados.

6.1.3 Entrevistas con el personal del Hospital

Para el eficaz diseño de la documentación requerida y con el fin de asegurar el conocimiento, se realizaron entrevistas con el personal que forma parte del Hospital, con el propósito de obtener la información necesaria para la elaboración de los procedimientos y que de esta manera sirvieran de base para el aseguramiento de los procesos de cada

una de las áreas. Para el desarrollo de esta actividad, se contó con el apoyo de todos los funcionarios.

6.1.4 Elaboración de la documentación

En el momento en que se ha recopilado toda la información necesaria, se procede a la elaboración de los documentos por parte del comité de calidad, de acuerdo a lo establecido y tomando como base el análisis del diagnóstico inicial, el cual se describe en detalle en el capítulo 5 del presente documento. Esta actividad del diseño de la documentación se realizó siguiendo la estructura piramidal de la Figura 4, donde se especifican los documentos que forman parte del sistema de gestión de la calidad, teniendo en cuenta las siguientes necesidades de documentación:

- Necesidad de evidenciar la planificación del sistema de gestión de la calidad.
- Necesidad de definir, unificar y comunicar las actividades que se desarrollan en el Hospital.
- Apoyar el cumplimiento de los requisitos obligatorios.
- Necesidad de definir criterios claros de evaluación del sistema de gestión de calidad.

6.1.5 Revisión preliminar

Esta actividad consistió en verificar que los documentos diseñados no presentaran inconsistencia de presentación y contenido. Ya que posteriormente estos deben ser revisados por cada titular del cargo, el coordinador de calidad, y debían estar correctamente diseñados para este fin.

6.2 ESTABLECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA

Para establecer, implementar y mejorar un sistema de gestión de calidad, es necesario gestionar las actividades y recursos como un proceso. Este enfoque permite que los resultados de estos procesos se documenten y así poder realizar su seguimiento para lograr el cumplimiento de los objetivos de las entidades.

Dentro de cada uno de los procesos identificados en el Hospital, se desarrolló el ciclo PHVA (Planificar –Hacer-Verificar-Actuar) el cual permite el mantenimiento y la mejora continua de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad. El ciclo PHVA aplica a los procesos de la siguiente manera:

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

Dentro de los procesos identificados en el Hospital se encuentran los siguientes, los cuales cubren la totalidad de los requisitos de la norma:

6.2.1 Procesos de Dirección

Estos procesos orientan a la organización hacia una mejor gestión de sus actividades. Entre los procesos de dirección se incluye:

- Planificación del Sistema de Gestión de Calidad
- Revisión por la dirección

6.2.2 Procesos Misionales

Estos procesos contribuyen directamente en la provisión del servicio de salud. Entre los procesos misionales se incluye:

- Urgencias
- Consulta Externa
- Hospitalización
- Laboratorio Clínico

- Farmacia
- Odontología
- Enfermería
- Promoción y Prevención
- Facturación
- Estadística
- Administración

6.2.3 Procesos de Apoyo

Estos procesos brindan soporte a los demás procesos para lograr la eficacia y eficiencia del Sistema de Gestión de Calidad. Entre los procesos de apoyo se incluye:

- Compras
- Enfoque al usuario
- Mantenimiento
- Recursos humanos
- Recursos físicos

6.2.4 Procesos de Medición Análisis y Mejora

Estos procesos son los que generan información sobre el desempeño del Sistema de Gestión de Calidad. Entre los procesos de medición análisis y mejora se incluye:

- Auditoria interna
- Acciones correctivas
- Acciones preventivas
- Mejoramiento continuo

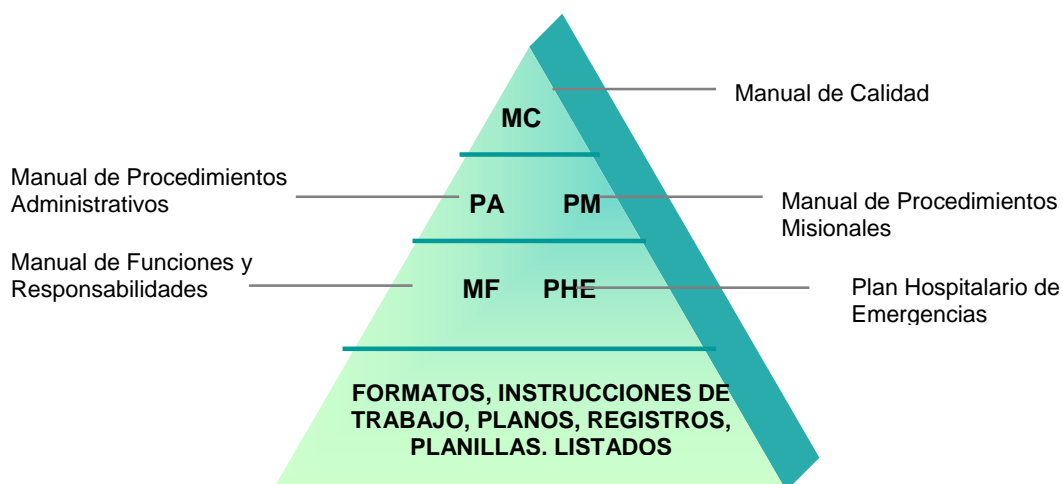
En los procesos que hacen parte del sistema de gestión de la calidad del Hospital se evidencia la importancia del usuario, tanto en la atención a sus requisitos como en la percepción que tienen de la entidad, para poder determinar el grado de satisfacción con el servicio recibido en cada área del hospital, el cual es un elemento de información clave para la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad. En el Anexo B se presenta

Mapa de Procesos identificado dentro del Hospital San Rafael, bajo el cual opera el Sistema de la Calidad. Seguidamente en el Anexo E Y F se describen los procedimientos y registros que forman parte de la estructura documental del Hospital.

6.3 ESTRUCTURA DOCUMENTAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Se estableció que la estructura documental giraría entorno a cinco manuales fundamentalmente, y tendría la estructura piramidal de la Figura 4.

Figura 4. Estructura Documental del Sistema de Gestión de la Calidad

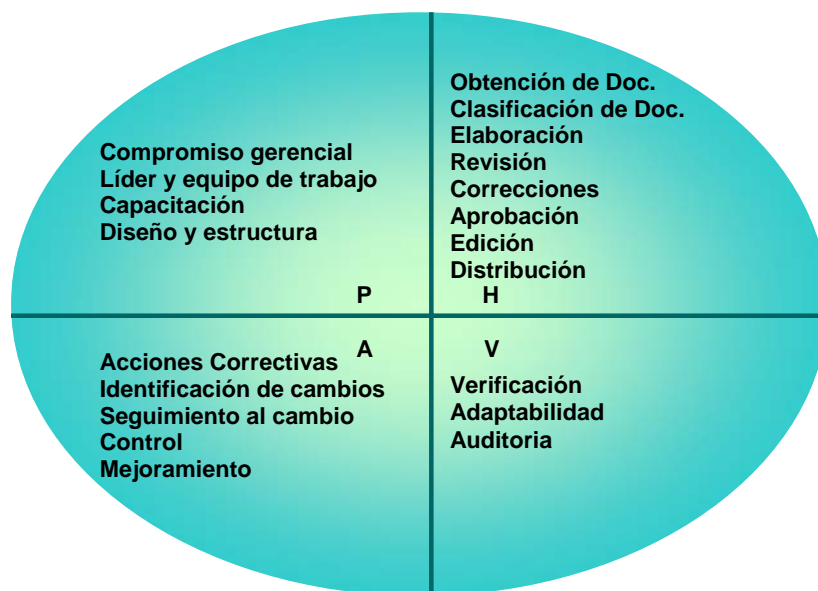


De acuerdo a los documentos pilares se detectó la documentación que se necesitaba actualizar y realizar. Las conclusiones se presentan en las siguientes secciones.

6.3.1 Documentos generados por el sistema de gestión de calidad

6.3.1.1 Manual de Calidad. En el Hospital no existía un documento que especificara el Sistema de Gestión de la Calidad por lo que se elaboró el Manual de Calidad dando conformidad a cada uno de los requisitos de la norma NTCGP 1000:2004 y de acuerdo a las actividades desempeñadas en el Hospital. Este documento se diseñó siguiendo el Ciclo de Mejora Continua PHVA para el Diseño de la Documentación de la Figura 4, y teniendo en cuenta la estructura y secuencia de la norma.

Figura 5. Ciclo de Mejora Continua PHVA para el Diseño de la Documentación



Dentro de los documentos del sistema de gestión de calidad está el manual de calidad, el cual constituye el principal documento que plantea, demuestra y describe el sistema de calidad y la política de calidad de una entidad, a través de un bosquejo estructurado del mismo. Este documento es fundamental para la implementación y mantenimiento del sistema de gestión de la calidad dentro del Hospital.

La elaboración, revisión y aprobación del manual de calidad para el Hospital, tardó aproximadamente 1 mes Y 20 días y en sus distintas etapas se contó con el apoyo del Director del Hospital, personal administrativo y asistencial. Cabe destacar que el manual de calidad se soporta en los procedimientos documentados del sistema de calidad y por esto su elaboración solo se pudo emprender hasta tanto no se tuvieran definidos cada uno de esos documentos. El manual se diseñó con el propósito de considerarse como un “instrumento” para promover la calidad en el seno del Hospital y de sus usuarios, por esto se elaboró bajo los principios de claridad y precisión, conveniencia, exactitud y honestidad. Para lograr lo anterior se tuvieron en cuenta los siguientes elementos de la organización:

- **Sus clientes:** Al desarrollar un manual que cumpla con los requisitos exigidos por una norma, la cual proporciona confiabilidad y demuestra la preocupación del Hospital por

mejorar continuamente en la prestación de sus servicios. Evidencia de esto se observa en los requisitos, necesidades y expectativas de los usuarios, y es desde este punto de vista donde se determina la política y objetivos de calidad que guiarán el sistema de gestión de la calidad.

- **Su personal:** Al hacer participe a los funcionarios del Hospital en el desarrollo del diseño del sistema de gestión de la calidad, y sobre todo, teniendo en cuenta su formación técnica y humana, sus destrezas y habilidades y su experiencia, ya que esto permite elaborar con claridad la estrategia del servicio que se presta.
- **Sus políticas y objetivos:** Al tener en cuenta para la elaboración de su política de calidad, los principios institucionales del Hospital, además de los requerimientos de los clientes, y las necesidades de la Institución al alcanzar resultados óptimos del servicio que se presta. Esto se puede evidenciar desde la estructura misma de la documentación del sistema de calidad hasta en la misma intención del Hospital por satisfacer plenamente todos sus usuarios al querer implementar calidad a su servicio.
- **Sus procesos:** Al estudiar cada uno de los servicios que presta el hospital, e identificar sus procesos y responsables de los mismos.
- **Su estructura organizacional:** Al definir las responsabilidades del mantenimiento y mejora del sistema de la calidad, que se encuentran expresas dentro del manual de calidad, y el manual de funciones y responsabilidades.
- **Sus recursos:** Al disponer de personal, tiempo, equipos y recursos financieros para la implementación y mantenimiento del sistema de gestión de la calidad, ya que cuenta, para sus dispositivos de seguimiento y medición, personas que reportan la información para la determinación del estado del sistema de gestión de la calidad.

El formato escogido por el equipo de trabajo para la elaboración del manual de calidad, es el mismo con que se elaboraron los demás documentos del sistema de calidad del Hospital, esto para mantener la homogeneidad de los documentos de la entidad. En cuanto a su estructura, se decidió que era conveniente hacer la descripción de cómo el Hospital cumplía cada uno de los requisitos y para ello se tomo la misma estructura y secuencia de la norma NTCGP 1000:2004, de tal manera que cada punto del Manual de Calidad del Hospital, corresponde al cumplimiento de un requisito de la norma, así que el numeral 4.2 del manual de calidad del hospital, da respuesta de cumplimiento al requisito 4.2 Gestión documental de la norma NTCGP 1000:2004 y así sucesivamente.

Luego de elaborado el primer borrador del manual de calidad del Hospital, se paso a su etapa de revisión. En esta etapa el manual de calidad fue puesto en manos del Director del Hospital y los funcionarios, el objetivo era dar las sugerencias necesarias para lograr que el manual cumpliera con su objetivo inicial.

Finalmente el manual recibió las aprobaciones pertinentes y quedo listo para llevarlo a la Junta Directiva del Hospital, donde fue aprobado para realizar seguidamente la difusión y entendimiento de todos los funcionarios del Hospital, su versión es la primera al igual que su estado de revisión.

6.3.1.2 Manual de Procedimientos Administrativos. Los procedimientos administrativos se elaboraron al igual que el Manual de Calidad siguiendo la secuencia y estructura de los requisitos de la norma. Todos los procedimientos tienen el mismo formato, esto con el fin de estandarizar la forma de documentar las actividades administrativas del Hospital para esto se incluyó en el “Procedimiento de Control de Documentos” , una Guía para la elaboración de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad ya sea misional o administrativo que se genere dentro de las actividades que desarrolla el Hospital, allí se especifican el cuerpo, y contenido que deben tener todos los nuevos y antiguos procedimientos. Durante el diseño los procedimientos administrativos se seleccionaron, modificaron y agruparon para la elaboración de este manual, el cual no existía. En el Anexo E y F se muestra la lista de documentos que forman parte del Sistema de Gestión de Calidad del Hospital. Para cada procedimiento se diseñaron los documentos específicos como instrucciones de trabajo, planos, especificaciones, formatos, registros, etc. Los documentos administrativos que forman parte de este manual son los siguientes:

- **Procedimiento para Acciones Correctivas.** Este documento establece las directrices para la aplicación de acciones correctivas que deban tomarse para eliminar las causas de las desviaciones no deseables, reales o potenciales, del Sistema de Gestión de Calidad.
- **Procedimiento para Acciones Preventivas.** Este documento se establece con el fin de identificar las necesidades de mejoramiento y las fuentes potenciales de no

conformidad ya sean de orden técnico o relacionadas con el Sistema de Gestión de la Calidad.

