

**PLANIFICACIÓN, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN EN EL
PROCESO DE GESTIÓN ASISTENCIAL QUE FORMA PARTE DEL
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CENTRO DE
ESPECIALISTAS IPS LOGROS EU, DE ACUERDO A LOS
REQUISITOS DE LA NORMA NTC- ISO 9001:2008 Y LOS REQUISITOS
LEGALES APLICABLES.**

LUISA FERNANDA CHANAGÁ SIERRA



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD – ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
BUCARAMANGA
2011**

**PLANIFICACIÓN, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN EN EL
PROCESO DE GESTIÓN ASISTENCIAL QUE FORMA PARTE DEL
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CENTRO DE
ESPECIALISTAS IPS LOGROS EU, DE ACUERDO A LOS
REQUISITOS DE LA NORMA NTC- ISO 9001:2008 Y LOS REQUISITOS
LEGALES APLICABLES**

LUISA FERNANDA CHANAGÁ SIERRA
Monografía para optar el título de
Especialista en Administración de Servicios de Salud

Director
JORGE ELIÉCER FIGUEROA VARGAS
Ingeniero Industrial



UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD – ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
BUCARAMANGA
2011

DEDICATORIA

A la memoria de Pedro Chanagá Durán. “Gracias padre por las enseñanzas que recibí de ti, por amor incondicional, por tus consejos y tu apoyo permanente. Aunque no estuviste presente en el desarrollo de este proyecto sé que todas tus enseñanzas están plasmadas en este nuevo logro”.

AGRADECIMIENTOS:

Señor gracias por darme la oportunidad de cumplir cada una de las meta que me he propuesto, por darme las herramientas necesarias para lograrla. A mi familia por su comprensión y apoyo, a las directivas de LOGROS IPS por dejar que fuera parte de su grupo de trabajo, a todos los docentes del programa por sus conocimientos, en especial al Ingeniero Jorge Figuera por el tiempo y dedicación para la consolidación de este proyecto

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	14
1. GENERALIDADES DEL PROYECTO	15
1.1 TITULO	15
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	15
1.3 OBJETIVOS.....	16
1.3.1 General.....	16
1.3.2 Específicos	16
1.4 ALCANCE	17
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
3. MARCO CONCEPTUAL	20
3.1 ¿QUÉ ES LA “ISO”?	20
3.2 ¿QUE ES “ICONTEC”?	21
3.3 LA FAMILIA DE NORMAS ISO 9000	22
3.4 PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	22
3.5 CONCEPTO DE SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	23
3.6 BENEFICIOS DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	24
3.7 ¿QUÉ ES UN “PROCESO”?	25
4 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA	27
4.1 RESEÑA HISTORICA.....	27
4.2 MISIÓN	27
4.3 VISIÓN.....	27
4.4 PRINCIPIOS	28
4.5 PRODUCTOS Y SERVICIOS.....	28
4.5.1 Unidad de Psicología.....	28
4.5.2 Unidad de Nutrición y Dietética	28
4.5.3 Unidad de Fonoaudiología	28
4.5.4 Unidad de Terapia Ocupacional	29
4.5.5 Unidad de Fisioterapia y Terapia respiratoria.....	29
4.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	29
4.7 INFRAESTRUCTURA.....	30
5 METODOLOGÍA.....	34
5.1 METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOGROS IPS	34
5.1.1 Diagnóstico.....	34
5.1.2 Diagnóstico del Proceso de Gestión Asistencial	37
5.1.3 Planificación	38
5.1.4 Documentación.....	45
5.1.5 Implementación	63
5.1.6 Evaluación.....	72
6 PLAN DE MEJORAMIENTO	79
7. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROYECTO	80
CONCLUSIONES	81
RECOMENDACIONES	83
BIBLIOGRAFÍA	84
ANEXOS.....	85

LISTA DE TABLAS

	Pág.
<u>Tabla 1. Criterios de Evaluación Diagnóstico Inicial ISO</u>	<u>34</u>
<u>Tabla 2. Grado de Cumplimiento por capítulo de la ISO</u>	<u>35</u>
<u>Tabla 3. Política y Objetivos de Calidad</u>	<u>40</u>
<u>Tabla 4. Tabla de Procesos LOGROS IPS</u>	<u>42</u>
<u>Tabla 5. Tabla de Documentos Proceso Asistencial</u>	<u>51</u>
<u>Tabla 6. Tabla de Documentos Unidad de Fisioterapia</u>	<u>55</u>
<u>Tabla 7. Tabla de Documentos Unidad de Terapia Ocupacional</u>	<u>58</u>
<u>Tabla 8. Tabla de Documentos Unidad de Fonoaudiología</u>	<u>61</u>
<u>Tabla 9. Tabla de Documentos Unidad de Psicología</u>	<u>62</u>
<u>Tabla 10. Tabla de Documentos Unidad de Nutrición</u>	<u>63</u>
<u>Tabla 11 Relación actividades de capacitación</u>	<u>66</u>
<u>Tabla 12 Implementación De Documentos</u>	<u>69</u>
<u>Tabla 13 Documentos Transversales</u>	<u>71</u>
<u>Tabla 14. Programación auditoría interna</u>	<u>74</u>
<u>Tabla 15. Hallazgos auditoría interna</u>	<u>75</u>
<u>Tabla 16. Resultados Indicador oportunidad en la asignación de citas</u>	<u>75</u>
<u>Tabla 17. Resultados Indicador diligenciamiento de historias clínicas</u>	<u>76</u>
<u>Tabla 18. Resultados Indicador eventos adversos</u>	<u>77</u>
<u>Tabla 19 Acciones de Mejora</u>	<u>79</u>
<u>Tabla 20. Cumplimiento de Objetivos de Calidad</u>	<u>80</u>

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
<u>Figura 1. Modelo de enfoque hacia procesos</u>	<u>24</u>
<u>Figura 2. Organigrama de LOGROS IPS</u>	<u>30</u>
<u>Figura 3. LOGROS IPS Sede de Cañaveral</u>	<u>30</u>
<u>Figura 4. Entrada Sede Cañaveral</u>	<u>31</u>
<u>Figura 5. Gimnasio Primer Piso – Sede Cañaveral</u>	<u>31</u>
<u>Figura 6. Gimnasio Tercer Piso – Sede Cañaveral</u>	<u>32</u>
<u>Figura 7. LOGROS IPS – Sede Cabecera</u>	<u>32</u>
<u>Figura 8. Gimnasio – Sede Cabecera</u>	<u>33</u>
<u>Figura 9. Primer Piso – Sede Cabecera</u>	<u>33</u>
<u>Figura 10. Resultados Diagnóstico Inicial ISO en LOGROS IPS</u>	<u>35</u>
<u>Figura 11. Mapa de Procesos</u>	<u>43</u>
<u>Figura 12. Cronograma</u>	<u>45</u>
<u>Figura 13 Socialización generalidades SGC</u>	<u>64</u>
<u>Figura 14 Socialización protocolos de fisioterapia</u>	<u>66</u>
<u>Figura 15 Relación actividades de capacitación</u>	<u>67</u>
<u>Figura 16 . Documentos transversales - PHV</u>	<u>72</u>
<u>Figura 17 Indicador Oportunidad en la asignación de citas</u>	<u>76</u>
<u>Figura 18 Indicador Diligenciamiento de historias clínicas</u>	<u>76</u>
<u>Figura 19 Figura Eventos Adversos</u>	<u>77</u>

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<u>Anexo. 1 Diagnóstico Inicial ISO 9001 LOGROS IPS</u>	<u>86</u>
<u>Anexo. 2 Caracterización de gestión asistencial</u>	<u>97</u>
<u>Anexo. 3.: - GA-G-02 Guía de historias clínicas</u>	<u>99</u>
• GA-PR-01 Procedimiento de ingreso del usuario	
• GA-F-01 Formato general de procedimientos asistenciales	
• TF-PT-09 Bankart Luxación de Hombro	
• TO-PT-04 Artritis	
• FO-PT-04 Intervención Lenguaje Infantil	
• PS-PT-02 Terapia de Pareja	
• ND-PT-01 Cirugía Bariátrica	
<u>Anexo. 4 Actas de reunión</u>	<u>111</u>
• <u>Acta de reunión No. 01</u>	<u>111</u>
• <u>Acta de reunión No. 02</u>	<u>113</u>
• <u>Acta de reunión No. 04</u>	<u>115</u>
• <u>Acta de reunión No. 12</u>	<u>118</u>
<u>Anexo. 5. Listado maestro de documentos</u>	<u>120</u>
<u>Anexo. 6. Plan de auditoría interna</u>	<u>122</u>
<u>Anexo 7. Informe de auditoría interna</u>	<u>124</u>

RESUMEN

TÍTULO: PLANIFICACIÓN, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN EN EL PROCESO DE GESTIÓN ASISTENCIAL QUE FORMA PARTE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CENTRO DE ESPECIALISTAS IPS LOGROS EU, DE ACUERDO A LOS REQUISITOS DE LA NORMA NTC- ISO 9001:2008 Y LOS REQUISITOS LEGALES APLICABLES*

AUTOR: CHANAGÁ SIERRA, Luisa Fernanda**

PALABRAS CLAVES: NTC – ISO 9001:2008, Planificación, Documentación, Implementación Ciclo PHVA, Auditoría Interna, Gestión Asistencial.

DESCRIPCIÓN:

LOGROS IPS es una institución que presta servicios de salud en el primer nivel de atención correspondiente a la baja complejidad, las actividades que se desarrollan están enfocadas a la habilitación y rehabilitación de habilidades físicas, ocupacionales, psíquicas y comunicativas de población adulta e infantil, para conseguir este fin se llevan a cabo programas terapéuticos a través de las unidades de Terapia Ocupacional, Terapia Física y Respiratoria, Fonoaudiología, Psicología y Nutrición, siendo este el proceso misional de la entidad denominado Gestión Asistencial. Con el fin de cumplir con la visión institución se planteó la necesidad de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad basado en la NTC – ISO 9001:2008 y los requisitos legales aplicables al Sistema de Salud Colombiano.

Para lograr este objetivo se llevó a cabo la planificación, documentación e implementación del SGC en el Proceso de Gestión Asistencial partiendo de un diagnóstico inicial donde se identificó el cumplimiento de los numerales establecidos en la NTC – ISO 9001:2008 relacionados con la realización del producto (numeral 7), específicamente lo contemplado en los ítems 7.1 planificación de la realización del producto y 7.5 producción y prestación del servicio; una vez analizado el cumplimiento de estos requisitos se procedió a realizar la documentación e implementación de dicho proceso. El alcance del proyecto se delimitó hasta la realización de la primera auditoría interna y el planteamiento del plan de mejoramiento partiendo del principio del mejoramiento continuo evidenciado en el ciclo PHVA.

* Proyecto de grado

** Facultad de salud. Escuela de medicina. Departamento de salud pública. Especialización en administración de servicios de salud. Director Jorge Eliécer Figueroa Vargas

SUMMARY

TITLE: PLANNING, DOCUMENTATION AND IMPLEMENTATION IN THE PROCESS OF WELFARE MANAGEMENT THAT FORMS A PART OF THE SYSTEM OF MANAGEMENT OF THE QUALITY OF THE SPECIALISTS' CENTER IPS ACHIEVEMENTS EU, GIVES AGREEMENT TO THE REQUIREMENTS OF THE NORM NTC - ISO 9001:2008 AND THE LEGAL APPLICABLE REQUIREMENTS*

AUTHOR: CHANAGÁ SAWS, Luisa Fernanda **

KEY WORDS: NTC - ISO 9001:2008, Planning, Documentation, Implementation Cycle PHVA, Audit Hospitalizes, Welfare Management.

DESCRIPTION:

Achievements IPS it is an institution that gives services of health in the first level of attention corresponding to the low complexity, the activities that develop are focused on the fitting out and rehabilitation of physical, occupational, psychic and communicative skills of adult and infantile population, to obtain this end therapeutic programs are carried out across the units of Occupational Therapy, Physical and Respiratory Therapy, Fonoaudiología, Psychology and Nutrition, being this the process misional of the entity named Welfare Management. In order to fulfill with the vision institution there appeared the need to implement the System of Management of the Quality based on the NTC - ISO 9001:2008 and the legal requirements applicable to the Colombian System of Health.

To achieve this aim the planning was carried out, documentation and implementation of the SGC in the Process of Welfare Management departing from an initial diagnosis where there was identified the fulfillment of the numerals established in the NTC - ISO 9001:2008 related by the accomplishment of the product (numeral 7), specifically the contemplated in the articles 7.1 planning of the accomplishment of the product and 7.5 production and service; once analyzed the fulfillment of these requirements one proceeded to realize the documentation and implementation of the above mentioned process. The scope of the project was delimited up to the accomplishment of the first internal audit and the exposition of the plan of improvement departing from the beginning of the constant improvement demonstrated in the cycle PHVA.