- **Procedimiento de Gestión de Auditorías Internas.** Este documento se establece con el fin de desarrollar un proceso planificado, y determinar si las funciones y elementos del Sistema de Gestión de la Calidad definidas son aplicados conforme con lo proyectado. Establece también los lineamientos que se deben tener en cuenta para la implementación de auditorías internas principales o adicionales al Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital.
- **Procedimiento de Control de Documentos.** Se desarrollo para establecer los lineamientos que deben ser tomados en cuenta para proporcionar información y evidencia en cumplimiento con los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad, con el fin de garantizar la operación eficaz y eficiente de los procesos y control de documentos en el Hospital San Rafael de Oiba.
- **Procedimiento para Control de Registros.** Establece los criterios y las actividades a ejecutar para garantizar la identificación, recolección, indexación, acceso, archivo, almacenamiento, mantenimiento y disponibilidad de los registros que forman parte de la estructura documental del sistema de gestión de la calidad.
- **Procedimiento para Tratamiento y Seguimiento de Quejas y Reclamos.** Establece el procedimiento para la atención de quejas y reclamos de los clientes o usuarios del Hospital, para poder determinar la causa de la no conformidad y evaluar la acción correctiva a aplicar y usar su evaluación como herramienta para la retroalimentación del Sistema de Gestión de la calidad.
- **Procedimiento de Revisión por la Dirección.** Este documento se estable con el fin de desarrollar la actividad de revisión por la dirección, más allá de la verificación de la eficacia y eficiencia del Sistema de Gestión de la Calidad, a fin de convertirla en un proceso que se extienda a la totalidad de la entidad y que evalúe también la eficiencia del Sistema. Mediante su liderazgo, la alta dirección estimula el intercambio de nuevas ideas con discusiones abiertas y evaluación de la información, durante las revisiones por la dirección.

- **Procedimiento para Servicio al Usuario.** Establece el procedimiento de servicio al usuario para permitir la cooperación de los mismos y monitorear el funcionamiento del Hospital en relación con el servicio prestado.
- **Procedimiento para evaluación de proveedores:** Se conforma la base de datos de proveedores, previa evaluación, actualización, determinación de la información de proveedores que cumplen con los criterios mínimos establecidos.
- **Procedimiento para registro de proveedores:** Se Conforman y alimenta la base de datos con proveedores que cumplan los estándares de calidad y servicios establecidos por la ESE Hospital San Rafael.
- **Procedimiento para aceptación de oferta o contrato:** Se satisfacen las necesidades de las áreas administrativas y asistenciales en el momento oportuno, previa certificación de disponibilidad presupuestal.
- **Procedimiento para evaluación y selección de contratistas y oferentes:** Se garantiza la transparencia, economía, responsabilidad y celeridad que se debe acompañar al proceso de contratación de obras, bienes y servicios requeridos para el correcto funcionamiento de la ESE Hospital San Rafael de Oiba.
- **Procedimiento para registro de contratistas y oferentes:** Se mantiene sistematizada con información veraz y actualizada la base de datos de los Contratistas y Oferentes que cumplen con los estándares de calidad y servicios establecidos por la ESE Hospital San Rafael que permita obtener ofertas en forma oportuna para agilizar el proceso de contratación.

6.3.1.3 Manual de Procedimientos Misionales. Los procedimientos Misionales se elaboraron teniendo en cuenta los requisitos de la Norma NTCGP 1000:2004, siguiendo su secuencia y estructura, además de la normatividad legal vigente aplicable a las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud. Todos los procedimientos tienen el mismo formato, esto con el fin de estandarizar la forma de documentar las actividades de carácter misional del Hospital. Durante el diseño los procedimientos misionales se

seleccionaron, modificaron y agruparon. Para la elaboración de este manual. En el Anexo E y F muestra la lista de documentos que forman parte del Sistema de Gestión de Calidad del Hospital. Para cada procedimiento se diseñaron los documentos específicos como instrucciones de trabajo, planos, especificaciones, formatos, registros, etc. Los documentos que forman parte de este manual son los siguientes:

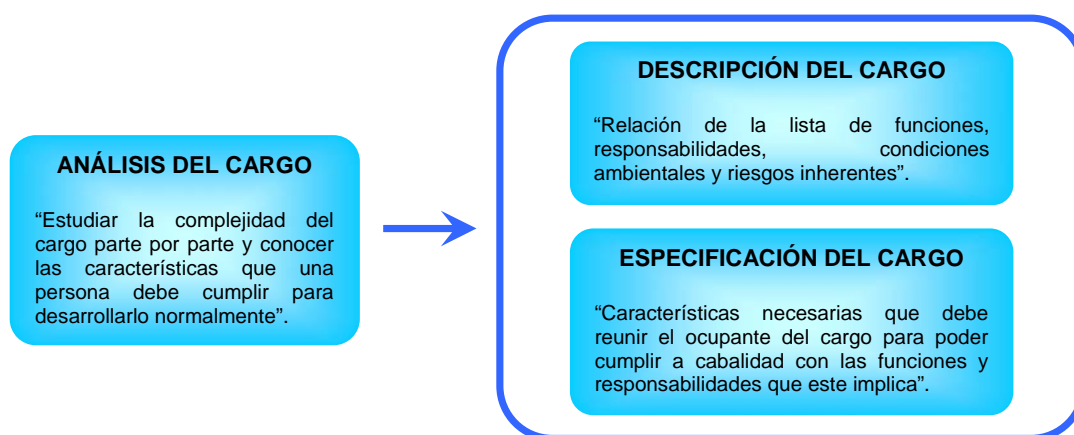
- **Procedimiento para Facturación:** Se plantea como objetivo facturar el 100% de las consultas atendidas en el día de pacientes que ingresan a consulta externa, siguiendo el modelo de proceso estructurado para la facturación, con el cual se busca brindar el apoyo documental al área financiera y a las unidades de prestación hospitalaria, para unificar los diversos criterios y registrar de manera correcta la información que generan los servicios sobre la atención prestada a un paciente.
- **Procedimiento para Estadística:** Con este procedimiento se tiene la finalidad de organizar, clasificar y controlar la información en el área de estadística, para garantizar la atención integral y oportunidad en la información al cliente interno y externo de la Institución. Definir el procedimiento y responsables para el correcto registro de todas las actividades de generadas en el área de Estadística, para obtener una información con calidad de los reportes estadísticos; los cuales deben ser consistentes con los servicios prestados.
- **Procedimiento para consulta externa y enfermería.** Se establece el procedimiento técnico administrativo para el acceso y la atención del usuario del servicio de consulta externa de medicina general y enfermería, con parámetros de calidad, oportunidad y pertinencia para mejorar el estado de salud de los usuarios demandantes.
- **Procedimiento Farmacia.** Se definir las actividades y responsabilidades para el correcto desarrollo de todas las actividades del área farmacéutica, con el fin de llevar el control de los medicamentos y cubrir en forma oportuna las necesidades en los diferentes servicios.
- **Procedimiento Hospitalización.** Con en fin de restablecer la integridad física funcional y/o síquica por cualquier causa con sus diversos grados de severidad, que puedan comprometer la vida o funcionalidad de la persona y que requiera la

prestación de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras; mediante el cuidado integral de un equipo interdisciplinario requiriéndose la permanencia del paciente dentro del área de hospitalización; por un tiempo determinado por el médico tratante, hasta la resolución de la patología diagnosticada.

- **Procedimiento Laboratorio Clínico.** Se definen las actividades y responsables para el correcto registro de todas las actividades de Laboratorio Clínico, para obtener una información con calidad de los reportes estadísticos.
- **Procedimiento Odontología.** Se establece el procedimiento técnico administrativo para el acceso y la atención del usuario del servicio de consulta odontológica, con parámetros de calidad, oportunidad y pertinencia para mejorar el estado de salud de los usuarios demandantes.
- **Procedimiento Promoción y Prevención.** Se determinan las actividades y responsabilidades para la programación, coordinación e información de las actividades de promoción y prevención.
- **Procedimiento Atención en el Servicio de Urgencias.** Se describe el procedimiento a seguir para restablecer la integridad física funcional y/o psíquico de los usuarios por cualquier causa con sus diversos grados de severidad, que puedan comprometer la vida o funcionalidad de la persona y que requiera de la prestación inmediata de servicios de salud a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.
- **Procedimiento Referencia y Contrarreferencia.** Se describe el procedimiento a seguir para restablecer el sistema de referencia y contrarreferencia del Hospital y así velar por la integridad física funcional y/o psíquico de los usuarios por cualquier causa con sus diversos grados de severidad, que puedan comprometer la vida o funcionalidad de la persona y que requiera de la prestación inmediata de servicios de salud a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

6.3.1.4 Manual de Funciones y Responsabilidades. Con el fin de establecer una estructura organizacional se diseñó el Manual de Funciones y Responsabilidades para la ESE Hospital San Rafael, como herramienta administrativa para lograr claridad organizacional. Con la elaboración de este manual se dio cumplimiento a la norma, ya que las funciones y responsabilidades de los funcionarios del Hospital se encontraban desactualizados, por lo que se crearon los procedimientos y formatos necesarios para llevar los registros adecuados de los funcionarios. El diseño de este manual inició con la aplicación de un Formulario de Análisis Ocupacional Anexo G, siguiendo los parámetros establecidos por el Hospital los cuales se observan en la Figura 6.

Figura 6. Relación Análisis – Descripción – Especificación del Cargo



El análisis del cargo se realizó a través del diseño del Formulario de Análisis Ocupacional, el cual fue entregado a cada una de las personas que forman parte del Hospital. Seguidamente, se elaboró la descripción de los cargos partiendo de los registros los cuales se analizaron junto con el Director del Hospital.

El Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales para los empleos de la Planta de Personal de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael contiene la descripción de los cargos para:

- Gerente Empresa Social Del Estado. Cód: 085, Grado: 14
- Enfermero. Cód: 243, Grado: 13

- Técnico Operativo. Cód: 314, Grado: 18
- Auxiliar Área De La Salud. Cód: 412, Grado: 22
- Auxiliar Administrativo. Cód: 407, Grado: 17
- Auxiliar Área De La Salud. Cód: 412, Grado: 16
- Auxiliar Área De La Salud. Cód: 412, Grado: 16
- Conductor. Cód: 480, Grado: 16

El Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales para los empleos de Personal contratado por Orden de Prestación de Servicios y Convenio con Cooperativas de Trabajo Asociado y la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Oiba, contiene la descripción de los cargos para:

- Médico
- Odontólogo
- Bacteriólogo
- Control Interno
- Asesor Jurídico
- Asesor Contable
- Auxiliar Administrativo
- Auxiliar Administrativo
- Auxiliar De Servicios Generales

En cada uno de los manuales se describe para cada cargo el objetivo fundamental del cargo, las funciones, especificaciones del cargo, responsabilidades, nivel de esfuerzo y condiciones del trabajo.

Las Funciones y Responsabilidades de los funcionarios del Hospital están descritas en el Manual de Funciones y Responsabilidades.

6.3.1.5 Documentos Específicos. Estos documentos son los que clasifican como formatos, registros, planillas, instrucciones de trabajo, especificaciones, guías etc, los cuales se ubican en la base de la Estructura Documental del Sistema de Calidad de la Figura 4, siendo estos el punto de partida para la implementación del sistema. Estos documentos específicos se crearon con el fin de suministrar información confiable para tomar acciones, siendo los datos de cualquier naturaleza. Los formatos se realizaron bajo

el parámetro de crear en los funcionarios del Hospital una actitud favorable frente a la importancia del registro de todas sus actuaciones y actividades. En el Anexo F se encuentra la lista de registros que forman parte del Sistema de Gestión del Hospital.

6.4 PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS

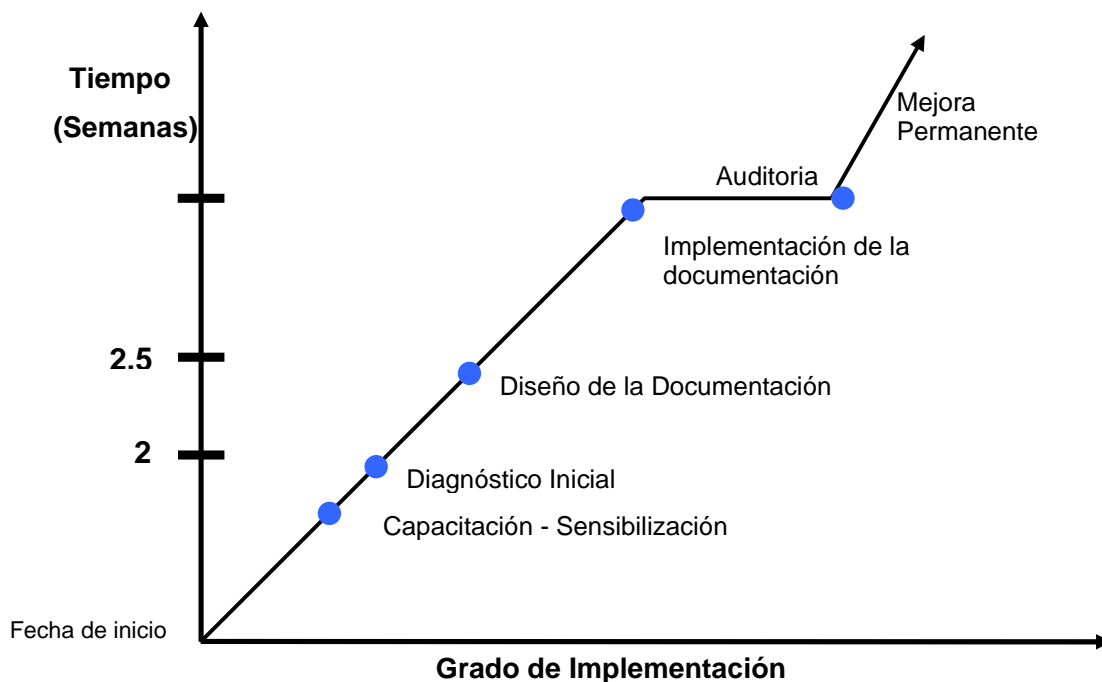
El Plan Hospitalario de Emergencias es una herramienta que contiene las medidas de prevención y planes de acción, necesarias para enfrentar emergencias tanto internas como externas. Se basa en tres principios básicos: atención de forma oportuna, eficiente y eficaz, para contribuir de esta manera a la preparación de la Institución para atender emergencias y salvar la vida de las personas en casos urgentes, y esta constituido por las siguientes secciones:

| | |
|-------------|---|
| SECCIÓN 1: | INFORMACION BÁSICA INSTITUCIONAL |
| SECCIÓN 2: | COMITÉ HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS |
| SECCIÓN 3: | PLANO DE UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y LOCAL |
| SECCIÓN 4: | PLANO HOSPITALARIO (Anexo H) |
| SECCIÓN 5: | RECURSO HUMANO |
| SECCIÓN 6: | INVENTARIO DE RECURSOS FÍSICOS Y TÉCNICOS |
| SECCIÓN 7: | REDES DE APOYO |
| SECCIÓN 8: | IDENTIFICACIÓN DE AMENAZAS EXTERNAS |
| SECCIÓN 9: | IDENTIFICACIÓN DE AMENAZAS INTERNAS |
| SECCIÓN 10: | SISTEMAS DE ALERTA Y ALARMA |
| SECCIÓN 11: | PLAN PARA EMERGENCIAS EXTERNAS |
| SECCIÓN 12: | PLAN PARA EMERGENCIAS INTERNAS |
| SECCIÓN 13: | PLAN DE EVACUACIÓN GENERAL |
| SECCIÓN 14: | PROGRAMACIÓN DE SIMULACROS |
| SECCIÓN 15: | EVALUACIÓN |
| SECCIÓN 16: | PROGRAMACIÓN |