* Proyecto de grado

** Facultad de salud. Escuela de medicina. Departamento de salud pública. Especialización en administración de servicios de salud. Director Jorge Eliécer Figueroa Vargas

INTRODUCCIÓN

En la década de los años 90 el sistema de salud en Colombia empezó a ser modificado según las necesidades ligadas a los cambios económicos y sociales del país; es por esto que se inicia una serie de cambios que se consolidan en la Ley 100, en ésta se plasma la necesidad de la organización y prestación adecuada de los servicios de salud en el país, para tal fin se introducen conceptos nuevos como lo son la división en dos regímenes el contributivo y el subsidiado que se enmarcan en el concepto de aseguramiento, la prestación del servicio a través de las IPS.

Al ser las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) las encargadas del contacto directo con el usuario, se ve la necesidad de estandarizar y mejorar los servicios ofrecidos a los usuarios. Partiendo de esta idea se reglamentó el funcionamiento de las IPS a través de la Resolución 1043 de 2006 donde se establecen los estándares mínimos para ofertar y prestar los servicios de salud, acordes con el nivel de complejidad del servicio.

Entre estos estándares se contemplan diferentes aspectos como lo son el recurso humano, la dotación, el manteamiento, sin embargo dos hacen referencia a la atención directa con el usuario incidiendo claramente en el proceso asistencial; estos son:

- 5. Procesos prioritarios asistenciales: hacen referencia a las guías de manejo, protocolos internos o definidos que sustenten la atención de los usuarios basándose en su diagnóstico. Igualmente hace referencia a la divulgación y socialización entre los responsables de la ejecución de las actividades y de esta manera controlar su cumplimiento.
- 6. Historia clínica y registros asistenciales: este estándar se encuentra sustentado en la resolución 1995 de 1999 en donde se contemplan los requisitos que deben contener las historias clínicas y su manejo, igualmente los registros de las intervenciones y exámenes de apoyo.

1. GENERALIDADES DEL PROYECTO

1.1 TITULO

Planificación, documentación e implementación en el proceso de gestión asistencial que forma parte del sistema de gestión de la calidad del Centro de Especialistas IPS Logros EU, de acuerdo a los requisitos de la norma NTC- ISO 9001:2008 y los requisitos legales aplicables.

1.2 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la competencia entre las diferentes empresas, sin importar el sector al que pertenezcan, es significativa por lo que se ven obligadas a perfeccionar la prestación de los servicios que ofrecen, esta situación obedece a los cambios organizacionales que se han presentado en las últimas décadas, en las variaciones del enfoque de la prestación de los servicios que se direccionan hacia el cliente y su satisfacción y en las exigencias que se establecen a partir de la implementación de Sistemas de Gestión de la Calidad basados en la Norma ISO 9001:2008 donde se plasma una serie de requisitos que exigen el perfeccionamiento de los procesos que intervienen en la producción y prestación adecuada del servicio.

Esta norma de carácter internacional busca que los diferentes procesos que intervienen en la producción, administración y producción de un servicio cuenten con una planificación adecuada, que existan los registros necesarios para respaldar cada uno de éstos, que se tomen acciones de mejoramiento ante los problemas que se presenten, es decir que la empresas documenten, implementen y mantengan un sistema detallado de los procesos.

Partiendo de los requisitos establecidos en la Norma NTC - ISO 9001:2008 y de la normatividad vigente en Colombia, los diferentes servicios de salud han venido modificando los procesos involucrados en la prestación de los servicios con el fin de buscar la satisfacción del cliente y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad, esto se origina con los cambios que se han venido presentado en el sector, teniendo en cuenta que anteriormente los usuarios desconocían sus derechos y no podían exigir un servicio con calidad; actualmente tanto la normatividad como el mismo usuario demandan que la atención en salud cumpla con una serie de requisitos mínimos.

Teniendo en cuenta la Misión y Visión del Centro de LOGROS IPS que se enmarca en la prestación de servicios de salud de baja complejidad, se ve la necesidad de desarrollar la planificación, documentación e implementación del Proceso de Gestión Asistencial basándose

en la Norma NTC - ISO 9001:2008 y en la reglamentación nacional, con esto se busca que los servicios ofrecidos sean de alta calidad y satisfagan las necesidades del cliente, ya que es en el Proceso de Gestión Asistencial donde se dan las directrices y el seguimiento a la atención terapéutica que es recibida por cada uno de los usuarios.

Teniendo como base que la calidad es un aspecto indispensable en la prestación de servicios de salud, y la filosofía de logros IPS respecto a brindar servicios con calidad y calidez, se hace necesario trabajar en pro de la certificación bajo los lineamientos de la Norma NTC –ISO 9001:2008 que permita garantizar procesos definidos y auditables para el mejoramiento continuo mediante su aplicación.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 General

Desarrollar las etapas de planificación, documentación e implementación en el proceso de gestión asistencial que forma parte del sistema de gestión de la calidad del Centro de Especialistas IPS Logros EU, de acuerdo a los requisitos de la norma NTC- ISO 9001:2008 y los requisitos legales aplicables.

1.3.2 Específicos

- Elaborar un diagnóstico teniendo en cuenta los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008 que permita identificar el estado actual del proceso de gestión asistencial, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para las etapas de documentación e implementación
- Sensibilizar y capacitar al personal del proceso de gestión asistencial con el fin de fomentar la cultura de calidad que facilite el desarrollo de las etapas que conlleva a la implementación del sistema de gestión de la calidad.
- Estandarizar el proceso de gestión asistencial estableciendo los documentos y formatos que garanticen el cumplimiento de los requisitos establecido en la norma NTC-ISO 9001:2008 y los requisitos legales aplicables.
- Implementar los documentos definidos en el proceso gestión asistencial con el fin de evidenciar la estandarización y el diligenciamiento adecuado de los registros establecidos.

- Realizar una auditoría interna al proceso de gestión asistencial para evaluar el estado del sistema de gestión de la calidad, e identificar oportunidades de mejora en el proceso.
- Elaborar e implementar los planes de mejora como resultado de los hallazgos de la auditoría interna con el fin de consolidar y mejorar el sistema establecido.

1.4 ALCANCE

El proyecto se llevo a cabo en el Centro de Especialistas IPS Logros EU, y abarco el diseño, documentación, implementación y evaluación, hasta una auditoría interna en el proceso de gestión asistencial que forma parte del sistema de gestión de la calidad y sus respectivos planes de mejoramiento en las dos sedes de la organización (Cañaveral y Cabecera).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es responsabilidad del estado regular las normas que rigen la prestación de los servicios de salud en Colombia con el fin de lograr una atención equitativa, oportuna, eficiente y con calidad; es por esto que se han definido una serie de requisitos y normas legales entre ellas se encuentra el Decreto 1011/2006 la cual establece las pautas y parámetros mínimos para el funcionamiento de una IPS y estándares de obligatorio cumplimiento que contribuyen a la prestación de un servicio con altos niveles de calidad.

Los estándares de habilitación son en su mayoría de carácter estructural, y giran alrededor de ocho categorías básicas: idoneidad del recurso humano, infraestructura, dotación básica y mantenimiento, insumos básicos y su manejo, documentación y registros médicos, coordinación de recursos y seguimiento a riesgos. Estos estándares no buscan ser exhaustivos pero sí obligatorios de manera uniforme para el funcionamiento de un servicio de salud en todo el territorio nacional.

Los instrumentos que componen el sistema de garantía de la calidad, en especial los requisitos del sistema único de habilitación, fortalecen los pilares del sistema de seguridad social en la salud colombiana, ayudando a que opere la lógica del sistema con los incentivos de calidad implícitos en el marco de competencia regulada:

- Los requisitos del sistema único de habilitación apoyan la libre concurrencia de actores y defienden a los prestadores frente a la aparición de instituciones llamadas “clínicas de garaje”.
- Los requisitos de habilitación y la definición de calidad deseada, permiten que exista información básica sobre el sistema de calidad de la institución.
- El instrumento de habilitación fortalece la capacidad de vigilancia y control, permitiendo a las instituciones competir con calidad.
- Los requisitos de habilitación, ofrecen a las instituciones modelos para mejorar y fortalecen su capacidad de respuesta a incentivos de calidad.

En Colombia muchas Instituciones de Salud (IPS-EPS) para dar cumplimiento, a los establecidos en el sistema obligatorio de garantía de la calidad, han adoptado el modelo internacional bajo la norma NTC-ISO 9001 que establece los requisitos para la implementación de un sistema de gestión de la calidad aplicable a cualquier empresa. El modelo tiene como propósito mejorar el desempeño organizacional y la capacidad de entregar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes. La orientación de este sistema promueve la adopción de un enfoque basado en los

procesos, el cual consiste en identificar y gestionar, de manera eficaz, numerosas actividades relacionadas entre sí; y hace énfasis especial en la importancia de aumentar la satisfacción de los clientes y la mejora en el desempeño de las entidades, la cual debe ser la motivación para la implementación de un sistema de gestión de la calidad, y no simplemente la certificación con norma internacional, la cual debe verse como un reconocimiento pero nunca como un fin.

En respuesta al cumplimiento de las normas legales sobre garantía de la calidad, y considerando la importancia de mantener una ventaja competitiva y un mejoramiento continuo de sus procesos, se hace necesario desarrollar en el CENTRO DE ESPECIALISTAS IPS LOGROS E.U, un modelo integral de calidad en las fases de planificación, documentación e implementación de acuerdo a los requisitos definidos en la norma ISO 9001:2008 y alineado a los requisitos del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud.

3. MARCO CONCEPTUAL

En la actualidad, las conductas y los procesos implementados en las empresas, ameritan contemplar el concepto de calidad para favorecer el servicio, disciplina y demás factores involucrados en la satisfacción del cliente. Por tal razón, empresas dedicadas a la prestación de servicios de salud, requieren acogerse a ciertos estándares que garanticen el cumplimiento de los requisitos técnicos establecidos por sus clientes, legales y reglamentarios aplicables; por tal motivo la implementación de un sistema de gestión de la calidad no debe ser una práctica de moda, sino una estrategia orientada a generar confianza en los servicios prestados y lograr así la competitividad en el mercado.

Para la realización de este proyecto es fundamental mencionar y hacer un paréntesis en los diferentes acontecimientos que han influenciado para que hoy las normas ISO sean una herramienta de éxito en todo el mundo, por demostrar ser no solo un instrumento de mejora, sino un medio para incrementar la satisfacción de los clientes.

3.1 ¿QUÉ ES LA “ISO”?

“El 14 de octubre de 1946 se reunieron en Londres 25 países que deseaban establecer un organismo oficial para definir las normas que hicieran posible el intercambio de productos, repuestos, equipos y maquinaria. Ellos acordaron fundar la Organización Internacional para la Normalización. En inglés es la International Organization for the Standardization, sus siglas serían IOS, pero los creadores eligieron la palabra ISO”¹.

La Organización Internacional de Normalización “ISO” sigla que proviene del griego y significa igualdad, empieza a funcionar en 1947 y es reconocida como la principal institución de normalización en el mundo, su sede central está en Ginebra Suiza y se estructuró con base en Comités Técnicos quienes lideran el desarrollo de las normas. El trabajo técnico de la ISO consiste en establecer acuerdos internacionales por consenso para luego ser publicados como normas. En la actualidad la ISO cuenta con 140 países miembros y a la vez organismos nacionales de normalización.

Esta organización fue creada con el fin promover el desarrollo de la estandarización de actividades relacionadas con el propósito de facilitar el intercambio internacional de bienes y

¹ HACIA UNA CALIDAD MÁS ROBUSTA CON ISO 9000:2000. Editorial Panorama. México D.F. 2001. Página 19. Párrafo 2.

servicios y para desarrollar la cooperación en la esfera de la actividad intelectual, científica, tecnológica y económica.

Desde la creación de la ISO se han publicado alrededor de 11.000 normas técnicas internacionales, pero el reconocimiento real de esta organización surge a raíz de la publicación de las normas ISO 9000 debido a las ventajas competitivas que representan para las organizaciones al ser adoptadas como decisiones estratégicas.

Las normas son revisadas cada cinco años para asegurar que sean actuales y satisfagan las necesidades de los usuarios. Lo anterior teniendo presente el entorno global variable en aspectos económicos, comerciales y tecnológicos.

3.2 ¿QUE ES "ICONTEC"?

Es el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), Organismo Nacional de Normalización de Colombia. Entre sus labores se destaca la creación de normas técnicas y la certificación de normas de calidad para empresas y actividades profesionales. ICONTEC es el representante de la organización internacional para la estandarización (ISO) en Colombia.

El ICONTEC fue creado el 10 de mayo de 1963 por 18 personas, la mayoría de ellos empresarios, liderados por el Ingeniero Javier Henao Londoño. Es un organismo multinacional de carácter privado, sin ánimo de lucro, que trabaja para fomentar la normalización, la certificación, la metrología y la gestión de la calidad en Colombia. Está conformado por la vinculación voluntaria de representantes del Gobierno Nacional, de los sectores privados de la producción, distribución y consumo, el sector tecnológico en sus diferentes ramas y por todas aquellas personas jurídicas y naturales que tengan interés en pertenecer a él.

En el campo de la normalización, la misión del Instituto es promover, desarrollar y guiar la aplicación de Normas Técnicas Colombianas (NTC) y otros documentos normativos, con el fin de alcanzar una economía óptima de conjunto, el mejoramiento de la calidad y también facilitar las relaciones cliente-proveedor, en el ámbito empresarial nacional o internacional. ICONTEC, como Organismo Nacional de Normalización (ONN) representa a Colombia ante organismos de normalización internacionales y regionales como la Organización Internacional de Normalización (ISO), la Comisión Electrotécnica Internacional (IEC), y la Comisión Panamericana de Normas de la Cuenca del Pacífico (COPANT).

Adicionalmente, el Instituto es miembro activo de los más importantes organismos regionales e internacionales de normalización, lo cual le permite participar en la definición y desarrollo de normas internacionales y regionales y así estar a la vanguardia en información y tecnología.

3.3 LA FAMILIA DE NORMAS ISO 9000

La familia de normas ISO 9000 corresponde a un conjunto de índices de referencia de las mejores prácticas de gestión con respecto a la calidad, que se encuentran definidos por la ISO (Organización Internacional de Normalización). Esta norma está compuesta de diferentes normas, las cuales son:

NTC-ISO 9000:2005; "Sistemas de gestión de la calidad - Principios básicos y vocabulario". La norma ISO 9000 describe los principios de un sistema de gestión de calidad y define la terminología.

NTC-ISO 9001:2008; "Sistemas de gestión de la calidad - Requisitos". La norma ISO 9001 describe los requisitos relacionados a un sistema de gestión de calidad, ya sea para uso interno o para fines contractuales o de certificación. Por lo tanto, esta norma es un conjunto de requisitos que las compañías deben respetar-

NTC-ISO 9004:2010; "Sistemas de gestión de la calidad - Instrucciones para mejorar el rendimiento". Esta norma, que no está diseñada con fines contractuales sino para uso interno, se centra particularmente en la mejora constante del rendimiento.

NTC-ISO 19011:2002; "Directrices para la auditoria de los sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental".

3.4 PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Las normas ISO 9000 tienen como base ocho (8) principios de la gestión de la calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización en una mejora en el desempeño.

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

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

3.5 CONCEPTO DE SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Un sistema es “un conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan”². Los elementos considerados en la implementación del Sistema de gestión de la calidad son los procesos, la estructura organizacional, los recursos asignados con un fin específico y los procedimientos.

El sistema de gestión de la calidad es aquella parte del sistema de gestión de la organización enfocada en el logro de resultados, en relación con los objetivos de la calidad, para satisfacer las necesidades, expectativas y requisitos de las partes interesadas, según corresponda.

² NORMA ISO 9000:2000. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. FUNDAMENTOS Y VOCABULARIO.

El modelo basado en procesos es utilizado en la implementación del sistema de gestión de la calidad. Cualquier actividad, o conjunto de actividades, que utiliza recursos para transformar entradas en salidas puede considerarse como un proceso. El propósito de realizar un modelo de procesos es alinear las actividades de la organización en una sola dirección, de manera que todas estén orientadas a la satisfacción del cliente. En la siguiente figura se hace la representación grafica de cómo deben interactuar los procesos, tomando como entrada las necesidades y requisitos del cliente, cumpliendo los ocho principios de la calidad y teniendo como resultado la satisfacción del cliente, como se presenta a continuación:

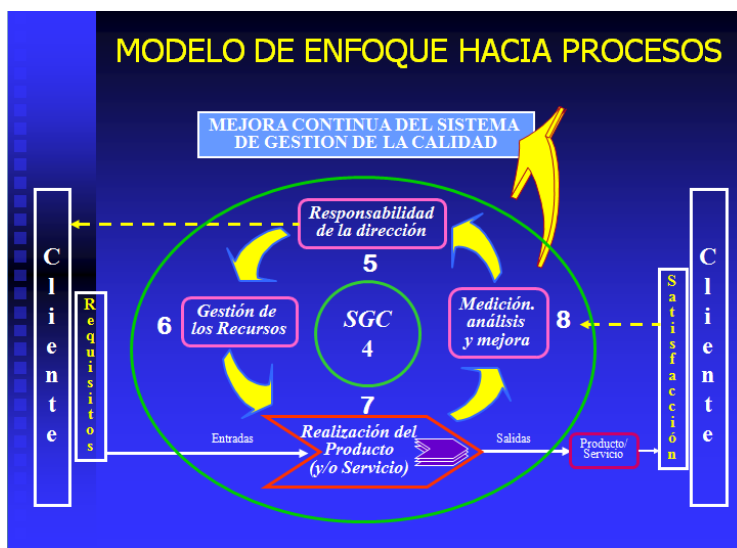


Figura 1. Modelo de enfoque hacia procesos³

3.6 BENEFICIOS DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

La definición, documentación, implementación y evaluación de un sistema de gestión de la calidad, orientado bajo los principios anteriormente descritos, debe conducir a innumerables beneficios, dentro de los cuales se tiene:

- Una mejor consistencia en el servicio y en el desempeño del producto
- Mejores niveles de satisfacción del cliente
- Mejor opinión por parte del cliente
- Aumento de la productividad y eficiencia
- Reducción de costos
- Mejor comunicación entre clientes internos, externos, y proveedores

³ Fuente: MEMORIAS. DIPLOMADO EN GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2000.

- Una ventaja competitiva, y un aumento en las oportunidades de ventas.

3.7 ¿QUÉ ES UN "PROCESO"?

Conjunto de recursos y actividades interrelacionados que transforman elementos de entrada en elementos de salida. Los recursos pueden incluir personal, finanzas, instalaciones, equipos, técnicas y métodos.

Hay tres elementos importantes en un proceso:

- Valor agregado: Aquellas que transforman los datos e insumos para crear información y productos o servicios para el cliente.
- Traspaso (flujo): Aquellas en las que se entrega de manera interdepartamental o externa la información y productos.
- Control: Aquellas que permiten que las actividades de traspaso se lleven a cabo de acuerdo a especificaciones previas de calidad, tiempo y costo establecido.

Características o condiciones de los procesos

- Se pueden describir las ENTRADAS y las SALIDAS
- El Proceso cruza uno o varios límites organizativos funcionales.
- Una de las características significativas de los procesos es que son capaces de cruzar verticalmente y horizontalmente la organización.
- Se requiere hablar de metas y fines en vez de acciones y medios. Un proceso responde a la pregunta "QUE", no al "COMO".
- El proceso tiene que ser fácilmente comprendido por cualquier persona de la organización.
- El nombre asignado a cada proceso debe ser sugerente de los conceptos y actividades incluidos en el mismo.

Requisitos de un proceso

- Todos los procesos tienen que tener un Responsable designado que asegure su cumplimiento y eficacia continuados.
- Todos los procesos claves y relevantes tienen que ser capaces de satisfacer los ciclos P, H, V, A: Planificar, hacer, verificar y actuar.
- Todos los procesos tienen que tener indicadores que permitan visualizar de forma gráfica la evolución de los mismos. Tienen que ser planificados en la fase P, tienen que realizarse en la fase H, tienen que verificarse en la fase V y tiene que utilizarse en la fase A para ajustar y/o establecer objetivos.
- Todos los procesos tienen que ser auditados para verificar el grado de cumplimiento y eficacia de los mismos. Para esto es necesario documentarlos mediante procedimientos.
- Es recomendable planificar y realizar periódicamente (aproximadamente 2 años) una reingeniería de los procesos de gestión clave y relevante para alcanzar mejoras espectaculares en determinados parámetros como costes, calidad, servicio y rapidez de respuesta.

Las organizaciones, de cualquier tipo o sector empresarial, tamaño, estructura o madurez en calidad, necesitan, para tener éxito, establecer un sistema de gestión apropiado. Los modelos de excelencia creados en las diferentes latitudes son instrumentos prácticos que ayudan a las organizaciones a establecerlos, midiendo en qué punto se encuentran dentro del camino hacia la excelencia.

4 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA

4.1 RESEÑA HISTORICA

En reuniones efectuadas entre profesionales allegados a la Dra. Nohora Galindo y su familia a inicios del año 2005, se mostro un gran interés por abordar temas relacionados con la intervención de las dificultades en el aprendizaje de los niños en edad escolar y por consiguiente el conflicto que esto genera en los padres al no tener las herramientas necesarias para enfrentar estos temas; surgió entonces la idea de ofrecer servicios en fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología y psicología con un enfoque diferente al que se ofrecía en el mercado y se da inicio a la idea de crear una sociedad con otro profesional de la salud, que tiempo después desiste del proyecto pero, se continua y materializa gracias a la persistencia y confianza aportada por la empresaria.

Es así como inicia la búsqueda de una sede en Cañaveral que reúna las características locativas y logísticas para brindar a los usuarios una atención con calidad, después de varios análisis se decidió que la residencia familiar era la que mejor se adaptaba, y así se da inicio a la fase de adecuación locativa de la sede y es lo que hoy se conoce como Centro de Especialistas IPS LOGROS EU.

4.2 MISIÓN

LOGROS IPS es una institución prestadora de servicios de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación en salud, a través de la innovación y el desarrollo de programas integrales dirigidos por profesionales idóneos, en equipos multidisciplinarios, comprometidos con el mejoramiento de la calidad de vida de la población, teniendo en cuenta la familia como base determinante en el desarrollo del individuo.

4.3 VISIÓN

En el año 2014, LOGROS IPS será reconocido a nivel de Santander como la mejor institución, en programas de promoción, prevención y asistencia en salud; ampliando la oferta y cobertura de los servicios. Superaremos las expectativas de nuestros clientes y usuarios cumpliendo con altos estándares de calidad teniendo la certificación de nuestros procesos.

Mantendremos en nuestras sedes, una estructura física moderna y apta a las necesidades de los usuarios. Desarrollaremos proyectos sociales e investigación para mejorar la calidad de vida de la población vulnerable de la región.

4.4 PRINCIPIOS

- Honestidad
- Liderazgo
- Desarrollo del recurso humano
- Solidaridad
- Compromiso de mejoramiento y seguridad en nuestros procesos

4.5 PRODUCTOS Y SERVICIOS

Los servicios que ofrece LOGROS IPS están agrupados por especialidades en cinco (5) Unidades así:

4.5.1 Unidad de Psicología

Contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente y la de su familia, a través de:

- Servicios de psicología clínica y educativa
- Asesoría y Terapia: familiar, de pareja, niños, niñas y adolescentes.
- Orientación profesional
- Acompañamiento en dificultades escolares.

4.5.2 Unidad de Nutrición y Dietética

- Consulta nutricional en niños, niñas, adolescentes y adultos.
- Apoyo al paciente con obesidad.
- Apoyo al programa psicoprofiláctico.

4.5.3 Unidad de Fonoaudiología

Dirigido a niños, niñas, adolescentes y adultos que presentan dificultades que les impiden comunicarse eficientemente, comprende consulta e intervención en:

- Desórdenes en el desarrollo del lenguaje.
- Discapacidad cognitiva y lesiones motoras relacionadas con el habla.
- Pérdidas parciales o totales de audición.
- Alteraciones en la estructura de los órganos del habla.
- Dificultades y alteraciones en el aprendizaje escolar.
- Alteraciones miofuncionales que afecten procesos de alimentación o habla.

4.5.4 Unidad de Terapia Ocupacional

Encaminada a alcanzar una funcionalidad óptima del individuo, con el fin de facilitar su integración en los ámbitos familiar, escolar, social y laboral:

- Problemas de aprendizaje, dirigido a niños, niñas, adolescentes y adultos, con disfunciones de atención, torpeza motriz e hiperactividad con el fin de desarrollar las habilidades necesarias para un buen desempeño. Comprende adiestramiento perceptual, visual y maduración del sistema nervioso.
- Programa de alteraciones neuromusculares, dirigido a niños, niñas y adolescentes con patologías como parálisis cerebral, retardo mental, síndrome de Down, entre otros.

4.5.5 Unidad de Fisioterapia y Terapia respiratoria

Comprende los programas de:

- Estimulación adecuada, la cual busca favorecer el desarrollo psicomotor normal e integral en los niños y niñas sanos, orientando su intervención hacia el acompañamiento y/o mejoramiento de la adquisición de las diferentes habilidades motrices en los primeros años de vida. Para ello se cuenta con un moderno y completo gimnasio.
- Se asesora a los padres de familia por medio de actividades educativas y comunicativas con respecto a la secuencia del desarrollo motor y cuidados posturales de sus hijos.
- Psicoprofilaxis: Ofrece a la pareja la preparación física y emocional necesaria para el manejo adecuado del embarazo, parto y post-parto.
- Asistencia en Terapia Física y Respiratoria.