7. RECOMENDACIONES PARA IMPLEMENTAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR LA NORMA NTC- GP 1000:2004

Una vez se cubren las etapas de diagnóstico, evaluación, diseño de documentos, capacitación de personal y reuniones de equipo diseñando el funcionamiento del sistema de gestión de calidad ideado bajo la norma NTCGP 1000:2004, finalmente aparece la etapa de implementación, una de las etapas mas importantes para iniciar el camino hacia una nueva metodología de gestión de la calidad, que conlleve a mejorar continuamente los servicios que presta la el Hospital a todos sus usuarios, en la Figura 7 se muestra el modelo del grado de implementación del Sistema de la Calidad en una entidad.

Figura 7. Grado de Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad



La etapa de implementación se soporta en las capacitaciones y charlas que el personal recibe con anterioridad sobre los principios y compromisos del nuevo sistema de la calidad por parte de la Dirección del Hospital lo que ayuda a la toma de conciencia y a la disminución de la “resistencia al cambio” que presenta toda organización al cambiar su manera de actuar.

A continuación se presentan los siguientes pasos como una herramienta para la oficialización de la implementación del sistema de gestión de la calidad en el Hospital.

7.1 ESTABLECIMIENTO DEL COMITÉ DE CALIDAD

La Norma NTCGP 1000:2004 establece que el sistema de gestión de la 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 Sistema de Gestión de Calidad del Hospital. Reunidos con el Director del Hospital, la Administradora y el Enfermero Jefe, se estableció que ese equipo de trabajo debía estar encabezado por su Director. En concordancia con esa idea se realizó una reunión y en esa misma oportunidad se establecieron los objetivos y funciones del comité de calidad, los cuales fueron documentados en el Manual de Calidad del Hospital para dejar evidencia del compromiso adquirido. A continuación se describe el objetivo y las funciones del Comité de Calidad para la ESE Hospital San Rafael de Oiba que se acordaron:

7.1.1 Objetivo del Comité de Calidad

Promover, implementar, actualizar y verificar la ejecución del Sistema de Gestión de Calidad según los requisitos de la Norma NTCGP 1000:2004 y así mismo satisfacer las necesidades de los usuarios, organizaciones que otorgan reconocimiento y establecen controles.

7.1.2 Funciones del Comité de Calidad

Estas funciones son complementarias a las exigidas por la entidad.

- Definir y mantener la Política de Calidad.
- Revisar y aprobar el Manual de Calidad.
- Revisar permanentemente el proceso de implementación del Sistema de Calidad.
- Determinar el número de Auditorías internas al año para el sistema de calidad.
- Revisar y aprobar los controles establecidos para el sistema de calidad.

- Iniciar acciones para prevenir la ocurrencia de no conformidades relacionadas con el servicio, el proceso y el Sistema de Gestión de Calidad.
- Identificar y registrar cualquier no conformidad relacionada con el otorgamiento del servicio, el proceso y el Sistema de Gestión de Calidad.
- Verificar la implementación de acciones correctivas y preventivas.
- Controlar el proceso posterior hasta que la no conformidad se haya corregido.
- Las demás funciones definidas internamente por el Comité de Calidad.

7.1.3 Representante de la Dirección

Para dar cumplimiento al requisito numero 5.5.2 de la norma NTCGP 1000:2004, se nombró al Enfermero Jefe como el Representante de la Dirección por el Sistema de Gestión de la Calidad y en mutuo acuerdo con el Comité de Calidad, quien independiente de otros deberes y responsabilidades debe tener autoridad y responsabilidad definida a fin de asegurar que el Sistema de Gestión de Calidad se implemente y siga en todo momento, a partir de este requisito se definieron las siguientes responsabilidades para el Coordinador de Calidad de la ESE Hospital San Rafael:

- Formular estrategias para cumplir con los Objetivos de Calidad.
- Verificar el cumplimiento de las Políticas establecidas en el Hospital.
- Sugerir a la Dirección aspectos que mejoren el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Verificar el cumplimiento de los requisitos exigidos por la norma NTC GP 1000:2004.
- Controlar la calidad de los servicios, exigiendo el cumplimiento de las normas, especificaciones y demás actividades que afecten la calidad del servicio.
- Comprometerse y velar porque se actúe de buena fe en todas las actividades.

Adicionalmente debe ejercer las funciones de Administrador de la documentación ya que para el Hospital resulta muy importante tener una persona de la dirección competente que vele por el control de la documentación del sistema de la calidad, ya que la estandarización y la mejora continua esta soportada en una buena administración de los documentos.

Los compromisos y responsabilidades asignadas al Comité de Calidad y al Representante del Hospital del sistema de gestión de la calidad, fueron expuestas en la reunión de

socialización del sistema, la cual se llevo a cabo 15 de enero de 2007, día en el cual se comunicó el contenido del Manual de Calidad, Manual de Funciones, Manual de Procedimientos, Plan Hospitalario de emergencias y se contó con la participación de todo el personal del Hospital. En esa oportunidad las personas que estaban en los cargos a los que se les asignaron tales responsabilidades dentro del sistema de gestión de calidad confirmaron su cumplimiento y para dejar evidencia se firmó el acta que describe la celebración del evento de inicio de implementación del Manual de Calidad y sus respectivos documentos.

7.2 DIFUSIÓN DE LOS DOCUMENTOS

La documentación del sistema de gestión de la calidad fue una de la partes más entendidas por los funcionarios del Hospital, ya que la mayoría de los documentos elaborados fueron seguidos de cerca por cada uno de ellos en todas sus etapas, esto debido a que era la primera vez que se documentaban los procedimientos tanto misionales como administrativos del Hospital y su atención estaba en tener documentos que reflejaran con exactitud lo que se hacía, con el objeto claro de la mejora continua a través de ellos.

En la reunión de celebración de la implementación del sistema de calidad se dió un consolidado y a la vez una retroalimentación sobre el total de los documentos del sistema de gestión de calidad, la importancia de su actualización, su utilización y su ubicación dentro del Hospital.

Para el manejo eficiente de la documentación se determinó que esta debía estar en fólderes ubicados según se requirieran dentro del Hospital y cada servicio. Efectivamente la información se clasificó según la necesidad de uso por servicio, se imprimieron y se colocaron en fólderes para su distribución. La parte de distribución se llevo a cabo en el acto de implementación del sistema de calidad. En cuanto al manejo de la información en forma magnética, se crearon copias en CD- recordable con el nombre "Documentación NTCGP 1000:2004", la cual se encuentra también en el computador central de la oficina de la Administración y donde solo personal autorizado tiene acceso.

La difusión del Manual de Calidad se llevó a cabo en la reunión de implementación del sistema de gestión de la calidad y su distribución se efectuó enseguida; de él se resaltó la Política de Calidad, como la nueva y mejorada filosofía del Hospital; además se socializaron los Objetivos de Calidad que lograrán el cumplimiento de esa política, dejando claro que sin la participación de todo el personal no es posible la consecución de estos objetivos.

8 RECOMENDACIONES PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD CON RESPECTO A LOS REQUISITOS DE LA NTCGP 1000:2004

Con el fin de dar las bases para la evaluación de la implementación del sistema de gestión de la calidad, se desarrolla en el presente capítulo una serie de recomendaciones y una metodología que se deben tener en cuenta para lograr resultados objetivos, para ello es importante contar con la norma NTC-ISO-19011 "DIRECTRICES PARA LA AUDITORIA DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y/O AMBIENTALES", la cual enfatiza en la importancia de las auditorías como una herramienta de gestión para el seguimiento y la verificación de la implementación eficaz de una política de organización para la gestión de la calidad y/o ambiental. Esta Norma Internacional proporciona orientación sobre los principios de auditoría, la gestión de programas de auditoría, la realización de auditorías de sistemas de gestión de la calidad, así como sobre la competencia de los auditores de sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental.

8.1 AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

Auditoría es un proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que cumplen los criterios de establecidos.

Las auditorías internas, denominadas en algunos casos como auditorías de primera parte, se realizan por, o en nombre de la propia organización, para la revisión por la dirección y con otros fines internos y pueden constituir la base para una autodeclaración de conformidad de una organización.

Las auditorías externas incluyen lo que se denomina generalmente auditorías de segunda parte y tercera parte. Las auditorías de segunda parte las llevan a cabo entidades que tiene un interés en la organización, tal como los clientes, proveedores o por otras personas en su nombre.

Las auditorías de tercera parte se llevan a cabo por organizaciones auditoras independientes y externas, tales como aquellas que proporcionan el registro o la

certificación de conformidad de acuerdo con los requisitos de las Normas ISO 9001 y para el caso en particular del Hospital certificado de Calidad según la Norma NTCGP 1000:2004.

8.1.1 Principios de Auditoria

La auditoria se caracteriza por depender de varios principios. Éstos hacen de la auditoria una herramienta eficaz y fiable en apoyo de las políticas y controles de gestión, proporcionando información sobre la cual una organización puede actuar para mejorar su desempeño. La adhesión a esos principios es un requisito previo para proporcionar conclusiones de la auditoria que sean pertinentes y suficientes, y para permitir a los auditores trabajar independientemente entre sí para alcanzar conclusiones similares en circunstancias similares. Los principios siguientes se refieren a los auditores.

a) **Conducta ética:** *El fundamento de la profesionalidad.* La confianza, integridad, confidencialidad y discreción son esenciales para auditar.

b) **Presentación ecuaníme:** *La obligación de informar con veracidad y exactitud.*

Los hallazgos, conclusiones e informes de la auditoria reflejan con veracidad y exactitud las actividades de la auditoria. Se informa de los obstáculos significativos encontrados durante la auditoria y las opiniones divergentes sin resolver entre el equipo auditor y el auditado.

c) **Debido cuidado profesional:** *La aplicación de diligencia y juicio al auditar.*

Los auditores proceden con el debido cuidado, de acuerdo con la importancia de la tarea que desempeñan y la confianza depositada en ellos por el cliente de la auditoria y por otras partes interesadas. Un factor importante es tener la competencia necesaria.

Los principios que siguen se refieren a la auditoria, la cual es por definición independiente y sistemática.

d) **Independencia:** *La base para la imparcialidad de la auditoria y la objetividad de las conclusiones de la auditoria.*

Los auditores son independientes de la actividad que es auditada y están libres de sesgo y conflicto de intereses. Los auditores mantienen una actitud objetiva a lo largo del proceso de auditoría para asegurarse de los hallazgos y conclusiones de la auditoría basados sólo en la evidencia de la auditoría.

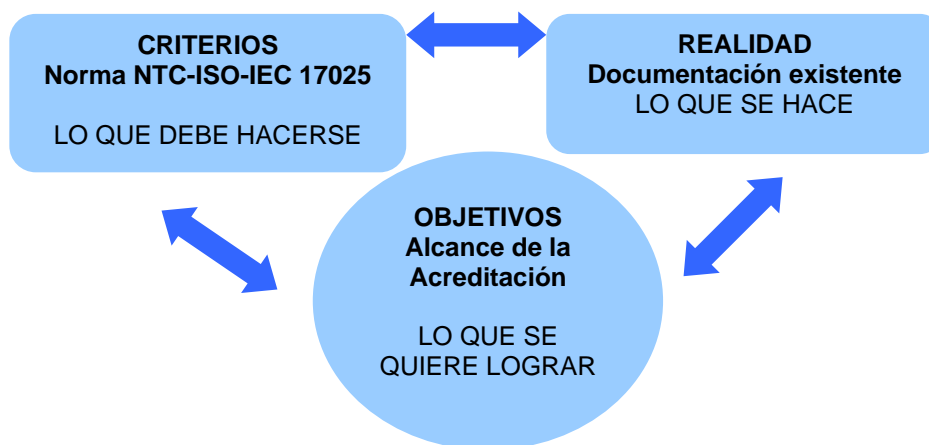
e) **Enfoque basado en la evidencia:** *El método racional para alcanzar conclusiones de las auditorías fiables y reproducibles en un proceso de auditoría sistemático.*

La evidencia de la auditoría es verificable. Está basada en muestras de la información disponible, ya que una auditoría se lleva a cabo durante un período de tiempo delimitado y con recursos finitos. El uso apropiado del muestreo está estrechamente relacionado con la confianza que puede depositarse en las conclusiones de la auditoría.

8.1.2 Enfoque de la auditoría

Lo que busca la actividad de auditoría de calidad es encontrar una relación estrecha y coherente entre lo que se hace, lo que se debe hacer, y lo que se quiere lograr. A continuación se presenta la Figura 8, el enfoque de las auditorías:

Figura 8. Enfoque de la auditoría



8.1.3 Objetivos de un programa de auditoria

Los objetivos de un programa de auditoria se establecen con el fin de dirigir la planificación y realización de las auditorias. Estos objetivos pueden basarse considerando:

- a) Prioridades de la dirección
- b) Propósitos comerciales
- c) Requisitos de sistema de gestión
- d) Requisitos legales, reglamentario o contractuales
- e) Requisitos del cliente

8.1.4 Extensión del programa de auditoria

La amplitud del programa de auditoria puede variar y está influenciada por el tamaño, la naturaleza y la complejidad de la organización que se audite, así como por lo siguiente:

- a) El alcance, el objetivo, y la duración de cada auditoria que se realice
- b) La frecuencia de las auditorias que se realicen
- c) Las normas, requisitos legales, reglamentarios y contractuales
- d) La necesidad de acreditación o de certificación
- e) Cambios significativos en la organización o en sus operaciones

8.1.5 Responsabilidades del programa de auditoria

La responsabilidad de la gestión de un programa de auditoria se debe asignar a una o mas personas con conocimientos generales de los principios de auditoria, de la competencia de los auditores y de la aplicación de las técnicas de auditoria. Estas personas deben tener habilidades para la gestión, así como conocimientos técnicos y del negocio pertinentes para las actividades que van a auditarse. Las personas a las cuales se asigna la responsabilidad de gestionar el programa de auditorias deben:

- a) Establecer los objetivos y amplitud del programa de auditoria

- b) Establecer las responsabilidades y los procedimientos, y asegurarse de que se proporcionan recursos
- c) Asegurarse de la implementación del programa de auditoria
- d) Asegurarse de que se mantienen los registros pertinentes del programa de auditoria
- e) Realizar seguimiento, revisar y mejorar el programa de auditoria

8.1.6 Recursos del programa de auditoria

Cuando se identifican los recursos del programa debe considerarse:

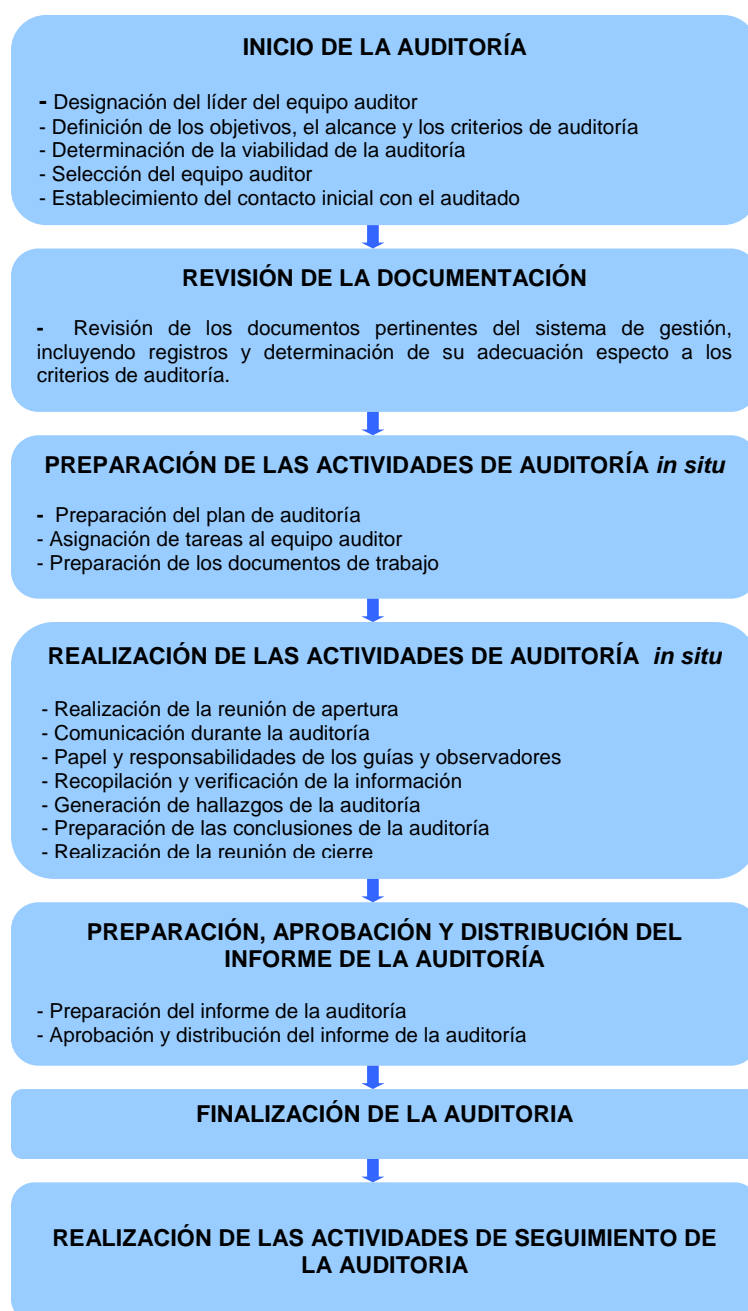
- a) Los recursos financieros necesarios para desarrollar, implementar, dirigir y mejorar las actividades de la auditoria
- b) Las técnicas de auditoria
- c) Los procesos para alcanzar y mantener la competencia de los auditores, y para mejorar su desempeño
- d) La disponibilidad de auditores y expertos técnicos que tengan la competencia apropiada para los objetivos particulares del programa de auditoria
- e) La amplitud del programa de auditoria
- f) El tiempo de viaje, alojamiento y otras necesidades de la auditoria

8.2 ACTIVIDADES DE LA AUDITORÍA

La norma NTCISO 19011 “Directrices para auditoria de sistemas de gestión de la calidad y/o ambientales”, fue adoptada por el sector público como modelo de auditoria y herramienta de gestión, ya que a partir de la Ley 872 de 2003, las entidades del estado tienen la responsabilidad de desarrollar, implementar, mantener, revisar y perfeccionar el

Sistema de Gestión de la Calidad, y aplicar las auditorías internas como un mecanismo que detecte oportunamente las posibles desviaciones de los procesos, es así como se presenta a continuación una serie de actividades que según la norma son actividades que aportan al sistema de gestión de calidad para garantizar su mejora continua.

Figura 9. Actividades de la Auditoría



9 VERIFICACIÓN DE LOS OBJETIVOS PLANTEADOS PARA EL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Una vez finaliza el proceso de diseño del Sistema de Gestión de la Calidad, se presenta una descripción del cumplimiento de objetivos específicos planteados en el capítulo 1 del presente documento, lo que permite dar una visión general del alcance de los mismos.

9.1 OBJETIVO 1

Realizar un diagnóstico preliminar, con el fin de conocer el estado actual de la E.S.E. Hospital San Rafael de Oiba, con respecto a los requisitos que la norma NTC-GP 1000 exige.

Este diagnóstico inicial se realizó con el fin de presentar una visión de la situación encontrada en el Hospital; a través de la aplicación de una lista de chequeo basada en cada uno de los numerales de la Norma NTCGP 100:2004, en el cual se determinó el nivel de cumplimiento con el Sistema de Gestión de la Calidad. La metodología llevada a cabo consistió en estudiar cada punto de la norma, ver en que grado se cumplía con cada requisito y realizar el análisis, para llegar así a establecer el diagnóstico inicial, lo que permitió tomar las bases para la aplicación de la norma y su diseño.

9.2 OBJETIVO 2

Establecer el marco teórico y marco legal aplicable al proceso de diseño del Sistema de Gestión de la Calidad para la E.S.E. Hospital San Rafael de Oiba.

Este se presenta en el capítulo 2, en el cual se hace una descripción de lo general a lo particular, partiendo del nacimiento de las normas de calidad internacionales y como éstas a través del tiempo se han ido adoptando en diferentes países como muestra de la mejora continua que acompaña estos procesos de calidad, se presenta también el estado actual de las normas de calidad y en particular las establecidas por el gobierno nacional a través del Ministerio de la Protección Social, que es el ente de control máximo para las instituciones prestadoras de servicios de salud en el Colombia, estableciendo para ello el

Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, la cual enmarca cuatro aspectos fundamentales y sobre los cuales los entes territoriales (secretarías de salud departamentales), realizan cumplimiento permanente para verificar la adopción de estos procesos de calidad, estos aspectos son: el sistema único de habilitación, sistema de auditoría, sistema único de acreditación y finalmente el sistema de información para la calidad. De igual manera el gobierno nacional plantea el cumplimiento de las normas de calidad aplicables a los organismos del estado, por lo cual es de aplicación para las ESE'S, partiendo con la adopción de de la norma NTCGP 1000:2004, y es por esto que se describe la estructura básica de la norma para dar inicio de esta forma al diseño del sistema de gestión de la calidad para la ESE Hospital San Rafael de Oiba. Es así como la ESE Hospital San Rabel de Oiba cuenta en la actualidad con sus servicio de salud habilitados por la Secretaria de Salud de Santander desde el 15 de noviembre del 2006 hasta el 15 de noviembre del 2010, tiempo en el cual la entidad debe renovar todo plan de gestión y presentar toda la documentación requerida para contar nuevamente con servicios de salud habilitados y con excelente calidad (ver Anexo I. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud)

9.3 OBJETIVO 3

Diseñar el Sistema de Gestión de la Calidad para la E.S.E. Hospital San Rafael de Oiba.

Dentro de la etapa de diseño y documentación fue indispensable la comprensión de los requisitos generales de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad, fue así como se dio inicio a la elaboración y presentación de la documentación exigidos por la Norma NTCGP 1000:2004, que incluyó el diseño de manual de calidad, procedimientos misionales y administrativos, manual de funciones, plan hospitalario de emergencias, documentos externos, guías, y demás. Las actividades de esta etapa se presentan en el capítulo 6 del presente documento.

9.4 OBJETIVO 4

Entregar las bases para la implementación y seguimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la E.S.E. Hospital San Rafael de Oiba.

Una vez diseñados y documentados los procesos y formuladas las mejoras a los mismos se diseñó una metodología de implementación, en el que se especificaron las actividades a desarrollar. Las actividades que corresponden a estas etapas se desarrollaron en el capítulo 7 del presente documento.

Por último, y lo que es tal vez más importante, fue la comprensión de que la medición es el primer paso hacia el control y el mejoramiento para alcanzar el nivel más alto del Sistema de Gestión de la Calidad.

CONCLUSIONES

- Mediante la realización del diagnóstico inicial del Hospital, se logró conocer a fondo todas las actividades que forman parte de la Entidad; así como conocer los atributos de calidad que los usuarios consideran aumentan su satisfacción y lo que estos valoran del servicio prestado por el Hospital, además se concluyó que con la realización del diagnóstico se dio un acercamiento a los requerimientos en cuanto a los recursos necesarios para la implementación de un sistema de gestión de la calidad del Hospital, bajo los parámetros de calidad exigidos por la Norma Técnica Colombiana en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004. Además, con este diagnóstico se identificaron las necesidades de documentación del hospital la cual conducirá a una eficaz implementación y mejora continua del sistema de gestión de calidad.
- Con la capacitación de los funcionarios del Hospital, se logró un cambio de mentalidad en cuanto al tema de la calidad y de los cambios que se realizan para la mejora del servicio al usuario, lo que facilitó la realización de la documentación y su entendimiento, ya que la disposición por parte de cada uno hacia este, en términos de tiempo, costos y paciencia, mejoró significativamente; también ayudó a que el personal comprendiera la importancia de la realización de cada etapa del sistema y la metodología llevada a cabo, permitiendo que el aporte fuera mutuo. Adicionalmente, se observó que un personal motivado, involucrado y comprometido dentro del Hospital posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la misma, al ser valorado por su trabajo.
- La elaboración de la documentación del Hospital, la identificación y elaboración de los formatos y registros de calidad, brindaron la solidez necesaria para mejorar y mantener el modelo de gestión de calidad propuesto por la norma; esto si esta acompañado de un equipo de trabajo (Comité de Calidad) que este comprometido con la mejora continua en favor de tener usuarios satisfechos en el tiempo. El haber realizado los documentos al lado de cada funcionario, facilitó la interpretación de cada documento.

- Una vez cubiertas las etapas de capacitación, diagnóstico, documentación, se llevaron a cabo las sugerencias y recomendaciones de la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad con Respecto a los Requisitos de la NTCGP 1000:2004 para el Hospital, lo cual constituye una de las etapas de mayor importancia ya que se conoce finalmente su estado en cuanto a cumplimiento se refiere, donde es posible encontrar resultados positivos y es ahí donde cobran valor y gran importancia los planes de mejora y seguimiento correspondientes a las no conformidades generadas por la actividad de Auditoría recomendada por la Norma NTCISO 190011.

RECOMENDACIONES

- Continuar con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad tanto al personal del Hospital como a todos sus usuarios, debido a los beneficios que trae para la Entidad y la comunidad, el contar con servicios de salud que se prestan bajo parámetros de calidad nacionales, lo que otorga reconocimiento que en últimas es un gran premio al que se puede llegar.
- Mantener los documentos del sistema de gestión de calidad actualizados, de tal manera que correspondan a cualquier cambio en la estructura organizacional de la del Hospital; que los nuevos documentos del Sistema de Gestión de Calidad, se hagan según la norma fundamental para la elaboración de documentos que este en vigencia; además que todos los documentos y registros identificados en el SGC sean puestos a disposición de funcionarios autorizados. La gestión y programación de estas actividades deben ser lideradas por el administrador de la documentación del sistema de calidad de la coordinación.
- Llevar a cabo las auditorias internas necesarias, según el procedimiento establecido para ello, que asegure el funcionamiento correcto del Sistema de Gestión de Calidad del Hospital, incluyendo inicialmente en estas auditorias 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 auditorias, aumenten con la participación de personas con experiencia y responsabilidad.
- El comité de calidad debe planificar y programar permanentemente la capacitación de los funcionarios del Hospital, con talleres y cursos en temas relacionados con la actividad tanto misional como humana y sobre todo en el manejo de herramientas para el mejoramiento continuo que guíen el Sistema de Gestión de Calidad.
- El comité de calidad del Hospital debe liderar todos los procesos de mejoramiento que se desplieguen dentro del mismo, de tal manera que el ejemplo sea el camino de enseñanza más corto y seguro.