4.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La estructura organizacional de la institución se ha dividido desde el rango principal de la gerencia hasta los cargos asignados por unidad de atención, para el proceso de implementación del SGC se conformaron nuevos comités, como el comité de historias clínicas, comité científico, comité de calidad, comité de compras y el SIAU, estos comités están conformados directamente por el personal de la institución.

CENTRO DE ESPECIALISTAS I.P.S LOGROS E.U.

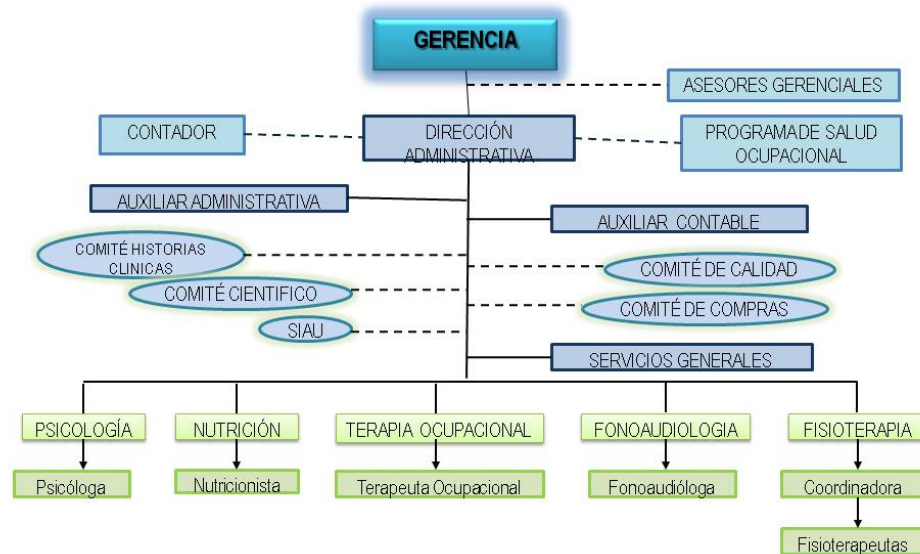


Figura 2. Organigrama de LOGROS IPS

4.7 INFRAESTRUCTURA

Con el fin de atender las necesidades de los clientes LOGROS IPS tiene dos sedes ubicadas en puntos estratégicos de la ciudad las cuales cuentan con las siguientes características:

- Sede Cañaveral

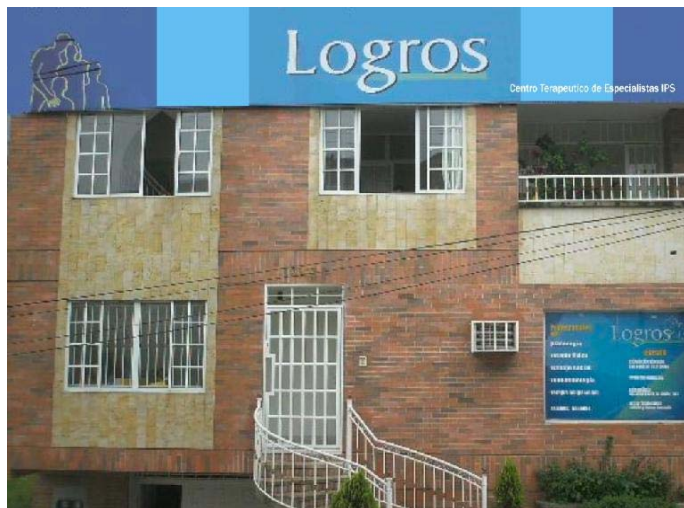


Figura 3. LOGROS IPS Sede Cañaveral

- Sede Cañaveral: en el primer piso (65 m²) cuenta con sala de espera, recepción, acondicionamiento físico (barras paralelas, elíptica y caminador), espacio destinado para ejercicios de espalda y rodilla y 3 consultorios individuales de fisioterapia.

En el segundo piso (200 m²) funcionan 6 consultorios: Psicología, fisioterapia, fonoaudiología, nutrición y dietética, terapia ocupacional, terapia respiratoria y la oficina de gerencia.

En el tercer piso (180 m²) funciona el gimnasio terapéutico, dotado para trabajo físico e integración sensorial.



Figura 4. Entrada -Sede Cañaveral



Figura 5. Gimnasio Primer Piso -Sede Cañaveral



Figura 6. Gimnasio Tercer Piso -Sede Cañaveral

- Sede Cabecera: en el primer piso (250 m²) se encuentra la recepción, terapia respiratoria, rampa de acceso a la sala de espera y 3 consultorios de fisioterapia dotados para atender 10 pacientes simultáneamente, acondicionamiento físico (Barras paralelas, elíptica, caminador, colchonetas y balones de Pilates) y oficina de gerencia.

En el segundo piso: (90 m²) funciona el consultorio de fonoaudiología, de terapia ocupacional, nutrición y dietética y psicología.



Figura 7. LOGROS IPS –Sede Cabecera

Las dos sedes de LOGROS I.P.S., están ubicadas en la Calle 31 No. 23-09 Cañaveral y en la Carrera 34 No. 51-79 Cabecera, distribuidas en la ciudad con el fin de garantizar a los usuarios fácil acceso a ellas.



Figura 8. Gimnasio – Sede Cabecera



Figura 9. Primer Piso – Sede Cabecera

5 METODOLOGÍA

5.1 METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOGROS IPS

El procedimiento metodológico que se empleó para el desarrollo del diseño e implementación del sistema de gestión de calidad en LOGROS IPS, se describe a continuación:

5.1.1 Diagnóstico

Se busco identificar el estado actual de la institución respecto a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008⁴. Para la elaboración de este diagnóstico se utilizó una herramienta que contribuye a la elaboración de un análisis teniendo en cuenta las evidencias detectadas en la empresa mediante observación de campo, entrevistas al personal y documentación utilizada, verificando en qué estado se encuentra cada requisito de la norma, según los siguientes criterios de evaluación:

Criterio	Descripción	%	%ACUMULADO
NA	No se aplica para la empresa	0%	X
ANC	Aplica pero la empresa no ha cumplido con el requisito exigido por la norma	0%	
PDD	El requisito se encuentra en proceso de diseño y desarrollo	10%	10%
PDC	El requisito se encuentra documentado	15%	25%
PIM	El requisito se encuentra en proceso de implementación	20%	45%
AMC	El requisito se encuentra auditado y en proceso de mejora continua	25%	70%
AIE	El requisito ha sido auditado e implementado efectivamente	30%	100%
TOTAL	<i>Avance del cumplimiento del requisito exigido por la norma, dado por la sumatoria total de los anteriores criterios establecidos.</i>	100%	

Tabla 1. Criterios de Evaluación Diagnostico Inicial ISO

La calificación se realizó evaluando cada requisito según el criterio de cumplimiento asignando un porcentaje; la herramienta pondera dicha calificación por subcapítulo y finalmente el

⁴ NORMA NTC ISO 9001:2008

promedio de la ponderación del total de los capítulos refleja el cumplimiento de la institución con respecto a la norma.

El resultado del diagnóstico por capítulo de la norma según lo evidenciado en LOGROS IPS, se detalla en el siguiente gráfico:

Resultados del Diagnóstico Inicial del S.G.C en LOGROS I.P.S.

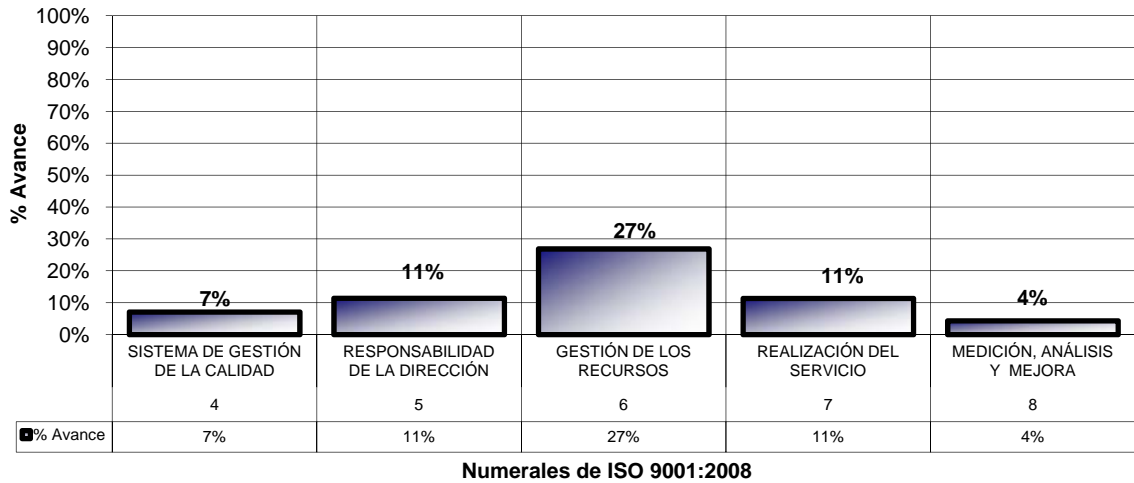


Figura 10. Resultados Diagnostico Inicial ISO en LOGROS IPS

Con base en estos resultados se concluye que el grado de cumplimiento promedio inicial de la empresa frente a los requisitos de la norma ISO 9001:2008 fue del 12 %.

% de Avance por Numerales		
Núm.	CAPÍTULO	% Avance
4	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	7%
5	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	11%
6	GESTIÓN DE LOS RECURSOS	27%
7	REALIZACIÓN DEL SERVICIO	11%
8	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	4%
% Avance del S.G.C. TOTAL		12%

Tabla 2. Grado de Cumplimiento por capítulo de la ISO

En el análisis inicial por capítulo de la norma se evidencia que la mayoría de los requisitos se encuentran en proceso de diseño y desarrollo; En el numeral 4 de la NTC-ISO 9001:2008 el porcentaje de cumplimiento fue del 7% teniendo en cuenta que la institución no contaba con

los procedimientos para el registro y control de documentos y hasta el momento no se tenían claramente identificados y establecidos los procesos del SGC, ni se poseía un manual de calidad; siendo estos aspectos de gran importancia en el momento de la verificación.

En los requisitos de responsabilidad por la dirección el porcentaje de análisis es de un 11% debido a que se evidencia que enfocado a un servicio con calidad y calidez que logre la satisfacción del cliente, realizando actividades internas que controlen la comunicación, funciones y responsabilidades del personal de la institución, pero sin estas actividades cumplir con los requisitos establecidos por la norma.

En el numeral 6 el porcentaje de cumplimiento es del 27%, teniendo en cuenta que está documentado el proceso de selección de personal y organización de las hojas de vida, y esto a la hora de dar la puntuación, hace diferencia con respecto a otras áreas donde no se evidencia ningún documento.

El numeral 7 presentó un cumplimiento del 11% con base a que los procesos asistenciales se encontraban descritos en forma general y no específica para cada una de las áreas; en lo concerniente a compras, no se evidenció un listado formal de proveedores ni seguimiento a la función de estos. Con respecto al control y seguimiento de los equipos no se contaba con hojas de vida, ni un programa de mantenimiento correctivo y preventivo.

Para efectos de este ejercicio el numeral 7.3 no se tuvo en cuenta porque es un requisito que se excluye del sistema, teniendo en cuenta que hace referencia al diseño y desarrollo de un producto y en la institución no se realizan actividades de diseño, solo se brinda un servicio asistencial, el cual ya está previamente establecido.

El numeral 8 presenta un cumplimiento del 4% donde no se evidencia ningún registro de seguimiento, medición y auditoría de los procesos internos de la institución, ni se tienen procedimientos documentados para el control del producto no conforme y manejo de acciones correctivas y preventivas.

Después de obtener conocimientos de cómo se encuentra la institución respecto a los requisitos exigidos por la norma NTC ISO 9001:2008, el proceso de Gestión Estratégica, elabora un diagnóstico organizacional para poder analizar la institución ante la competencia y sus actividades internas.

Para una mejor interpretación de los resultados de cómo se encontraba la institución frente a los requisitos de la NTC – ISO 9001:2008, ver **Anexo 1 Diagnóstico Inicial ISO 9001:2008 LOGROS IPS**

5.1.2 Diagnóstico del Proceso de Gestión Asistencial

Teniendo en cuenta la misión y visión de LOGROS IPS se establece la prestación de servicios de habilitación y rehabilitación desde las áreas terapéuticas de Terapia Física, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Psicología y Nutrición como el eje principal de la institución.

Partiendo de esto se ve la necesidad de realizar un análisis de la estructura de cada una de las Unidades y de las actividades en las que se tiene atención directa con el usuario, éstas se encuentran establecidas en la normatividad Colombiana (Resolución 1043 de 2.006 y 1995 de 1.999 y en la Norma NTC - ISO 9001:2.008 y se relacionan con la implementación de protocolos o guías de manejo que sustenten cada una de las acciones realizadas con un usuario para el manejo de patologías en las que se realiza intervención.

Para verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos para el Proceso de Gestión Asistencial se analizó el numeral 7 de la norma donde se establecen los requisitos concernientes a la realización del producto, especialmente los relacionados con la planificación de la realización del producto y la producción y prestación del servicio (ítems 7.1 y 7.5); cada uno de éstos establece las condiciones que debe cumplir la institución para el adecuado desarrollo del proceso. En el sector salud estos ítems se traducen a la existencia y aplicación de una serie de protocolos o guías de manejo para cada una de las patologías que reciben intervención, en el caso de LOGROS IPS se direccionan al manejo terapéutico desde las diferentes unidades funcionales de la institución.

El diagnóstico aplicado en LOGROS IPS muestra un cumplimiento del 11% en el numeral 7 lo que indica que el requisito se encuentra en proceso de diseño y desarrollo. Con los resultados obtenidos en éste se estableció la necesidad de estandarizar y organizar la atención terapéutica brindada a los usuarios de servicio, como lo es el diseño e implementación de los protocolos de intervención ya que los que se venían desarrollando no cumplían con los requisitos establecidos en la norma.

En la revisión realizada para desarrollar el diagnóstico se encontró que la institución contaba con algunos documentos que sustentaban la atención terapéutica a los usuarios, como lo eran actividades de intervención de fisioterapia, psicología y nutrición respaldados en programas institucionales generales como el curso psicoprofilactico y el programa de cirugía bariátrica, sin embargo la estructura de esta serie de documentos no cumplía con los requisitos y especificaciones contempladas en la Norma NTC – ISO 9001:2008; además las unidades de fonoaudiología y terapia ocupacional solo contaban con un documento general donde se explicaban las actividades realizadas en cada una. Salvo la unidad de fisioterapia no se encontraban establecidos los protocolos de intervención de las patologías de mayor demanda.

Otro de los hallazgos encontrados en la revisión realizada arrojó que no se encontraban establecidos los procedimientos referentes al ingreso del usuario, solicitud de citas, atención domiciliaria, y la guía de manejo de las historias clínicas éstos se realizaban según las sugerencias dadas por la Gerencia pero no se contaban con un procedimiento documentado que las sustentara.

Teniendo en cuenta lo encontrado en el diagnóstico inicial se estableció la necesidad de definir y estandarizar las actividades concernientes al proceso asistencial de LOGROS IPS.

5.1.3 Planificación

Luego de realizar un diagnóstico inicial se identificaron los procesos gerenciales, operativos y de apoyo que se aplican en la institución y se realizaron las siguientes actividades:

5.1.3.1 Alcance del Sistema de Gestión de la Calidad:

LOGROS IPS ha establecido el sistema de gestión de la calidad teniendo en cuenta los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2008 para el siguiente alcance:

“Prestación de servicios de salud de primer nivel de atención y baja complejidad en las áreas de: Terapia Física, Terapia Respiratoria, Fonoaudiología- Terapia de Lenguaje, Terapia Ocupacional, Psicología, Nutrición y Dietética”.

La implementación del Sistema cubre las dos sedes de la institución; Cabecera, carrera. 34 No 51-79 y Cañaveral, calle 31 No 23 – 09.

Se excluye el numeral 7.3 Diseño y Desarrollo, de la Norma NTC-ISO 9001:2008, ya que en la institución no se realizan actividades de diseño que conviertan las necesidades del cliente en requisitos específicos del producto o servicio; los servicios ofrecidos son procesos de habilitación y rehabilitación previamente definidos.

5.1.3.2 Política de calidad

LOGROS IPS como institución prestadora de servicios de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación en salud se enfoca en satisfacer al cliente (empresa y usuario) ofreciendo un excelente servicio, con atención oportuna, calidad y calidez de acuerdo a las necesidades del usuario. Para lo cual cuenta con recurso humano altamente calificado, satisfecho y comprometido, equipos adecuados, modernas instalaciones y se mantiene en la búsqueda constante de mejora continua en sus procesos.

5.1.3.3 Objetivos de calidad

Una vez definida la política de calidad, se establecieron los objetivos, los cuales se convierten en el medio para medir el cumplimiento de dicha política, los objetivos establecidos en la institución son:

- Garantizar la satisfacción del cliente usuario, ofreciendo un servicio con atención oportuna, calidad y calidez; que logre la efectividad en su tratamiento.
- Garantizar las expectativas del cliente empresa, minimizando las no conformidades de sus usuarios y afiliados.
- Desarrollar un equipo humano altamente calificado, en constante capacitación y sentido de pertenencia con la institución.
- Mantener unas instalaciones que ofrezcan fácil accesibilidad, seguridad, infraestructura moderna, dotación con material y equipos adecuados.
- Incrementar la mejora continua en los procesos de la Institución.

Para cada objetivo de calidad se procedió a definir los mecanismos de medición dentro de lo cual se estableció:

- **Indicador:** es una expresión matemática de lo que se quiere medir, con base en factores o variables claves que tienen un objetivo y cliente predefinido. Los indicadores de gestión son medidas utilizadas para determinar el éxito del servicio en la institución. Estos indicadores se establecen por cada objetivo de calidad de tal forma que permitan evidenciar el cumplimiento de la política de calidad.
 - **Formula:** al tratarse de un indicador cuantitativo se aplica la forma de cálculo a emplearse para la deducción de su valor, esto implica la identificación exacta de los factores y la manera como ellos se relacionan.
 - **Periodicidad:** cada cuanto debe ser medible y controlable un indicador.
 - **Unidad de medida:** es la manera como se expresa el valor determinado del indicador dado por unidades, las cuales varían de acuerdo con los factores que se relacionan.
 - **Responsable:** es el encargado de la recolección y análisis de la información.
 - **Meta:** valor que se quiere lograr o mantener y se logra a través de factores claves.
- En la siguiente tabla se muestran el despliegue de política y objetivos de calidad.

Despliegue de la política y objetivos de la Calidad

POLITICA DE CALIDAD	OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	PERIODICIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	META
LOGROS IPS como institución prestadora de servicios de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación en salud se enfoca en satisfacer al cliente (empresa y usuario) ofreciendo un excelente servicio, con atención oportuna, calidad y calidez de acuerdo a las necesidades del usuario. Para lo cual cuenta con recurso humano altamente calificado, satisfecho y comprometido, equipos adecuados, modernas instalaciones y se mantiene en la búsqueda constante de mejora continua en sus procesos.	1. Garantizar la satisfacción del cliente usuario, ofreciendo un servicio con atención oportuna, calidad y calidez; que logre la efectividad en su tratamiento.	Índice de Satisfacción del Cliente	Sumatoria de cada respuesta / Total de encuestas aplicadas	Mensual	Relación porcentual	Líder proceso administrativo(asistente administrativo)	>95
	2. Garantizar las expectativas del cliente empresa, minimizando las no conformidades de sus usuarios y afiliados.	Quejas y/o reclamos.	Número de quejas recibidas / Total de servicios entregados *100	Trimestral	Relación porcentual	Líder Proceso de Calidad	≤ 5%
	3. Desarrollar un equipo humano altamente calificado, en constante capacitación y sentido de pertenencia con la institución.	Índice de competencias del personal.	Total de Competencias cumplidas/ total Competencias requeridas	Semestral	Relación Porcentual	Líder de Recurso Humano (Psicóloga)	≥ 85%
	4. Mantener unas instalaciones que ofrezcan fácil accesibilidad, seguridad, infraestructura moderna, dotación con material y equipos adecuados.	Cumplimiento del programa de mantenimiento	No. mantenimiento preventivos realizados/No. total mantenimientos programados	Semestral	Relación porcentual	Líder Proceso de Compras (Auxiliar Administrativo)	≥ 90%
	5. Incrementar la mejora continua en los procesos de la Institución.	Índice de prevención	Número de acciones preventivas /Total acciones (preventivas y correctivas)*100	Mensual	Relación Porcentual	Líder Proceso de Calidad	≥ 50%

Tabla 3. Política y objetivos de la Calidad

5.1.3.4 Definición de responsabilidades

Con el propósito de garantizar una cultura de calidad en la organización se han definido los siguientes responsables de mantener y mejorar el sistema de gestión de la calidad en la empresa:

- **Gerente:** es el encargado de velar por el funcionamiento y permanencia de la organización, es el responsable de asignar el presupuesto para la implementación del sistema de gestión de la calidad de la institución y a su vez es el encargado de cumplir las funciones de representante de la dirección.
- **Comité de Calidad:** con el propósito de generar una dinámica participativa la organización ha conformado el Comité de Calidad integrado por:
 - Un representante de la dirección,
 - Coordinador de calidad,
 - Psicóloga,
 - Coordinador de fisioterapia.

Este comité se reúne con una periodicidad mensual y se revisan los indicadores de calidad, productos no conformes, acciones correctivas y preventivas entre otros. La filosofía de este comité es promover y gestionar la mejora continua dentro de la organización.

- **Coordinador de Calidad:** es el encargado de diseñar, elaborar, socializar e implementar el sistema de gestión de la calidad de la institución, con el fin de satisfacer las necesidades y expectativas de la institución, y velar por las mejoras continuas de los procesos institucionales, por medio del desarrollo permanente del Sistema de Gestión de Calidad.
- **Líderes de Proceso:** es la persona asignada por la institución como representante del proceso asignado, y debe velar por que se cumplan todas sus actividades descritas en la caracterización del proceso.
- **Auditor de Calidad:** es el encargado de elaborar el plan de auditoría, nombrar los auditores para auditar cada procedimiento, asegurarse de la independencia e integridad del equipo auditor, verificar las acciones para dar cumplimiento a los hallazgos o no conformidades detectadas en la auditoría, elaborar y entregar informe de auditoría para respectiva revisión por la dirección.
- **Personal de la Organización:** comprometido con la institución en las actividades a implementar del sistema de gestión de la calidad de la institución, aplicar los documentos,

formatos y procedimientos establecidos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la institución.

5.1.3.5 Mapa de procesos:

El mapa de procesos es la representación gráfica de los procesos definidos dentro del sistema de gestión de la calidad de la institución que tienen como finalidad lograr la satisfacción del cliente a través del servicio recibido que cumpla sus necesidades.

Para la elaboración del mapa de procesos de la institución, la gerencia realizó un análisis de las áreas de atención y se identificaron los procesos necesarios para prestar los servicios que ofrece la institución.

Los procesos identificados se basaron en los siguientes conceptos:

Procesos Estratégicos: incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la dirección.

Procesos Misionales: incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la institución en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser.

Procesos de Apoyo: incluyen todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y de medición, análisis y mejora.

Una vez entendido el concepto de los tipos de procesos se plantearon los procesos relacionados a continuación con el respectivo responsable:

Nombre del Proceso	Tipo de Proceso	Responsable
Gestión Estratégica	Estratégico	Gerente
Gestión de la Calidad		Coordinador de Calidad
Proceso Asistencial	Misionales	Coordinador de Fisioterapia
Gestión del Recurso Humano	Apoyo	Psicóloga
Gestión Administrativa		Auxiliar Administrativo

Tabla 4. Tabla de Procesos LOGROS IPS

A continuación se muestra el mapa de proceso diseñado en la empresa:

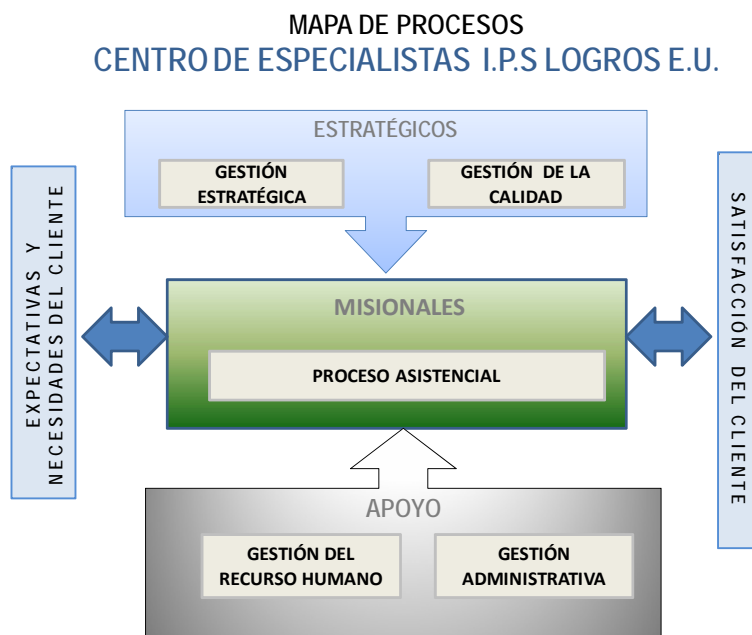


Figura 11 Mapa de Procesos

5.1.3.6 Caracterización de procesos:

Después de realizado el mapa de procesos se procedió a desarrollar la caracterización teniendo en cuenta los siguientes aspectos.