BIBLIOGRAFÍA

NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTCGP 1000:2004 NORMA TECNICA DE CALIDAD EN LA GETIÓN PUBLICA.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Sistemas de Gestión de la Calidad – Fundamentos y vocabulario. Santa Fé de Bogotá: ICONTEC, 2000. 29 p. (NTC ISO 9000)

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos. Santa Fé de Bogotá: ICONTEC, 2000. 28 p. (NTC ISO 9001)

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Sistemas de Gestión de la Calidad – Directrices para la mejora del desempeño. Santa Fé de Bogotá: ICONTEC, 2000. 67 p. (NTC ISO 9004)

NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTCISO 19011 “Directrices para Auditorias de Sistemas de Gestión de Calidad y/o Ambiental”

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/contactus.asp>

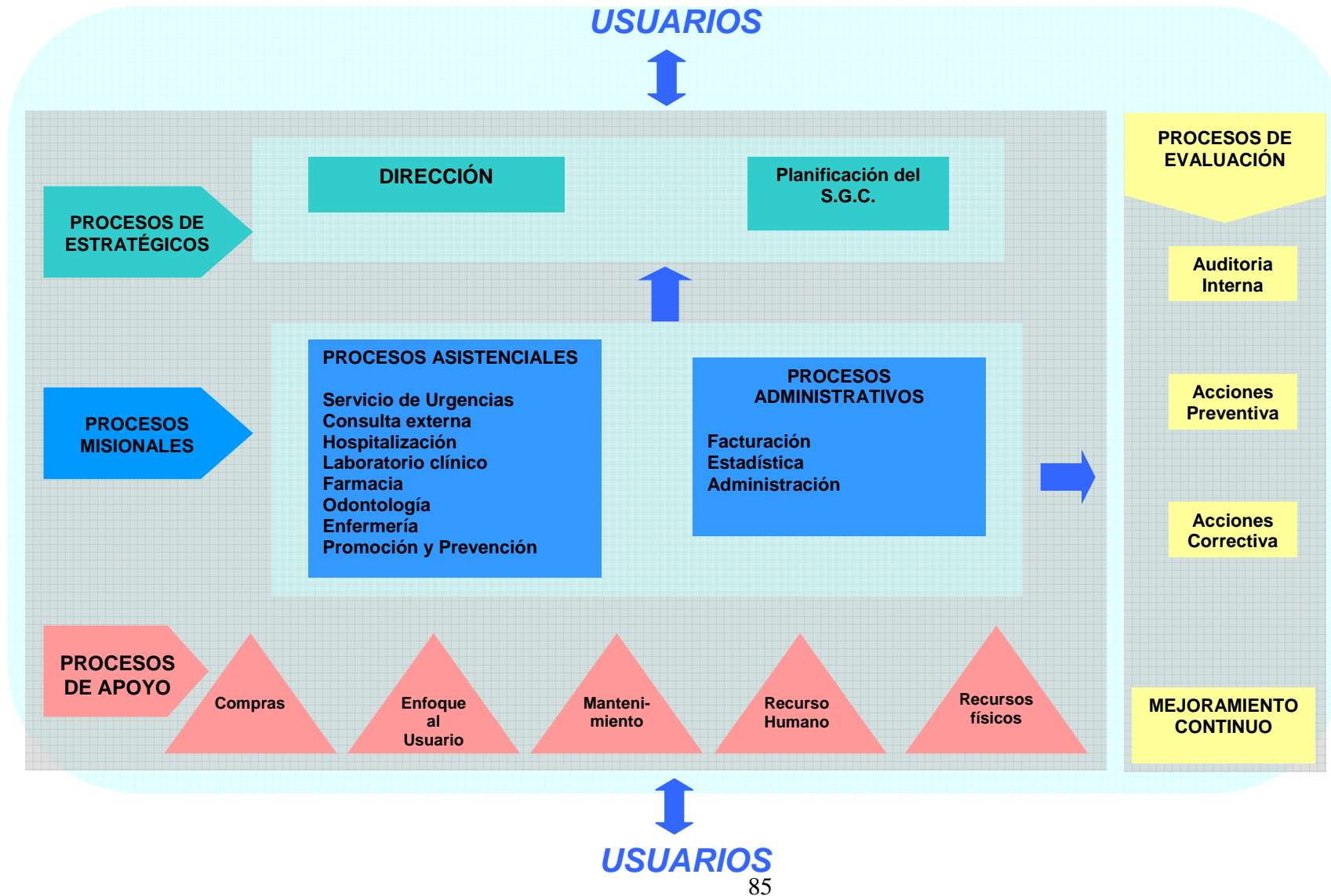
ANEXO A. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

Fecha de Publicación: Octubre 20 de 2006

Aprobado por: Dr. Javier Eduardo Acelas Beltrán-Gerente
Elaborado por: Ing. Jenny Johana Celis-Control Interno

| TEMA | FECHA |
|---|--|
| Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud | Octubre 26 de 2006 Lugar: Sala de Espera Consulta Externa |
| Norma Técnica Colombiana NTCGP 1000:2004 | Noviembre 15 de 2006 Lugar: Sala de Espera Consulta Externa |
| Plan Hospitalario de Emergencias | Noviembre 21 de 2006 Lugar: Sala de Espera Urgencias |
| Principios Institucionales-Manual de Funciones | Diciembre 4 de 2006 Lugar: Sala de Espera Consulta Externa |
| Sistema de Gestión de la Calidad para la ESE Hospital San Rafael | Diciembre 12 de 2006 Lugar: Sala de Espera Consulta Externa |
| Recomendaciones para la Implementación y Evolución del Sistema de Gestión de la Calidad | Enero 15 de 2007 Lugar: Sala de Espera Consulta Externa |

ANEXO B. Mapa de Procesos del la ESE Hospital San Rafael de Oiba



ANEXO C. DESARROLLO DEL MÉTODO MAPA PARA ANÁLISIS DE REQUISITOS

CRITERIOS ADMINISTRATIVOS O REQUISITOS DE GESTIÓN

Los requisitos de gestión se encuentran considerados en la norma NTCGP 1000:2005 bajo los siguientes títulos:

- **4. SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**
- **5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN**
- **6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS**
- **7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO**
- **8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA**

A continuación se presentan las tablas 1 al 5 el desarrollo del mapa de requisitos para cada uno de los criterios nombrados anteriormente.

Tabla 1. Sistema de Gestión de Calidad

| 4. Sistema de Gestión de Calidad | | | |
|---|----|---|----|
| Párrafo | A | B | G |
| 4.1 | 8 | | 27 |
| 4.2 | 5 | | |
| 4.2.2 | 4 | | |
| 4.2.3 | 9 | | |
| 4.2.4 | 1 | | |
| Total en 4 | 27 | 0 | |

Tabla 2. Responsabilidad por la Dirección

| 5. Responsabilidad por la Dirección | | | |
|--|----|---|----|
| Párrafo | A | B | G |
| 5.1 | 5 | | 31 |
| 5.2 | 1 | | |
| 5.3 | 6 | | |
| 5.4 | 1 | | |
| 5.4.2 | 2 | | |
| 5.5 | 1 | | |
| 5.5.2 | 3 | | |
| 5.5.3 | 1 | | |
| 5.6 | 1 | | |
| 5.6.2 | 6 | 2 | |
| 5.6.3 | 3 | | |
| Total en 5 | 29 | 2 | |

Tabla 3. Gestión de Recursos

| 6. Gestión de Recursos | | | |
|-------------------------------|----|---|----|
| Párrafo | A | B | G |
| 6.1 | 2 | | 12 |
| 6.2.1 | 1 | | |
| 6.2.2 | 5 | | |
| 6.3 | 3 | | |
| 6.4 | 1 | | |
| Total en 6 | 12 | 0 | |

Tabla 4. Realización del Producto y/o Prestación del Servicio

| 7. Realización del Producto y/o Prestación del Servicio | | | |
|--|----|----|----|
| Párrafo | A | B | G |
| 7.1 | 4 | | 52 |
| 7.2.1 | 3 | 1 | |
| 7.2.2 | 5 | | |
| 7.2.3 | 3 | 1 | |
| 7.3 | NA | | |
| 7.4.1 | 4 | | |
| 7.4.2 | 2 | 1 | |
| 7.4.3 | 1 | | |
| 7.5.1 | 7 | | |
| 7.5.2 | | 5 | |
| 7.5.3 | | 3 | |
| 7.5.4 | | 1 | |
| 7.5.5 | 1 | 1 | |
| 7.6 | 2 | 7 | |
| Total en 7 | 32 | 20 | |

Tabla.5 Medición, Análisis y Mejora

| 8. Medición, Análisis y Mejora | | | |
|---------------------------------------|----|---|----|
| Párrafo | A | B | G |
| 8.1 | 1 | | 10 |
| 8.2.1 | 1 | | |
| 8.2.2 | 1 | | |
| 8.2.3 | 1 | | |
| 8.2.4 | 1 | | |
| 8.3 | 1 | | |
| 8.4 | 1 | | |
| 8.5.1 | 1 | | |
| 8.5.2 | 1 | | |
| 8.5.3 | 1 | | |
| Total en 8 | 10 | | |

Tabla.6 Tabla Resumen

| TOTAL REQUISITOS | | |
|-------------------------|-----------|------------|
| A | B | G |
| 110 | 22 | 132 |

ANEXO D. LISTA DE CHEQUEO (DIAGNOSTICO INICIAL)

Octubre 10 de 2006

- Se presenta este cuestionario de evaluación con el fin de que el Hospital obtenga una aproximación del grado de cumplimiento de los aspectos que son evaluados de acuerdo con los requisitos de la norma NTCGP 1000:2004.

Las preguntas se encuentran agrupadas por secciones, en un orden que, no coincidiendo con el de presentación de la norma, se ha considerado el más adecuado a efectos de evaluación. En cada pregunta se indica el apartado de la norma al que se refiere, responsable de dar cumplimiento a dicho requisito.

La forma de cumplir con este conjunto de preguntas pretende ser sencilla, marcando las respuestas que pueden ser de uno de los tipos siguientes:

- **DI:** Documentado e Implementado Eficazmente
- **DIN:** Documentado e Implementado pero No Eficazmente
- **NDA:** No Documentado pero existen Actuaciones que pretenden resolver la cuestión
- **NDNA:** No Documentado No se realizan Actuaciones relativas a la cuestión
- **NA:** No es de Aplicación en el Hospital

| NUM | REQUISITO | DI | DIN | NDA | NDNA | NA | OBSERVACIONES |
|-----------|---|----|-----|-----|------|----|---|
| 4. | SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD | | | | | | |
| 4.1 a | Se tienen identificados los procesos dentro de la entidad | | | | X | | El hospital no tiene identificados los procesos. |
| 4.1 b | Se determina la secuencia e interacción de estos procesos. | | | | X | | No cuenta con un análisis de los procesos. |
| 4.1 c | Se determinan los criterios y métodos necesarios para operar y controlar eficaz y eficientemente los procesos. | | | | X | | No existe un sistema de gestión de la calidad que determine criterios y controles. |
| 4.1 d | Se tiene disponibilidad de recursos e información que apoyen la operación y seguimiento de los procesos | | | X | | | El Hospital dispone de recursos y sistemas de información pero no se controlan ni se hace seguimiento a los procesos. |
| 4.1 e | Se realiza seguimiento, medición y análisis a estos procesos | | | | X | | No existen controles establecidos ni adoptados por los funcionarios. |
| 4.1 f | Se implementan acciones para mejorar los resultados | | | X | | | El hospital actúa cuando ocurren dificultades pero no hay seguimiento documentado orientado a los resultados. |
| 4.1 g | Se identifican los puntos de control sobre los riesgos que puedan generar gran impacto en la entidad | | | | X | | El hospital no identifica los puntos de control, cuando ocurren desviaciones en las actividades se actúa inmediatamente. |
| 4.2.1 a | Se tiene una política de calidad y objetivos de calidad | | | | X | | El hospital no tiene política de la calidad ni objetivos de la calidad, pero si cuenta con misión, visión y principios institucionales. |
| 4.2.1 b | Se tiene un manual de calidad | | | | X | | El hospital no cuenta con Manual de Calidad. |
| 4.2.1 c | Se tiene los procedimientos documentados exigidos por la norma | | | | X | | No se tiene procedimientos documentados. |
| 4.2.1 d | Se tiene los procedimientos requeridos por la entidad según su naturaleza | | | X | | | El hospital se rige por los protocolos de atención, que son los documentos exigidos por los entes de control. |
| 4.2.1 e | Se tiene los registros que plantea la norma | | | X | | | El Hospital lleva los registro propios de las actividades pero no están documentados. |
| 4.2.2 a | El manual de calidad incluye el alcance del sistema de gestión de calidad y justificaciones de cualquier exclusión. | | | | X | | El hospital no cuenta con un Manual de Calidad. |