- **PROPÓSITO:** se describe el objetivo (s) del proceso, detalla la razón de ser del proceso o para que existe el proceso en la institución.
- **RESPONSABLE:** se define el cargo de quién es el líder del proceso.
- **PROVEEDORES DEL PROCESO:** corresponde a los procesos internos, proveedores externos, empresas clientes, usuarios que son necesarios para lograr el objetivo del proceso.
- **ENTRADAS AL PROCESO:** son las entradas de suministros que son necesarios para el proceso como los insumos, materiales, información de proveedores, usuarios, o los mismos procesos internos de la institución.
- **ACTIVIDADES DEL PROCESO:** se establecen a través del ciclo PHVA (Planear, hacer, verificar y actuar, que está compuesto por las cuatro fases básicas del control: planificar, ejecutar, verificar y actuar correctamente.

Los términos usados en el ciclo PHVA, tienen el siguiente significado:

Planear (P): consiste en establecer metas para los indicadores de resultado y establecer la manera (el camino, el método) para alcanzar las metas propuestas.

Hacer (H): se describe la ejecución de las tareas exactamente de la forma prevista en el plan y en la recolección de datos para la verificación del proceso. En esta etapa es esencial el entrenamiento en el trabajo resultante de la fase de planeamiento.

Verificar (V): se toma como base los datos recolectados durante la ejecución, se compara el resultado obtenido con la meta planificada.

Actuar (A): esta es la etapa en la cual el usuario detectó desvíos y actuará de modo que el problema no se repita nunca más.

- **SALIDAS O RESULTADOS:** son los resultados que se esperan del proceso, los resultados están alineados con los objetivos del proceso en términos de la calidad, oportunidad, seguridad, eficiencia, accesibilidad, eficacia debe proporcionar el proceso.
- **PROCESOS CLIENTES:** se describen cuáles son los clientes del proceso; un cliente es quien recibe las salidas o resultados del proceso
- **DOCUMENTOS RELACIONADOS:** se describen todos los documentos que se involucran en el proceso, como listados, manuales, etc.
- **RECURSOS:** es la descripción de los recursos que se utilizan en el proceso: humanos, físicos, equipos, materiales importantes, software especial, hardware, etc.
- **PARÁMETROS DE CONTROL DEL PROCESO:** son las tareas del proceso que se deben verificar y que ponen en riesgo los objetivos del proceso.
- **REQUISITOS DEL PROCESO:** son los cuatro requisitos que intervienen en un sistema de gestión de la calidad como lo son las normas legales, directrices institucionales, requisitos del cliente y requisitos de la norma certificadora.
- **INDICADORES DE CONTROL DE GESTIÓN DEL PROCESO:** se identifican los indicadores para dicho proceso.

Identificando los anteriores aspectos se procede a desarrollar la caracterización para el proceso de gestión asistencial de LOGROS IPS, para una mejor comprensión ver *Anexo 2. Caracterización Gestión Asistencial*

5.1.3.7 Estructuración del cronograma general de implementación y plan de trabajo específico por proceso:

Se estableció un cronograma contemplando los meses de septiembre del 2010 a junio del 2011, donde se especificaron las actividades a desarrollar en el proceso de gestión asistencial distribuidas de la siguiente manera:

CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN SGC LOGROS IPS										
PROCESO GESTIÓN ESTRATÉGICA	sep-10	oct-10	nov-10	dic-10	ene-11	feb-11	mar-11	abr-11	may-11	jun-11
DIAGNÓSTICO										
PLANIFICACIÓN										
DOCUMENTACIÓN										
IMPLEMENTACIÓN										
CAPACITACIÓN										
EVALUACIÓN										

Figura 12 Cronograma

5.1.4 Documentación

El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia se reglamenta en la Ley 100 de 1993 en donde se establece la estructura y normatividad de este sistema que se encuentra conformado por salud, pensiones y riesgos profesionales.

El sistema de salud que actualmente se desarrolla en Colombia se caracteriza por definir dos conceptos claves que determinan la prestación del servicio, estos conceptos son el de asegurador y el de prestador. El primero de estos se encuentra representado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) quienes se encargan de la afiliación de los usuarios ya sea en el régimen contributivo o subsidiado; el segundo hace referencia a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) quienes son contratadas por las EPS para la prestación directa de los servicios de salud de acuerdo con los niveles de complejidad (1, 2, 3,4 o bajo, medio, alto).

A nivel nacional se estableció una normatividad para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud; respecto a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) esta se encuentra fundamentada en la Resolución 1043 de 2006 en la que se establece la reglamentación que deben cumplir los Prestadores de Servicios teniendo en cuenta nueve estándares que garantizan la adecuada prestación del servicio, cada uno de éstos define las características en diferentes aspectos, estos estándares son: recurso humano, infraestructura, dotación y

mantenimiento, insumos, procesos prioritarios asistenciales, historia clínica y registros asistenciales, interdependencia de servicios, referencia de pacientes, seguimiento a riesgos.

Sumado a la habilitación, actualmente las IPS están asumiendo el reto de la Certificación según la Norma ISO 9001:2.008 donde se establecen una serie de requisitos con miras a la satisfacción del cliente a través de la prestación de servicios con calidad. Partiendo que los servicios de salud son asistenciales existe una correlación entre los estándares contemplados en la Resolución 1043 y los requisitos de la Norma ISO 9001:2.008: la primera contempla el estándar de procesos prioritarios asistenciales en donde los procesos de intervención deben estar sustentados en protocolos o guías de manejo que permitan estandarizar la prestación de los servicios, igualmente el estándar de historia clínica y registros se sustenta a su vez en la resolución 1995 de 1.999 donde se establecen los requisitos para el diligenciamiento y custodia de la información contenida en la historia clínica; en la norma ISO 9001:2008 la Prestación del servicio se encuentra contemplada en los numerales 7.1, a 7.5.

Para dar cumplimiento a lo establecido en la norma la Organización Centro de Especialistas IPS Logros EU ha establecido como su proceso misional la prestación en servicios de salud de baja complejidad correspondientes a la rehabilitación y habilitación de habilidades psicobiosociales de población infantil y adulta desde las áreas de Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Psicología, Terapia Física y Nutrición; este proceso tiene como objetivo la organización de cada una de las unidades funcionales en lo referente a la atención directa con el usuario desde la asignación de la cita hasta su evolución satisfactoria, incluyendo el correcto diligenciamiento de la historia clínica y de los diferentes formatos que dan soporte a ésta.

5.1.4.1. Requisitos de la documentación

El objetivo de la etapa de documentación es adecuar los documentos existentes en la institución y generar los documentos adicionales que sean necesarios para cumplir con los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008 referenciados a continuación:

REALIZACION DEL PRODUCTO (NUMERAL 7)

PLANIFICACION DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO (NUMERAL 7.1)

La organización debe planificar los procesos necesarios para la realización del producto. La planificación de la realización del producto debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad.

Durante la planificación de la realización del producto, la organización debe determinar, cuando sea apropiado, lo siguiente:

- a) Los objetivos de la calidad y los requisitos del producto.

- b) La necesidad de establecer procesos y documentos, y de proporcionar recursos específicos para el producto.
- c) Las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, medición, inspección y ensayo/prueba específica para el producto así como los criterios para la aceptación del mismo.
- d) Los registros que sean necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y el producto resultante cumplen los requisitos.

El resultado de esta planificación debe presentarse de forma adecuada para la metodología de operación de la organización.

PRODUCCION Y PRESTACION DEL SERVICIO (NUMERAL 7.5)

CONTROL DE LA PRODUCCION Y DE LA PRESTACION DEL SERVICIO (NUMERAL 7.5.1)

La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable:

- a) La disponibilidad de información que describa las características del producto.
- b) La disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario
- c) El uso de equipo apropiado
- d) La disponibilidad y uso de equipos de seguimiento y medición.
- e) La implementación del seguimiento y de la medición, y
- f) La implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega del producto.

VALIDACION DE LOS PROCESOS DE LA PRODUCCION Y DE LA PRESTACION DEL SERVICIO (NUMERAL 7.5.2)

La organización debe validar todo proceso de producción y de prestación del servicio cuando los productos resultantes no pueden verificarse mediante seguimiento o medición posteriores y, como consecuencia, las deficiencias aparecen únicamente después que el producto esté siendo utilizado o se haya prestado el servicio.

La validación debe demostrar la capacidad de estos procesos para alcanzar los resultados planificados.

La organización debe establecer las disposiciones para estos procesos, incluyendo, cuando sea aplicable:

- a) Los criterios definidos para la revisión y aprobación de los procesos,
- b) La aprobación de los equipos y la calificación del personal,
- c) El uso de los métodos y procedimientos específicos, los requisitos de los registros, y

d) La revalidación.

IDENTIFICACION Y TRAZABILIDAD (NUMERAL 7.5.3)

Cuando sea apropiado, la organización debe identificar el producto por medios adecuados, a través de toda la realización del producto.

La organización debe identificar el estado del producto con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de toda la realización del producto.

Cuando la trazabilidad sea un requisito, la organización debe controlar la identificación única del producto y mantener registros.

PROPIEDAD DEL CLIENTE (NUMERAL 7.5.4)

La organización debe cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo el control de la organización o estén siendo utilizados por la misma. La organización debe identificar, verificar y salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto. Si cualquier bien que sea propiedad del cliente se pierde, deteriora o de algún otro modo se considera inadecuado para su uso, la organización debe informar de ello al cliente y mantener registros.

PRESERVACION DEL PRODUCTO (NUMERAL 7.5.5)

La organización debe preservar el producto durante el proceso interno y la entrega al destino previsto para mantener la conformidad con los requisitos. Según sea aplicable, la preservación debe incluir la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección. La preservación debe aplicarse a las partes constitutivas de un producto.

En la estructura de la documentación se establecieron directrices generales para la construcción, actualización y eliminación de los documentos que conforman la estructura documental del SGC ISO 9001: 2008 de Logros IPS. La documentación elaborada es la exigida por la norma y a su vez la que desarrollo teniendo en cuenta los siguientes requisitos:

- Que la no existencia del documento afectara la calidad del servicio prestado.
- La documentación solicitada es necesaria para cumplir un requisito legal, reglamentario o contractual.
- Exista riesgo de insatisfacción del cliente o riesgo económico.
- Cuando se comprometa la eficacia y eficiencia del proceso.
- Lo requiera la complejidad de los procesos.

Los tipos de documentos utilizados en el Sistema de Gestión de la calidad son: manuales, procedimientos, instructivos, guías, formatos, protocolos, procesos, mapa de procesos y documentos de origen externo.

Cada tipo de documentos debe manejar el formato establecido por la institución para su respectiva identificación de la siguiente manera:

- **Encabezado:** logo de la empresa, título que corresponde el proceso clave al que pertenece el procedimiento, instructivo o registro y el nombre del documento, su código de identificación, versión y paginación.
- **Pie de Página:** contiene cargo de la persona quien revisa y quien aprueba el documento, con la respectiva fecha de aprobación.

El contenido de la documentación en general se presenta en la siguiente estructura:

- **Propósito:** define claramente la razón de ser del documento. Precisa los aspectos que trata el documento y amplía la información suministrada en el título del mismo.
- **Alcance:** establece la vigencia del documento y las gestiones, procesos, servicios, cargos, clientes, áreas, funciones o actividades a las cuales aplica la utilización del documento.
- **Responsable(s):** relaciona el(los) cargo(s) que participan y tienen responsabilidad en el cumplimiento de las actividades documentadas.
- **Procedimiento:** en esta sección se describe como se realiza el proceso estableciendo las diferentes etapas o actividades necesarias para su ejecución. Según las actividades a documentar el desarrollo del proceso se representa a través de texto, diagramas de flujo, cuadros, tablas, gráficos, entre otros, según se considere apropiado en cada caso.

Para el diseño de esta estructura se estableció un formato de maneje las siguientes preguntas:

- **Qué:** breve descripción de la actividad con la relación de formatos, informes, medios, etc. utilizados para registrar la evidencia de la actividad realizada.
- **Cómo:** realizar una descripción detallada de la forma en que se realiza la actividad.
- **Quién:** relación de cargo(s) responsable(s) de cada actividad.

- **Registros:** relacionar los documentos que se generan en la aplicación o implementación del procedimiento.
- **Políticas procedimentales:** aquí se describen norma, directrices y condiciones generales a considerar para la aplicación del documento o desarrollo del proceso; pueden realizarse también aclaraciones de carácter general sobre los diferentes elementos de las actividades documentadas. La política es del procedimiento o alineación a las políticas de calidad o a las políticas corporativas.