| NUM | REQUISITO | DI | DIN | NDA | NDNA | NA | OBSERVACIONES |
|------------|---|-----------|------------|------------|-------------|-----------|---|
| 4.2.2 b | El manual de calidad incluye los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad. | | | | X | | El hospital no cuenta con un Manual de Calidad. |
| 4.2.2 c | El manual de calidad incluye la descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad. | | | | X | | El hospital no cuenta con un Manual de Calidad. |
| 4.2.3 | Se tiene un procedimiento documentado para establecer el control de documentos generados por la entidad. | | | | X | | No existe un procedimiento que describa los documentos utilizados en el Hospital. |
| 4.2.3 a | El procedimiento incluye mecanismos para aprobar los documentos antes de su emisión. | | | | X | | No |
| 4.2.3 b | El procedimiento incluye mecanismos para revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario. | | | | X | | No |
| 4.2.3 c | El procedimiento incluye un mecanismo que permita identificar los cambios y estado actual de los documentos. | | | | X | | No |
| 4.2.3 d | El procedimiento incluye mecanismos que verifiquen las versiones aplicables y se define cuales se encuentran disponibles. | | | | X | | No |
| 4.2.3 e | El procedimiento incluye mecanismos donde se garantice la legibilidad y fácil identificación de los documentos. | | | | X | | No |
| 4.2.3 f | El procedimiento incluye mecanismos para controlar los documentos externos y su distribución. | | | | X | | No |
| 4.2.3 g | El procedimiento incluye acciones para prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos y aplicación de identificación adecuada en caso de que se requieran conservar. | | | | X | | No |
| 4.2.3 | Se identifican e implementan las disposiciones legales dadas en la Ley 594 de 2000 de manejo y control de archivo. | | | | X | | No |

| NUM | REQUISITO | DI | DIN | NDA | NDNA | NA | OBSERVACIONES |
|-----------|--|----|-----|-----|------|----|--|
| 4.2.4 | Se tiene establecido un procedimiento documentado para definir los controles de los registros en cuanto a su identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros, de acuerdo con la normatividad vigente. | | | | X | | No |
| 5. | RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN | | | | | | |
| 5.1 | La alta dirección evidencia su compromiso con el desarrollo e implantación del sistema de gestión de la calidad. | | | X | | | La alta dirección es conciente del compromiso de implementar un sistema de gestión de la calidad, y es por esto que adelanta el presente documento, pero no se ha evidenciado. |
| 5.1 a | Evidencia su compromiso a través de la comunicación a los servidores públicos acerca de la importancia de la satisfacción del cliente | | | X | | | A través de reuniones periódicas la dirección enfatiza la importancia de la excelente atención que se debe prestar a los usuarios del hospital. |
| 5.1 b | Se determina la política de calidad | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 5.1. c | Se establecen los objetivos de calidad con su asesoría. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 5.1 d | Se realizan revisiones por la dirección | | | X | | | Periódicamente la dirección revisa las actividades pero sin programaciones. |
| 5.1 e | Se asegura que los recursos se encuentren disponibles. | | | X | | | El hospital cuenta con los recursos disponibles para cumplir con su razón social, pero no se realiza una planificación formal. |
| 5.2 | La alta dirección se asegura que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen para aumentar su satisfacción. | | | X | | | A través de reuniones periódicas la dirección enfatiza la importancia de la excelente atención que se debe prestar a los usuarios del hospital. |
| 5.3 | La dirección se asegura de constituir una política de calidad. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 5.3 a | Que es adecuada con la misión de la entidad. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 5.3 b | Que es según sea aplicable, coherente con el plan de desarrollo, sistema de control interno, y los planes estratégicos establecidos. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |

| NUM | REQUISITO | DI | DIN | NDA | NDNA | NA | OBSERVACIONES |
|------------|---|-----------|------------|------------|-------------|-----------|---|
| 5.3 c | Incluye el compromiso de cumplir con los requisitos de los clientes, a mejorar continuamente y a contribuir a los fines del estado. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 5.3 d | Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de calidad | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 5.3 e | La política de calidad es comunicada a todos los servidores públicos y/o los que ejerzan funciones públicas y es entendida por ellos. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 5.3 f | La política es revisada continuamente para determinar su adecuación continua. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 5.4.1 | Se tiene definidos los objetivos de calidad, los cuales son mensurables y coherentes con la política de calidad. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 5.4.2 a | La alta dirección planifica el sistema de gestión de la calidad donde se verifica el cumplimiento de los requisitos del numeral 4.1. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 5.4.2 b | La alta dirección mantiene la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican o se implementan cambios. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 5.5.1 | La alta dirección se asegura que las responsabilidades y autoridades estén definidas y comunicadas dentro de la entidad. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |

| NUM | REQUISITO | DI | DIN | NDA | NDNA | NA | OBSERVACIONES |
|------------|--|-----------|------------|------------|-------------|-----------|---|
| 5.5.2 | Se tienen designado un funcionario como representante de la alta dirección, para que realice el seguimiento a la implementación del sistema de gestión de la calidad, e informa a la alta dirección sobre su desempeño. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 5.5.3 | La alta dirección se asegura que los procesos y procedimientos son comunicados a todos los funcionarios de la entidad. | | | X | | | A través de reuniones periódicas la dirección enfatiza la importancia de la excelente atención que se debe prestar a los usuarios del hospital. |
| 5.6.1 | La alta dirección desarrolla a intervalos planificados la revisión del sistema de gestión de la calidad en la entidad donde se revisa su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continuas, dejando registros de las revisiones efectuadas. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 5.6.2 | Se tiene en cuenta para la revisión por la dirección: resultados de auditorías, retroalimentación el cliente, desempeño de los procesos y conformidad el producto y/o servicio, estado de acciones correctivas y preventivas, acciones de seguimiento de revisiones previas efectuadas por la dirección, cambios que podrían afectar el sistema de gestión de la calidad, recomendaciones para la mejora, riesgos actualizados e identificados por la entidad. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 5.6.3 | Una vez se realiza la revisión por parte de la dirección, se generan los resultados que incluyen: la mejora, eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos, la mejora del producto y/o servicios en relación con los requisitos del cliente y las necesidades de los recursos. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |

| NUM | REQUISITO | DI | DIN | NDA | NDNA | NA | OBSERVACIONES |
|-----------|--|----|-----|-----|------|----|--|
| 6. | GESTIÓN DE LOS RECURSOS | | | | | | |
| 6.1 | La entidad asegura que se dispone de los recursos necesarios para implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad, mejorar continuamente y aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos. | | | X | | | El hospital cuenta con los recursos disponibles para cumplir con su razón social, pero no se realiza una planificación formal. |
| 6.2 | Los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas son competentes con base en la educación, formación, habilidades y experiencias apropiadas. | | | X | | | A través de la Administración se elaboran los perfiles y el personal es contratado según su ecuación, formación, habilidades y competencias definidas. Sin embargo los requisitos están definidos desde 1990 y se hace necesario actualizarlos. |
| 6.2.2 a-b | La entidad ha determinado la competencia y formación. | | | X | | | El documento que lo contempla se encuentra desactualizado. |
| 6.2.2 c | Se evalúan las acciones tomadas, en términos del impacto en la eficacia, eficiencia o efectividad del sistema de gestión de la calidad. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 6.2.2 d | Los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, son conscientes de la importancia de sus actividades y de cómo así contribuyen al logro de los objetivos de calidad | | | X | | | Los funcionarios son conscientes de la importancia de sus actividades y tiene en cuenta la misión, la visión y los principios institucionales, sin embargo no se tiene establecido el sistema de gestión de calidad que permita un mayor compromiso. |
| 6.2.2 e | Se mantienen los registros apropiados de educación, formación, habilidades y experiencia de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas. | | | X | | | Si se tienen registros pero su manejo no está documentado. |

| NUM | REQUISITO | DI | DIN | NDA | NDNA | NA | OBSERVACIONES |
|-----------|--|----|-----|-----|------|----|---|
| 6.3 | La entidad determina, proporciona y mantiene una infraestructura necesaria para logra la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio, e incluye según aplique: edificios, espacio de trabajo y servicios asociados, equipo para los procesos (hardware y software), y servicios de apoyo (transporte o comunicaciones). | | | X | | | El Hospital cuenta con amplias instalaciones, pero no se han actualizado sus planos ni locaciones. |
| 6.4 | La entidad proporciona un ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio. | | | X | | | El Hospital proporciona un ambiente adecuado en cada una de sus áreas, para un mejor manejo de los usuarios, procurando la asepsia en cada lugar. |
| 7. | REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO | | | | | | |
| 7.1 | La entidad realiza la planificación y desarrollo de los procesos necesarios para la realización del producto y/o prestación del servicio. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 7.1 a | Durante la planificación la entidad determina los objetivos de calidad y los requisitos para el producto y/o servicio. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 7.1 b | Durante la planificación la entidad determina la necesidad de establecer procesos, documentos y proporciona los recursos específicos para el producto y/o servicio. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 7.1 c | Durante la planificación la entidad determina las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, inspección para el producto. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 7.1 d | Durante la planificación la entidad determina los registros que sean necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos cumplen con los requisitos. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 7.2 | La entidad determina los requisitos relacionados con el producto y/o servicio. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 7.2.1 a | La entidad determina los requisitos especificados por el cliente. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |

| NUM | REQUISITO | DI | DIN | NDA | NDNA | NA | OBSERVACIONES |
|------------|---|-----------|------------|------------|-------------|-----------|---|
| 7.2.1 b | La entidad determina los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto cuando sea conocido. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 7.2.1 c | La entidad determina los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto y/o servicio. | X | | | | | El hospital tiene en cuenta las disposiciones legales, establecidos por los entes de control que se relacionan con la prestación de servicios de salud. |
| 7.2.1 d | La entidad determina cualquier requisito adicional determinado por la entidad. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 7.2.2 | La entidad revisa los requisitos relacionados con el producto y/o servicio antes de brindarlo al cliente. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 7.2.2 a | Esta revisión garantiza que están definidos los requisitos del producto y/o servicio. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 7.2.2 b | Esta revisión garantiza que están resueltas las diferencias existentes entre los requisitos definidos y los expresados previamente. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 7.2.2 c | Esta revisión garantiza que la entidad tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 7.2.2 | Se mantienen los registros adecuados de las revisiones y acciones originadas por ésta. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 7.2.2 | Cuando se generan cambios en los requisitos del producto y/o servicio, la entidad se asegura que la documentación pertinente sea modificada y los servidores públicos y/o funcionarios que ejerzan funciones públicas correspondientes son conscientes de los requisitos modificados. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad. |
| 7.2.3 | La entidad determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con sus clientes. | | | X | | | El hospital a través de encuestas y buzón de sugerencias hace contacto con los usuarios, sin embargo no se ha documentado la actividad y no se tiene registros. |
| 7.2.3 a | Se determina comunicación referente a la información del producto y/o servicio. | | | | X | | No |

| NUM | REQUISITO | DI | DIN | NDA | NDNA | NA | OBSERVACIONES |
|-----------|--|----|-----|-----|------|----|---|
| 7.2.3 b | Se determina comunicación referente a las consultas, contratos o solicitudes, incluidas las modificaciones. | | | | X | | No |
| 7.2.3 c | Se determina comunicación referente a la retroalimentación del cliente, incluidas sus quejas, reclamos, percepciones y sugerencias. | | | | X | | No |
| 7.2.3 d | Se determina comunicación referente a los mecanismos de participación ciudadana, según sea aplicable. | | | | | X | |
| 7.3 | DISEÑO Y DESARROLLO E PRODUCTO Y/O SERVICIOS. NO APLICA YA QUE NO SE DISEÑAN PRODUCTOS Y/O SERVICIOS. | | | | | X | |
| 7.4 | La entidad se asegura de que el producto y/o servicio adquirido, cumple con los requisitos especificados en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables. | | | X | | | El hospital a través de sus actividades realiza revisión de los requisitos del servicio pero no se planifica y se tiene registros de éstas. |
| 7.4.1 a-b | El tipo y alcance del control aplicado al proveedor y al producto y/o servicio adquirido se evalúa teniendo en cuenta el impacto sobre la realización del producto y/o la prestación del servicio y/o el servicio final. | | | | X | | No se realiza |
| 7.4.1 | Los proveedores se evalúan y seleccionan con una base objetiva y en función de su capacidad para suministrar productos y/o servicios de acuerdo con los requisitos definidos previamente por la entidad. | | | X | | | La actividad de selección de proveedores se realiza siguiendo la normatividad legal vigente. |
| 7.4.1 | Se establecen los criterios de selección, evaluación, y la re-evaluación de los proveedores. | | | X | | | Se realiza siguiendo la normatividad legal vigente. |
| 7.4.1 | Se mantiene registros de los resultados de las evaluaciones y cualquier acción necesaria derivada de éstas. | | | X | | | Se conservan los registros de los proveedores pero no se tiene documentado su manejo. |

| NUM | REQUISITO | DI | DIN | NDA | NDNA | NA | OBSERVACIONES |
|------------|--|-----------|------------|------------|-------------|-----------|--|
| 7.4.2 | <p>La información descrita en los pliegos de condiciones, términos de referencia o disposiciones aplicables al producto y/o servicio incluye cuando es apropiado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Requisitos para la aprobación del producto y/o servicio, procedimientos, procesos y equipos. - Requisitos para la calificación del personal - Requisitos para el sistema de gestión de la calidad. | | | X | | | La actividad se realiza siguiendo la normatividad legal vigente. |
| 7.4.3 | La entidad realiza verificación de los productos y/o servicios adquiridos para asegurarse de que cumple con lo especificado en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables. | | | X | | | La actividad de selección de proveedores se realiza siguiendo la normatividad legal vigente. |
| 7.5.1 | La entidad lleva a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas. | | | X | | | La actividad de selección de proveedores se realiza siguiendo la normatividad legal vigente. |
| 7.5.1 a | Las condiciones controladas incluye cuando sea aplicable, la disponibilidad de información donde se describen las características del producto y/o servicio. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de calidad que garantice condiciones controladas. |
| 7.5.1 b | Las condiciones controladas incluye cuando sea aplicable, la disponibilidad de las instrucciones de trabajo. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de calidad que garantice condiciones controladas. |
| 7.5.1 c | Las condiciones controladas incluye cuando sea aplicable, el uso de equipos apropiados. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de calidad que garantice condiciones controladas. |
| 7.5.1 d | Las condiciones controladas incluye cuando sea aplicable, la disponibilidad y uso de dispositivos de seguimiento y medición. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de calidad que garantice condiciones controladas. |

| NUM | REQUISITO | DI | DIN | NDA | NDNA | NA | OBSERVACIONES |
|------------|---|-----------|------------|------------|-------------|-----------|---|
| 7.5.1 e | Las condiciones controladas incluye cuando sea aplicable, la implementación del seguimiento y de la medición. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de calidad que garantice condiciones controladas. |
| 7.5.1 f | Las condiciones controladas incluye cuando sea aplicable, la implementación de actividades de aceptación, entrega y posteriores a la entrega. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de calidad que garantice condiciones controladas. |
| 7.5.1 g | Las condiciones controladas incluye cuando sea aplicable, los riesgos de mayor probabilidad. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de calidad que garantice condiciones controladas. |
| 7.5.2 | La entidad valida los procesos de producción y de prestación de servicios donde los productos y/o servicios resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores. | | | | | X | El Hospital no valida procesos. |
| 7.5.2 a | Si la entidad valida sus procesos se establece cuando es aplicable, los criterios definidos para la revisión y aprobación de procesos. | | | | | X | El Hospital no valida procesos. |
| 7.5.2 b | Si la entidad valida sus procesos se establece cuando es aplicable, la aprobación de equipos y calificación de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas. | | | | | X | El Hospital no valida procesos. |
| 7.5.2 c | Si la entidad valida sus procesos se establece cuando es aplicable, el uso de métodos y procedimientos específicos. | | | | | X | El Hospital no valida procesos. |
| 7.5.2 d | Si la entidad valida sus procesos se establece cuando es aplicable, los requisitos de los registros. | | | | | X | El Hospital no valida procesos. |
| 7.5.2 e | Si la entidad valida sus procesos se establece cuando es aplicable, la revalidación. | | | | | X | El Hospital no valida procesos. |
| 7.5.3 | La entidad identifica y aplica la trazabilidad al producto y/o servicio cuando así se requiere. | | | | | X | La trazabilidad no es un proceso requerido en el hospital. |
| 7.5.4 | Si la entidad tiene a su cargo bienes que son propiedad del cliente, se identifican y salvaguardan. | | | | X | | No se tiene establecido un sistema de gestión de calidad que garantice el cumplimiento de este requisito. |

| NUM | REQUISITO | DI | DIN | NDA | NDNA | NA | OBSERVACIONES |
|------------|--|-----------|------------|------------|-------------|-----------|---|
| 7.5.5 | La entidad preserva la conformidad del producto y/o servicio durante el proceso interno y la entrega al destino previsto. | | | | X | | No se tiene establecido un sistema de gestión de calidad que garantice el cumplimiento de este requisito. |
| 7.6 | La entidad determina el seguimiento y la medición y los dispositivos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto y/o servicio con los requisitos determinados (7.2.1) | | | | X | | No se tiene establecido un sistema de gestión de calidad que garantice el cumplimiento de este requisito. |
| 7.6 | La entidad tiene procesos de para asegurarse de que el seguimiento y medición se realizan se realizan de una manea coherente con los requisitos de seguimiento y medición. | | | | X | | No se tiene establecido un sistema de gestión de calidad que garantice el cumplimiento de este requisito. |
| 7.6 a | Cuando es necesario la entidad se asegura de la validez de los resultados garantizando que los equipos de medición se calibran a intervalos especificados o antes de su utilización, comparando los patrones de medición trazables a patrones de medición nacionales o internacionales; y cuando no existen tales patrones, se registran en la base utilizada para la calibración o la verificación. | | | | | X | No es de aplicación al hospital. |
| 7.6 b | Cuando es necesario la entidad se asegura de la validez de los resultados garantizando que los equipos de medición se ajustan o reajustan. | | | | | X | No es de aplicación al hospital. |
| 7.6 c | Cuando es necesario la entidad se asegura de la validez de los resultados garantizando que los equipos de medición se identifican para poder determinar el estado de calibración. | | | | | X | No es de aplicación del hospital. |
| 7.6 d | Cuando es necesario la entidad se asegura de la validez de los resultados garantizando que los equipos se protegen contra ajustes que pudieran invalidar los resultados de la medición. | | | | | X | No es de aplicación del hospital. |

| NUM | REQUISITO | DI | DIN | NDA | NDNA | NA | OBSERVACIONES |
|-----------|---|----|-----|-----|------|----|---|
| 7.6 e | Cuando es necesario la entidad se asegura de la validez de los resultados garantizando que los equipos se protegen contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento. | | | | | X | No es de aplicación del hospital. |
| 7.6 | La entidad evalúa y registra la validez de los resultados de mediciones anteriores cuando se detecta que el equipo no está conforme con los requisitos. | | | | | X | No es de aplicación del hospital. |
| 7.6 | La entidad toma acciones apropiadas sobre el equipo y sobre cualquier producto y/o servicio afectado. | | | X | | | Cuando suceden estos eventos el hospital actúa de manera oportuna con el fin de garantizar la prestación del servicio de salud. |
| 7.6 | La entidad mantiene registros de los resultados de la calibración y la verificación de los equipos (4.2.4). | | | X | | | Se realiza pero no se ha documentado el proceso. |
| NUM | REQUISITO | DI | DIN | NDA | NDNA | NA | OBSERVACIONES |
| 8. | MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA | | | | | | |
| 8.1 | La entidad planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.1 a | Los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora incluyen la evidencia de la conformidad del producto. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito.. |
| 8.1 b | Los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora incluyen la evidencia de la conformidad del sistema de gestión de la calidad. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito.. |
| 8.1 c | Los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora garantizan el mejoramiento continuo de la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito.. |

| NUM | REQUISITO | DI | DIN | NDA | NDNA | NA | OBSERVACIONES |
|------------|---|-----------|------------|------------|-------------|-----------|--|
| 8.2.1 | Como una medida del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la entidad realiza seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos y se determinan los métodos para obtener y utilizar dicha información. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.2.2 | La entidad lleva a cabo a intervalos planificados, auditorías internas. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.2.2 a | En las auditorías internas se determina si el sistema de gestión de la calidad es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la norma y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la entidad. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.2.2 b | En las auditorías internas se determina si el sistema de gestión de la calidad se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.2.2 | Se tiene un programa de auditorías internas tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas por auditar, se definen los criterios de las auditorías, su alcance, su frecuencia y su metodología. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.2.2 | La entidad se asegura que la selección de los auditores y la realización de las auditorías internas se realizan bajo la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría, donde los auditores no auditan su propio trabajo. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |

| NUM | REQUISITO | DI | DIN | NDA | NDNA | NA | OBSERVACIONES |
|------------|---|-----------|------------|------------|-------------|-----------|--|
| 8.2.2 | Se tiene un procedimiento documentado donde se definen las responsabilidades y requisitos para la planificación y realización de auditorías internas, para informar acerca de los resultados y para mantener los registros. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.2.3 | La entidad aplica un sistema de evaluación apropiado para el seguimiento de los procesos y cuando es aplicable para la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.2.4 | La entidad mide y hace un seguimiento de las características del producto y/o servicio, y verifica que se cumplen con sus requisitos. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.3 | La entidad se asegura de que el producto y/o servicio que no sea conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir u uso o entrega no intencional. | | | X | | | Una vez ocurren inconvenientes con la prestación del servicio, se actúa de manera inmediata para solucionar la eventualidad. |
| 8.3 | Se tiene un procedimiento documentado donde se establecen las responsabilidades y autoridades para dar tratamiento al producto y/o servicio no conforme. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.3 a | Cuando el producto y/o servicio se encuentra no conforme, se definen las acciones para eliminar la no conformidad detectada. | | | | X | | Una vez ocurren inconvenientes con la prestación del servicio, se actúa de manera inmediata para solucionar la eventualidad. |
| 8.3 b | Cuando el producto y/o servicio se encuentra no conforme, se define la autorización de su uso, aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable por el cliente. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.3 c | Cuando el producto y/o servicio se encuentra no conforme, se definen las acciones para impedir su uso o aplicación originalmente previstos. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |

| NUM | REQUISITO | DI | DIN | NDA | NDNA | NA | OBSERVACIONES |
|------------|--|-----------|------------|------------|-------------|-----------|--|
| 8.3 | Se mantienen los registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluidas las concesiones que se hayan obtenido. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.4 | La entidad determina, recopila y analiza los datos apropiados para demostrar la idoneidad, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.4 a | El análisis de datos proporciona información sobre la satisfacción del cliente. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.4 b | El análisis de datos proporciona información sobre la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.4 c | El análisis de datos proporciona información sobre las características y tendencias de los procesos y de los productos y/o servicios, incluidas las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.4 d | El análisis de datos proporciona información sobre los proveedores. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.5 | La entidad se preocupa por mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías internas, el análisis de datos, el sistema de evaluación para seguimiento y medición, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.5.2 | La entidad tiene un procedimiento documentado para el tratamiento de acciones correctivas. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |

| NUM | REQUISITO | DI | DIN | NDA | NDNA | NA | OBSERVACIONES |
|------------|---|-----------|------------|------------|-------------|-----------|--|
| 8.5.2 a | A partir del procedimiento se revisan las no conformidades (incluidas las quejas y reclamos de los clientes). | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.5.2 b | A partir del procedimiento se determinan las causas de las no conformidades. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.5.2 c | A partir del procedimiento se evalúa la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.5.2 d | A partir del procedimiento se determina e implementan acciones necesarias. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.5.2 e | A partir del procedimiento se registran los resultados de las acciones tomadas (4.2.4) | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.5.2 f | A partir del procedimiento se revisan las acciones correctivas tomadas. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.5.3 | La entidad tiene un procedimiento documentado para el tratamiento de acciones preventivas. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.5.3 a | A partir del procedimiento se determinan las no conformidades potenciales y sus causas. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.5.3 b | A partir del procedimiento se evalúa la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.5.3 c | A partir del procedimiento se determina e implementan acciones necesarias. | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.5.3 d | A partir del procedimiento se registran los resultados de las acciones tomadas (4.2.4) | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |
| 8.5.3 e | A partir del procedimiento se revisan las acciones preventivas tomadas | | | | X | | No se ha establecido el sistema de gestión de la calidad que garantice el cumplimiento el requisito. |

ANEXO E. LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

| CODIGO DEL DOCUMENTO | NOMBRE DEL DOCUMENTO | VERSION | COPIA CONTROLADA | FECHA DE ACTUALIZACIÓN |
|-----------------------------|---|----------------|-------------------------|-------------------------------|
| HSRO-PR-CD-01 | Procedimiento Control de Documentos | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-CR-01 | Procedimiento Control de Registros | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-MC-SC-01 | Manual de Calidad | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-FC-01 | Procedimiento para Facturación | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-ES-01 | Procedimiento para Estadística | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-QR-01 | Procedimiento para Tratamiento y Seguimiento de Quejas, Sugerencias y Reclamos | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-SU-01 | Procedimiento de Servicio al Usuario | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-CM-01 | Procedimiento para Evaluación de Proveedores | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-CM-02 | Procedimiento para Registro de Proveedores | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-CM-03 | Procedimiento para Aceptación de Oferta o Contrato | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-CS-01 | Procedimiento para Evaluación y Selección de Contratistas y Oferentes | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-CS-02 | Procedimiento para Registro de Contratistas y Oferentes | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-RD-01 | Procedimiento para Revisión por la Dirección | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-CE-01 | Procedimiento para Consulta Externa | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-EM-01 | Procedimiento para Enfermería | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-FR-01 | Procedimiento Farmacia | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-HP-01 | Procedimiento Hospitalización | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-LC-01 | Procedimiento Laboratorio Clínico | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-OD-01 | Procedimiento Odontología | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-PP-01 | Procedimiento para Programación y Coordinación de las Actividades de Promoción y Prevención | 1 | SI | 06-12-10 |

| CODIGO DEL DOCUMENTO | NOMBRE DEL DOCUMENTO | VERSION | COPIA CONTROLADA | FECHA DE ACTUALIZACIÓN |
|-----------------------------|--|----------------|-------------------------|-------------------------------|
| HSRO-PR-PP-01 | Procedimiento para Desarrollo de Actividades de Promoción y Prevención | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-UG-01 | Procedimiento Atención en Servicio de Urgencias | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-UG-02 | Procedimiento Referencia y Contrareferencia | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-AC-01 | Procedimiento Acciones Correctivas | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-AP-01 | Procedimiento Acciones Preventivas | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-PR-AI-01 | Procedimiento Auditoria Interna | 1 | SI | 06-12-10 |