Definiendo la estructura de un documento, el proceso de gestión asistencial, teniendo en cuenta los requisitos exigidos por la norma, los requisitos del cliente, legales e internos de la empresa, procede a elaborar la siguiente documentación:

Documentos Generales:

- GA-G-02 Manual de historias clínicas.
- GA-PR-01 Procedimiento de Atención Domiciliaria
- GA-PR-02 Procedimiento de ingreso del usuario
- GA-PR-03 Procedimiento de atención de consulta
- GA-F-01 Formato general de procedimientos asistenciales

Para dar cumplimiento a estos requisitos se definieron los siguientes documentos y formatos. Para mayor claridad se anexa la guía de historias clínicas y el formato general de procedimientos asistenciales, implementada en Logros IPS. Ver anexo No. 3

DOCUMENTOS GENERALES DEL PROCESO

CÓDIGO	NOMBRE	OBJETIVO	ALCANCE
GA-G-01	Caracterización del Proceso	Descripción del proceso	Determinar las etapas del proceso
GA-G-02	Guía de historias clínicas.	Diseñar la guía de historias clínicas acorde con la resolución 1995 de 1.999	Cumplir con los requisitos de la resolución
GA-PR-01	Procedimiento de Atención Domiciliaria	Establecer las actividades correspondientes al servicio de atención domiciliaria.	Estandarizar el procedimiento
GA-PR-02	Procedimiento de ingreso del usuario	Establecer el procedimiento para la recepción del usuario	Estandarizar el procedimiento
GA-PR-03	Procedimiento de atención de consulta	Mejorar la atención y el servicio a los usuarios de LOGROS IPS.	Brindar un mejor servicio y fomentar la igualdad de oportunidades en

			todos los usuarios, logrando así un servicio con calidad y calidez.
GA-F-01	Formato general de procedimientos asistenciales	Determinar el formato para la elaboración de los protocolos asistenciales de las diferentes unidades funcionales	Estandarizar los procedimientos asistenciales de LOGROS IPS

Tabla 5. Tabla de Documentos Proceso Asistencial

Teniendo en cuenta el campo de aplicación de cada una de las unidades de atención fueron diseñados, socializados y aprobados los protocolos correspondientes a la atención de las principales patologías que son atendidas en LOGROS IPS. A continuación se relaciona cada uno de los protocolos por Unidad de Atención y los formatos de soporte a cada uno de ellos:

- UNIDAD DE FISIOTERAPIA:

CÓDIGO	NOMBRE	OBJETIVO	ALCANCE
TF-PT-01	Reemplazo total de rodilla	Optimizar las funciones fisiocinéticas las cuales permiten obtener una mejor rehabilitación del paciente brindando un mejor desempeño en las diferentes actividades básicas cotidianas y de la vida diaria.	Lograr la máxima funcionalidad posible de la articulación de la rodilla mediante el aumento en la estabilidad de la misma.
TF-PT-02	Epidermólisis Ampollosa	Proveer de adecuado rango de movimiento en articulaciones periféricas, tronco, cabeza y cuello. Facilitando la acción lubricadora de líquido sinovial, evitando al mismo tiempo adherencias articulares.	Lograr la rehabilitación integral del paciente.

TF-PT-03	Atención en paciente domiciliario	Garantizar una atención cálida, humana, oportuna y de calidad que facilite a los usuarios ganancias en términos del mejoramiento de la calidad de vida, acorde a sus necesidades especiales de salud.	Facilitar la atención del paciente brindando un servicio a domicilio. Brindar un trato digno, cordial y respetuoso a los usuarios con el fin que reciban un servicio que garantice su mejoramiento en su calidad de vida
TF-PT-04	Lesión Ligamento Colateral Medial	Optimizar las funciones fisiocinéticas las cuales permiten obtener una mejor rehabilitación del paciente brindando un mejor desempeño en las diferentes actividades básicas cotidianas y de la vida diaria.	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuir dolor - Disminuir espasmos musculares - Disminuir retracciones musculares. - Disminuir edema - Mejorar y/o mantener la movilidad articular - Mejorar y/o mantener la fuerza muscular - Reeducar la higiene postural. - Reeducar la marcha
TF-PT-05	Lesión Ligamento Tobillos	Realizar una acertada valoración y enfoque terapéutico de la articulación del tobillo, teniendo en cuenta que las lesiones en este nivel ocasionan trastornos en el patrón de marcha.	Lograr la máxima estabilidad posible de la articulación, mejorando así el patrón de marcha.
TF-PT-06	Lesiones Manguito Rotador	Favorecer la recuperación de las funciones a nivel de la articulación de hombro, permitiendo la restauración de la artrocinemática, brindando un mejor desempeño en las diferentes actividades básicas cotidianas y de la vida diaria.	Lograr la máxima funcionalidad del complejo articular del hombro mediante la potenciación muscular, los cuales actúan como estabilizadores dinámicos, con el fin de evitar posteriores lesiones.
TF-PT-07	Lumbalgia Aguda	Mejorar las condiciones fisiocinéticas de la columna, en busca de un control adecuado del corsé	Lograr la máxima funcionalidad del paciente en sus actividades de la vida

		fisiológico para prevenir lesiones reincidentes o crónicas.	diaria, teniendo en cuenta que es la segunda causa de incapacidad laboral.
TF-PT-08	Ligamento Cruzado posterior	Realizar una acertada valoración y enfoque terapéutico de la articulación de la rodilla, teniendo en cuenta que la lesión del ligamento cruzado posterior por lo general se debe a lesiones deportivas, sin descartar otras de origen traumático.	Lograr la máxima funcionalidad posible de la articulación de la rodilla mediante el aumento en la estabilidad de la misma.
TF-PT-09	Bankart Luxación de Hombro	Realizar una valoración y un tratamiento terapéutico acertados del complejo articular del hombro, teniendo en cuenta que la articulación glenohumeral es poco estable, haciendo que la luxación anterior del hombro sea muy frecuente.	Lograr la máxima estabilidad posible de la articulación del hombro mediante la potenciación muscular, los cuales actúan como estabilizadores dinámicos de la articulación, reduciendo al mínimo el riesgo de sufrir nuevos episodios de inestabilidad.
TF-PT-10	Túnel Carpiano	Recuperar la mayor funcionalidad de la mano, por medio de métodos y técnicas que restablezcan la capacidad sensitiva y motora con el fin de integrar al paciente en las actividades de la vida diaria.	Recobrar la función global de la mano en el menor tiempo posible con el fin de reintegrar al paciente a sus labores habituales
TF-PT-11	Retraso Desarrollo Motor	Favorecer el desarrollo máximo del potencial de cada niño, logrando que sea tan independiente como sea posible, facilitando la integración del niño con desorden neurológico en la familia, la escuela y la sociedad.	Estimular las etapas del desarrollo motor.
TF-PT-12	Tendones Flexores de la	Recuperar la funcionalidad	Recobrar la función

	Mano (MÉTODO DURÀN)	de la mano, en aras de restablecer su capacidad sensitiva y motora con el fin de integrar al paciente en las actividades laborales y de la vida diaria.	global de la mano en el menor tiempo posible con el fin de reintegrar al paciente a sus labores habituales.
TR-PT-01	Terapia Respiratoria	Realizar diversas prácticas y métodos, en conjunto con medicamentos, a pacientes con patologías respiratorias (agudas o crónicas), cardiovasculares, neuromusculares, anomalías de la caja torácica (agudas o crónicas).	Fortalecer el sistema respiratorio y por ende, mejorar la calidad de vida de los pacientes.
TR-PT-02	Terapia Respiratoria Traqueotomía	Mejorar la sintomatología y enlentecer la progresión de la enfermedad, consiguiendo la máxima capacidad respiratoria del paciente y/o prevenir y tratar las posibles complicaciones pulmonares. Mejorar la sintomatología y enlentecer la progresión de la enfermedad, consiguiendo la máxima capacidad respiratoria del paciente y/o prevenir y tratar las posibles complicaciones pulmonares.	<p>AEROSOLTERAPIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proveer de humidificación de la vía respiratoria. - Hacer efecto de bronco dilatador <p>TECNICAS DE HIGIENE BRONQUIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movilizar las secreciones. - Facilitar expulsión de secreciones. - Facilitar las posiciones de higiene bronquial para drenar segmento posterior del lóbulo superior, segmento anterior del lóbulo superior, lóbulo medio derecho e izquierdo. <p>ASPIRACIÓN DE SECRECIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extraer las secreciones que han ascendido al árbol bronquial y cánula de traqueotomía

			<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar permeabilidad de la vía respiratoria - Prevenir complicaciones por el acumulo de secreciones
--	--	--	---

Tabla 6. Tabla de Documentos Unidad de Fisioterapia

Para el desarrollo de la evaluación inicial la Unidad de Terapia Física cuenta con una serie de formatos ya establecidos acordes con la patología de base del usuario

- UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL:

CÓDIGO	NOMBRE	OBJETIVO	ALCANCE
TO-PT-01	Documento general	Realizar una intervención individual y/o grupal a niños, jóvenes y adulto mayor de la comunidad que soliciten los servicios y que presenten alteraciones cognitivas, educativas, psicosociales, y de disfunción física; teniendo en cuenta la evaluación, diagnóstico y tratamiento de terapia ocupacional proporcionándoles mejor calidad de vida y bienestar ocupacional.	<p>Por medio de esta Unidad facilitamos a niños, jóvenes y adultos a solucionar dificultades que les impiden el desempeño ocupacional. Este servicio contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas y brinda apoyo en la satisfacción de actividades de la vida diaria, educativa, comunicativas y en distintas situaciones que la vida cotidiana exige realizar dentro del contexto social.</p> <p>Estos comportamientos de los cuales se habla, dependen de intrincadas funciones cerebrales, motoras y de pensamiento.</p>
TO-PT-02	Alteraciones del Aprendizaje	Proporcionar las respectivas estrategias terapéuticas que incrementen el desarrollo	Alcanzar el mayor grado de independencia y funcionalidad ante la

		funcional de sus habilidades tanto motoras como cognitivas.	ejecución de sus A.B.C., actividades escolares y componentes ocupacionales (áreas del desempeño ocupacional, juego, trabajo, ocio y esparcimiento).
TO-PT-03	Trastornos del Desarrollo de la Lectura	Proporcionar las respectivas estrategias terapéuticas que incrementen el desarrollo funcional de sus habilidades de lectura.	Alcanzar el mayor grado de independencia y funcionalidad ante la ejecución de la lectura comprensiva como medio de comunicación que permita fortalecer los componentes ocupacionales.
TO-PT-04	Artritis	Mantener y/o incrementar tanto la movilidad articular, como la fuerza, la resistencia y la habilidad, prevenir y/o corregir deformidades y revisar un programa de protección articular, esenciales para mantener funcionalidad y evitar mayor deformidad articular.	Mantener el mayor grado de independencia y funcionalidad ante la ejecución de las A.B.C. y componentes de desempeño.
TO-PT-05	Autismo	Generar un medio de comunicación que nos permita la conexión terapeuta – paciente, con el fin de desarrollar sus capacidades en función e independencia, tomando como base las necesidades individuales y de la familia.	Alcanzar el mayor grado de independencia en las AVDB y funcionalidad ante la ejecución de sus Actividades y componentes ocupacionales.
TO-PT-06	Disarmonía Intelectual	Proporcionar las respectivas estrategias terapéuticas que incrementen el desarrollo funcional de sus habilidades.	Alcanzar el mayor grado de independencia y funcionalidad ante la ejecución de sus A.B.C. y componentes

			ocupacionales.
TO-PT-07	Accidente Cerebrovascular	Lograr una adecuado grado de movilidad e independencia del paciente en su entorno	Alcanzar el mayor grado de independencia y funcionalidad ante la ejecución de sus A.B.C. y componentes ocupacionales
TO-PT-08	Parálisis cerebral	Promover la adaptación y prevenir las complicaciones secundarias que ocurrirán dentro del desarrollo por medio de la participación con propósito en actividades significativas y naturales.	Alcanzar el mayor grado de independencia y funcionalidad ante la ejecución de sus A.B.C. y componentes ocupacionales.
TO-PT-09	Trauma craneoencefálico	Ofrecer al paciente estrategias de intervención terapéutica, que faciliten su capacidad funcional.	Alcanzar el mayor grado de independencia y funcionalidad ante la ejecución de sus A.B.C. y componentes ocupacionales
TO-PT-10	Retraso del Desarrollo Motor	Brindar estrategias de intervención que apoyen, capaciten y faculten la creación de un clima familiar conducente a prevenir o minimizar los retrasos del desarrollo y promuevan un crecimiento y desarrollo armónico	Alcanzar el mayor grado de independencia y funcionalidad ante la ejecución de sus A.B.C. y componentes ocupacionales.
TO-PT-11	Alteraciones en DBA	Brindar estrategias de intervención que apoyen, capaciten y faculten la creación de un clima familiar conducente a prevenir o minimizar los retrasos del desarrollo y promuevan un crecimiento y desarrollo armónico	Alcanzar el mayor grado de independencia y funcionalidad ante la ejecución de sus A.B.C. y componentes ocupacionales.
TO-PT-12	Retardo Mental	Promover el desarrollo de las áreas de desempeño,	Asistir al usuario, a la familia y otras

		destrezas específicas de comportamientos ocupacionales; logrando la compensación para discapacidades y prevención de otros trastornos.	personas encargadas del paciente con R.M., promover el desarrollo de los fundamentos de la autonomía personal y destrezas académicas para desarrollar cuidados de sí mismo, actividades del hogar y destrezas pre-vocacionales.
TO-PT-13	Síndrome de Down	Brindar estrategias de intervención que apoyen, capaciten y faculten la creación de un clima familiar conducente a prevenir o minimizar los retrasos del desarrollo y promuevan un crecimiento y desarrollo armónico.	Identificación de las necesidades familiares, y sus potencialidades, incrementar el desarrollo infantil y minimizar los retrasos o discapacidades, reducir la necesidad de educación especial y servicios relacionados, crear estrategia para la planificación del tratamiento.
TO-PT-14	TDHA	Proporcionar las respectivas estrategias terapéuticas que incrementen el desarrollo funcional de sus habilidades.	Promover acciones de secuencia de tiempo dentro del contexto de un rol, mejorar la habilidad y competencia en las áreas de déficit, incrementos de niveles atencionales (Entre otros).
TO-F-01	Evaluación Inicial	Evaluar al usuario según criterios establecidos	Determinar las falencias del usuario y con base en éstas desarrollar plan de tratamiento