ANEXO F. LISTADO MAESTRO DE REGISTROS

| CODIGO DEL DOCUMENTO | NOMBRE DEL DOCUMENTO | VERSIÓN | COPIA CONTROLADA | FECHA DE ACTUALIZACIÓN |
|-----------------------------|--|----------------|-------------------------|-------------------------------|
| HSRO-FO-ES-BC-01 | Boleta de Historias Clínicas | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-ES-IC-01 | Tarjeta ESE Hospital San Rafael Oiba Inscripción de Historia Clínica | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-LC-RR-01 | Laboratorio Clínico Reporte de Resultados | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-HO-SV-01 | Signos Vitales | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-HO-EV-01 | Evolución | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-HO-HR-01 | Hoja de Remisión | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-CE-CS-01 | Tarjeta de Control de Citas y Seguimiento | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-CE-EA-01 | Evolución del Crecimiento en Menores de 7 años (niña) | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-CE-EO-01 | Evolución del Crecimiento Menores 7 años (niño) | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-CE-HM-01 | Historia Clínica Materno – Perinatal – CLAP – OPS / OMS | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-CE-AI-01 | Atención Infantil Preescolar | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-LR-01 | Listado Maestro de Registros | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-LD-01 | Listado Maestro de Documentos | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-IN-CD-01 | Instructivo Control de Documentos | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-CR-01 | Formato Control de Registros | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-QR-02 | Formato para registro de Quejas, Reclamos o Felicitaciones | 1 | NO | 06-12-10 |
| HSRO-IN-FC-01 | Instructivo 1: Normas Aplicables al Proceso de Facturación | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-IN-FC-02 | Instructivo 2: Indicadores de Proceso Facturación | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-QR-01 | Carta Modelo de Respuesta al Usuario | 1 | NO | 06-12-10 |
| HSRO-FO-SU-01 | Encuesta de Satisfacción de Servicio al Usuario | 1 | NO | 06-12-10 |
| HSRO-FO-SU-02 | Indicadores de Servicio al Usuario | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-AP-02 | Formato Registro de Acción Preventiva | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-AP-01 | Formato Plan para Acciones Preventivas | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-AC-01 | Formato Registro de Acción Correctiva | 1 | SI | 06-12-10 |

| CODIGO DEL DOCUMENTO | NOMBRE DEL DOCUMENTO | VERSIÓN | COPIA CONTROLADA | FECHA DE ACTUALIZACIÓN |
|-----------------------------|---|----------------|-------------------------|-------------------------------|
| HSRO-FO-AC-01 | Formato Plan para Acciones Correctivas | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-IN-CM-01 | Instructivo para el Proceso de Compras | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-CM-01 | Formato para Evaluación de Proveedores | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-IN-CS-01 | Instructivo para el Proceso de Contratación de Bienes y Servicios | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-RD-01 | Formato de Programación para Revisión Gerencial | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-RD-02 | Formato de Revisión Gerencial | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-AI-01 | Formato Programa de Auditoria Interna | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-AI-02 | Formato Plan de Auditoria Interna | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-AI-03 | Formato Plan de Mejora | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-AI-04 | Formato Informe Final de Auditoria Interna | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-FO-NC-01 | Formato Informe de No Conformidad | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-IN-CE-01 | Instructivo de Indicador de Proceso Consulta Externa | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-IN-FR-01 | Instructivo de Indicador de Proceso Farmacia | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-IN-HP-01 | Instructivo de Indicador de Proceso Hospitalización | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-IN-LC-01 | Instructivo de Indicador de Proceso Laboratorio Clínico | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-IN-OD-01 | Instructivo de Indicador de Proceso Odontología | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-IN-PP-01 | Instructivo de Indicador de Proceso Promoción y Prevención | 1 | SI | 06-12-10 |
| HSRO-IN-UG-01 | Instructivo de Indicador de Proceso Urgencias | 1 | SI | 06-12-10 |

ANEXO G. FORMULARIO PARA ANÁLISIS OCUPACIONAL

FECHA: A__ M__ D__

I. IDENTIFICACIÓN DE PUESTO DE TRABAJO

| |
|---|
| NOMBRE DEL CARGO: _____ Instalación o Sede: _____ Cargo Jefe Inmediato: _____ Cargos Supervisados: _____ Nombre del Ocupante del Cargo: _____ Horario de trabajo: _____ |
| OBJETIVO GENERAL DEL PUESTO DE TRABAJO: (Razón de ser del puesto de trabajo, el propósito fundamental de su existencia). _____ _____ _____ _____ |

DETALLES DE FUNCIONES

Describe las funciones que se ejecutan en el curso normal del trabajo indicando la periodicidad de la ejecución: Diaria (D), Semanal (S), Quincenal (Q), Mensual (M).

| | D | S | Q | M |
|---------------------------|---|---|---|---|
| 1. Funciones Principales: | | | | |
| 2. Funciones Secundarias | | | | |
| 3. Funciones Esporádicas: | | | | |
| | | | | |

Defina los requisitos para cumplir a cabalidad las funciones del cargo. Antes de contestar lea cuidadosamente todas las respuestas que se proponen eligiendo aquella que mejor se identifique el cargo en mención:

1. NIVEL DE ESTUDIOS:

Indica la educación previa necesaria para desempeñar el puesto:

No requiere educación formal

Primaria

Bachillerato

Académico

Comercial

Técnico

Años de educación superior, o universitarios

Técnico intermedio

Tecnólogo

Otros Especifique _____

INICIATIVA:

Mide la capacidad de actuar solo y la toma de decisiones:

Sigue instrucciones definidas y exactas.

Toma pequeñas decisiones.

Toma decisiones importantes bajo el control del superior.

Toma decisiones importantes sin el control superior.

| | Rara Vez | Con Frecuencia | Siempre |
|---|----------|----------------|---------|
| A | | | |
| B | | | |
| C | | | |
| D | | | |

3. EXPERIENCIA:

Precisa el tiempo promedio necesario para el desempeño del cargo:

No requiere experiencia

Hasta 6 meses de experiencia

Hasta 12 meses de experiencia

Hasta 24 meses de experiencia

4. ADIESTRAMIENTO:

Indique el tipo de adiestramiento previo necesario para desempeñar las funciones del puesto.

Señalar con una X la casilla correspondiente.

Ninguna

Hasta un mes

De uno a tres meses

De tres a seis meses

Más de seis meses

5. HABILIDADES:

Indique el tipo de habilidad requerida para efectuar la cantidad y calidad de trabajo exigido para desempeñar el puesto.

| | Bajo | Medio | Alto |
|----------------------|------|-------|------|
| Habilidad manual | | | |
| Habilidad visual | | | |
| Habilidad verbal | | | |
| Habilidad visomotriz | | | |
| Habilidad auditiva | | | |
| Habilidad inmediata | | | |
| Habilidad remota | | | |

6. ESFUERZO FÍSICO:

Determine el grado de esfuerzo físico que debe realizarse en la ejecución de las labores del cargo en las siguientes descripciones.

- Se requiere un esfuerzo físico ligero. Se manejan objetos de poco peso, es necesario adoptar posiciones incómodas esporádicamente.
- Se requiere un esfuerzo físico mediano. Se manejan objetos de peso mediano (30 Kg.), es necesario adoptar posiciones incómodas intermitentemente.
- Se requiere un esfuerzo físico moderadamente grande. Se manejan objetos pesados (50 Kg.),
- Se adoptan posiciones incómodas frecuentemente, peso aproximado 100 Kg.
- Se requiere un esfuerzo físico extremadamente grande. Se manejan objetos muy pesados (más de 100Kg.), es necesario adoptar posiciones incómodas y muy fatigosas.

¿Cuáles son las otras actividades que exigen mayor esfuerzo físico?

7. RESPONSABILIDAD POR CONTACTOS:

Mide el manejo de las relaciones necesarias en el desempeño del cargo:

- Contactos sin importancia y/o rutinarios con personas de una misma dependencia.
- Contactos de moderada importancia y/o frecuentes con otros departamentos.
- Contactos importantes y frecuentes.
- Contacto frecuentes con personas externas a la empresa.

8. RESPONSABILIDAD POR INFORMACIÓN RESERVADA:

Se refiere al empleo de datos, informaciones y noticias reservadas que llegan en el desempeño de las tareas.

- No acceso a información reservada.
- De acceso en forma indirecta a información reservada.
- De acceso en forma directa a información reservada.

9. RESPONSABILIDAD POR EL MANEJO DE MAQUINARIA, EQUIPOS Y VALORES:

Mide el grado de importancia en la custodia y manejo de bienes y/o valores relacionados con el cargo:

| Elementos del cargo | Descripción | Valor aproximado |
|-----------------------|-------------|------------------|
| Muebles y enseres | | |
| Equipos de oficina | | |
| Equipo de Laboratorio | | |
| Valores | | |
| Otros | | |

10. RESPONSABILIDAD POR PRODUCTOS Y MATERIALES:

| Elementos a cargo | Breve enunciado | Valor aproximado | Daño probable | |
|-------------------|-----------------|------------------|---------------|-------|
| | | | Parcial | Total |
| | | | | |
| | | | | |

IV. CONDICIONES DE TRABAJO

Determina los factores ambientales y los riesgos bajo los cuales se ejecuta el trabajo.

1. RIESGOS DEL CARGO

- Valora el peligro de accidentes y los riesgos bajo los cuales se ejecuta el trabajo.
- No presenta condiciones de peligro
- Reducidas condiciones de peligro con normas de seguridad
- Apreciables condiciones de peligro y/o expuestos a agentes externos
- Importantes condiciones de peligro que requieran de permanentes medios protectores y la aplicación de normas de seguridad.

2. AMBIENTE DE TRABAJO:

Valora el tipo de condición ambiental en la que debe desarrollarse el trabajo.

| FACTORES | CONDICIONES | | |
|------------------|-------------|-----------|-------|
| | NORMALES | REGULARES | MALAS |
| Iluminación | | | |
| Calor | | | |
| Humedad | | | |
| Ruido | | | |
| Ventilación | | | |
| Olores | | | |
| Congestión | | | |
| Limpieza (Zonas) | | | |
| Otros | | | |

V. OBSERVACIONES GENERALES

Registre los comentarios que considere importantes alrededor del cargo y que no han sido tratados en los puntos anteriores:

FIRMA DEL TITULAR

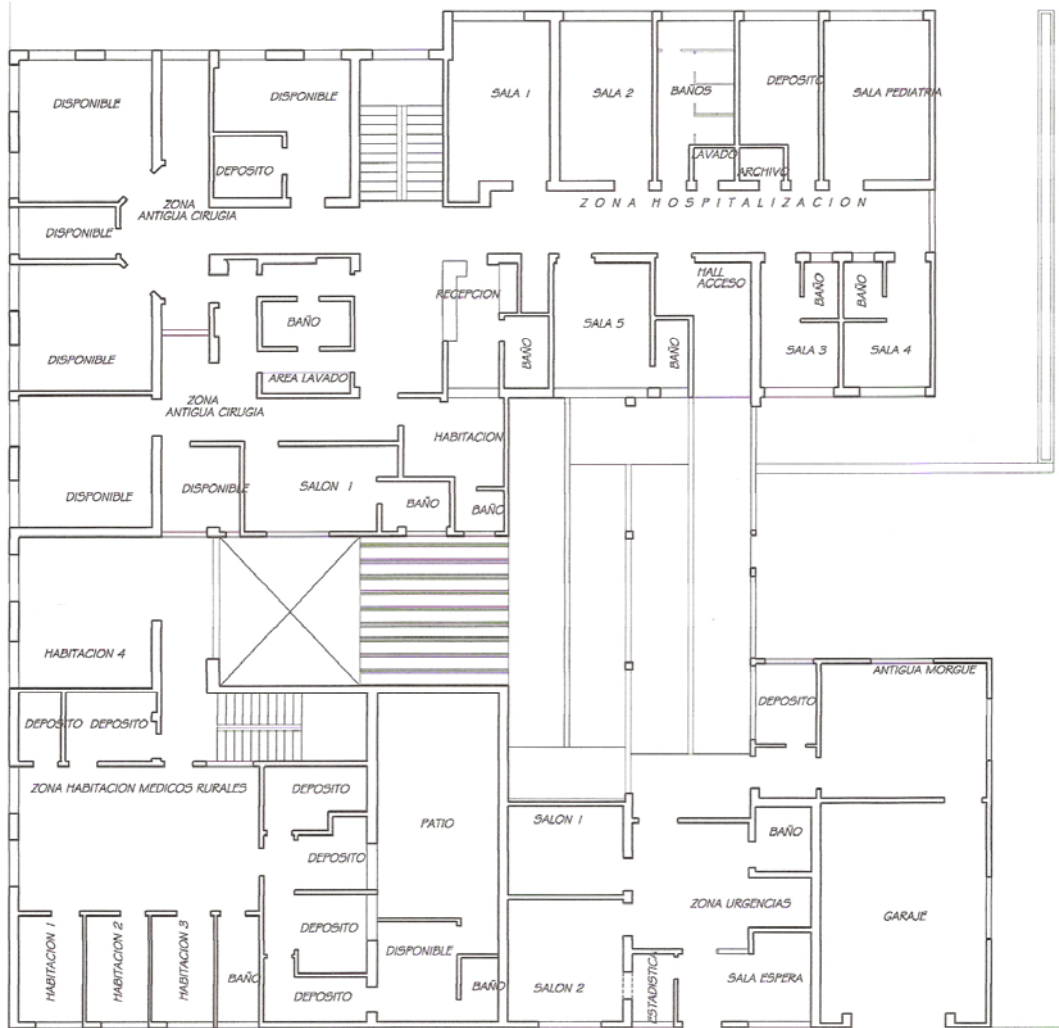
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

ANEXO H. PLANO HOSPITALARIO

PLANTA 1.



PLANTA 2.



ANEXO I. REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Prestador - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Dirección <http://www.minproteccionsocial.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados.aspx?pageTitle=Registro+Actual&pageHp=>

Prestandor

Google

| Prestador | Sedes | Servicios | Capacidad |
|--------------------------------------|-------------------------------|-----------|-----------|
| NIT/CC | 890203563 - 6 | | |
| Tipo de Persona | JURIDICO | | |
| Naturaleza Jurídica | Pública | | |
| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR | | | |
| Departamento | Santander | | |
| Municipio | OIBA | | |
| Código de Prestador | 6850000728 - 01 | | |
| Nombre del Prestador | ESE HOSPITAL SAN RAFAEL | | |
| Clase de Prestador | Instituciones - IPS | | |
| Empresa Social del Estado | SI | | |
| Dirección | CARRERA 7 Nro 12-83 | | |
| Teléfono(s) | 977173066 | | |
| Fax | 977173211 | | |
| Correo Electrónico | esehospanrafael@latinmail.com | | |
| Gerente | | | |
| Nivel | 1 | | |
| Carácter Territorial | MUNICIPAL | | |
| Fecha de Radicación | 20061115 | | |
| Fecha de Vencimiento | 20101115 | | |
| Fecha de Cierre | | | |

Buscar Nuevo

Inicio Internet

PROPUES... Completo... Libro 200... MINPROT... REQUISIT... PREST. H... ICONTEC ... Prestador... Prestado... Dibujo - P... 04:41 p.m. Jueves