Tabla 7. Tabla de Documentos Unidad de Terapia Ocupacional

- UNIDAD DE FONOAUDILOGÍA:

CÓDIGO	NOMBRE	OBJETIVO	ALCANCE
FO-PT-01	Servicio de fonoaudiología	Realizar intervención individual y/o grupal a jóvenes y niños de la comunidad, que soliciten los servicios y que presenten alteraciones en el lenguaje, el habla y la audición, teniendo en cuenta la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento fonoaudiológico proporcionándoles mejor calidad de vida y bienestar comunicativo.	Por medio de esta Unidad facilitamos a niños, jóvenes y adultos a solucionar dificultades que les impiden comunicarse con eficiencia. Este servicio contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas y brinda apoyo en la satisfacción de necesidades comunicativas y en distintas situaciones que la vida cotidiana exige realizar dentro del contexto social. Estos comportamientos de los cuales se habla, dependen de intrincadas funciones cerebrales, motoras y de pensamiento.
FO-PT-02	Alteraciones en Habilidades Comunicativas E.C.V	Rehabilitar las habilidades comunicativas del lenguaje; por medio de actividades terapéuticas con el fin de asistir al paciente en la recuperación y adaptación a los efectos del E.C.V.	La evolución del tratamiento dependerá de la edad del paciente; tipo y grado de lesión; motivación; continuidad y secuencia del tratamiento. El tratamiento puede iniciarse desde el primer periodo del lenguaje, reconocimiento y nominación de los objetos hasta la elaboración de frases

			(simples y/o complejas, de acuerdo a su gramaticalidad). Paralelamente se trabaja estimulando o rehabilitando el código lecto-escrito y comprensivo.
FO-PT-03	Intervención Dislalia	Disminuir las falencias en la articulación del habla en la población infantil que recibe tratamiento en LOGROS IPS.	El proceso abarca desde la valoración inicial, tratamiento y evolución del niño (a).
FO-PT-04	Intervención Lenguaje Infantil	Desarrollar las habilidades del lenguaje en población infantil que presente alteraciones en su desarrollo.	El proceso abarca desde la valoración inicial, tratamiento de niño(a)s que presenten alteración en los componentes del lenguaje oral.
FO-F-01	Valoración del Lenguaje infantil	Evaluar al usuario según criterios establecidos y determinar las falencias que presenta en su comunicación.	Establecer las falencias que presenta el niño(a) en su comunicación y así determinar el plan de tratamiento adecuado.
FO-F-02	Valoración Función Oral Faringea	Evaluar al usuario según criterios establecidos y determinar alteraciones en las fases de la deglución.	Establecer las falencias que presenta el niño(a) en la deglución y así determinar el plan de tratamiento adecuado.
FO-F-03	Valoración Voz	Evaluar al usuario según criterios establecidos.	Determinar el plan de tratamiento acorde con el tipo de alteración de la voz.
FO-F-04	Valoración Lenguaje Adulto	Evaluar al usuario según criterios establecidos y determinar las falencias en las habilidades del lenguaje	Establecer las falencias que presenta el usuario y orientar el plan de intervención.
FO-F-05	Valoración Audiológica	Evaluar la funcionalidad	Determinar por medio

		de la audición.	de pruebas estandarizadas la funcionalidad de la audición.
FO-F-01	Evaluación Inicial	Evaluar al usuario según criterios establecidos	Determinar las falencias del usuario y con base en éstas desarrollar plan de tratamiento

Tabla 8. Tabla de Documentos Unidad de Fonoaudiología

- UNIDAD DE PSICOLOGÍA:

CÓDIGO	NOMBRE	OBJETIVO	ALCANCE
PS-PT-01	Protocolo General	Mediante la aplicación de técnicas identificaremos las anomalías, los trastornos y cualquier otro comportamiento humano importante para la salud y la enfermedad, con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir en los distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse	Por medio de esta unidad se permite identificar que necesidades existen en todas las áreas del desarrollo del ser, para así ser remitido a la unidad o unidades que realizaran el tratamiento adecuado. Cuando el paciente evaluado, requiere de tratamiento psicológico; esta Unidad aplicará la terapia apropiada para su mejoramiento.
PS-PT-02	Terapia de Pareja	El objetivo de la terapia de pareja es mejorar la convivencia y su comunicación. Mejorando sus habilidades para resolver problemas familiares, ayudando a hacer su relación más estrecha y feliz.	La felicidad en el matrimonio, el crecimiento de la armonía y la satisfacción de las necesidades y deseos de la pareja, de sus hijos, familia, y círculo social.
PS-Pt-03	Intervención Cirugía Bariátrica	Generar un espacio de apoyo a personas con problemas de obesidad, y	Manejo adecuado de la ansiedad, elevada autoestima, hábitos

		posibles pacientes de cirugía bariátrica por medio de terapias psicológicas e interdisciplinarias con el fin mejorar de manera integral los problemas físicos y psicológicos que genera esta situación.	adecuados de alimentación, mejor calidad de vida para el paciente y su entorno familiar, laboral, y social.
PS-PT-04	Terapia Infantil	Conocer las causas y factores que intervienen en el origen, desarrollo y configuración del problema. Identificar los factores de riesgo en su entorno familiar-escolar y social.	Desarrollar la mayor cantidad de habilidades cognitivas, psicomotoras, socio afectivas y de lenguaje en cada uno de los niños (as) y jóvenes.
PS-F-01	Valoración Infantil	Evaluar al usuario según criterios establecidos	Determinar las dificultades que el niño(a) presenta y establecer el plan de tratamiento.
PS-F-02	Valoración Pareja	Evaluar la dinámica de pareja y a los usuarios según criterios establecidos.	Establecer el plan de intervención acorde con las necesidades de la pareja para mejorar su dinámica.
PS-F-03	Valoración Cirugía Bariátrica	Evaluar al usuario bajo criterios establecidos y determinar si su perfil es el adecuado.	Establecer si el perfil del usuario es el adecuado para la realización de cirugía bariátrica e iniciar la intervención

Tabla 9. Tabla de Documentos Unidad de Psicología

- UNIDAD DE NUTRICIÓN:

CÓDIGO	NOMBRE	OBJETIVO	ALCANCE
ND-PT-01	Cirugía Bariátrica	Elaborar una guía de manejo nutricional, práctica, clara y precisa de acuerdo con el tratamiento quirúrgico para la obesidad realizado, facilitando de	El programa desarrollado desde la Unidad de Nutrición y Dietética abarca desde la valoración del paciente candidato a Cirugía

		esta manera el logro de las metas propuestas en cuanto a la disminución de peso y la práctica de adecuados estilos de vida saludables.	Bariátrica hasta su post operatorio, brindado pautas a la familia y al paciente para la adecuada recuperación.
ND-PT-02	Curso Psicoprofilactico	Brindar orientación a la madre gestante en temas como la preparación física, nutricional y psicológica para el parto, con el propósito es enseñar técnicas que reduzcan la tensión, el dolor, el estrés, el temor al parto; además brindarle la información sobre el proceso gestacional y temas de interés del antes y después del embarazo.	Se busca a través de la intervención del equipo Multidisciplinario la rehabilitación integral de pacientes en estado de embarazo, con el fin de generar una mejor respuesta al manejo de su situación a nivel físico y psicológico.
ND-F-01	Formato Cirugía Bariátrica	Establecer los formatos de evaluación e intervención para el usuario	Determinar el plan de tratamiento de rehabilitación a pacientes de cirugía Bariátrica

Tabla 10. Tabla de Documentos Unidad de Nutrición

En el Anexo 3 se encuentra un ejemplo de un protocolo de atención por unidad.

5.1.5 Implementación

Para la realización del Sistema de Gestión de la Calidad, en cualquier empresa, es necesaria la participación activa de cada una de las personas que laboran en ésta; es por esto que es de vital importancia realizar diferentes jornadas de sensibilización y capacitación, en todo el proceso de implementación, orientadas al conocimiento de los conceptos generales sobre el sistema, los procesos que se llevaran a cabo, su rol y responsabilidades dentro del SGC.

Teniendo en cuenta lo anterior LOGROS IPS desarrolló, durante la implementación del SGC, una serie de capacitaciones dirigidas al grupo de profesionales y al personal en general sobre los diferentes procesos institucionales, con el fin dar a conocer las directrices del sistema y de esta manera lograr la implementación satisfactoria. Dentro del proceso de gestión asistencial se desarrollaron las siguientes actividades que se describen a continuación:

5.1.5.1 Capacitación

La primera actividad de socialización realizada en LOGROS IPS fue la relacionada con la presentación del plan de trabajo a desarrollar en la implementación del SGC la cual fue dirigida a todo el personal que labora en la institución con el objetivo de incentivar la participación de todas las áreas, promover la adherencia en cada una de las etapas del sistema. A esta actividad asistieron veinte (20) participantes. Ver Anexo 4 Acta de reunión (No. 01)

Otra de las actividades que se llevó a cabo en esta etapa fue la socialización de las generalidades y conceptos básicos del sistema de Gestión de Calidad liderada por el proceso de gestión estratégica con el personal que labora en las dos sedes de LOGROS IPS, se enfatizó en la importancia que tiene para las instituciones de salud llevar a cabo procesos basados en la mejora continua y la satisfacción del cliente, así como la evaluación frente a los requisitos exigidos por la normatividad vigente lo cual permite ser competitivos frente a otras instituciones que ofrecen servicios en el área de rehabilitación; dicha actividad contó con la participación de veintitrés (23) personas de todas las áreas. Como evidencia de esta actividad se adjunta la Figura No 13. Ver Anexo 4 Acta de reunión (No. 02)



Figura 13 Socialización generalidades SGC

Otra capacitación que se llevó a cabo, fue la relacionada con la elaboración de la política de calidad, misión, visión en la cual los participantes de todas las áreas; asistenciales y administrativas expresaron sus aportes frente al tema contribuyendo de esta forma a la estructuración de la política de calidad con la cual cuenta LOGROS IPS en la actualidad. Ver Anexo 4 Acta de reunión (No. 04)

La siguiente capacitación que se realizó fue la relacionada con la identificación del producto no conforme, acciones preventivas y correctivas, en la que participaron todos los funcionarios de la institución y en la cual se dieron pautas para el manejo de los instrumentos y registros

que se deben tener en cuenta en el momento de evidenciar una falla en la prestación del servicio. Ver Anexo 4 Acta de reunión (No. 06)

5.1.5.1 Instrucción de diligenciamiento de los registros

Para dar cumplimiento a los objetivos del proyecto se desarrolló en la etapa de implementación la sub – etapa de instrucción del diligenciamiento de los registros, que tuvo como fin principal, la socialización de los documentos y registros elaborados en el proceso de gestión asistencial al grupo de personas que se ven implicados en su desarrollo, como el líder del proceso, las auxiliares administrativas y el grupo de profesionales que hacen parte del recurso humano de la institución, con el fin de transmitir la información necesaria para la adecuada realización de las tareas específicas del proceso y al Sistema de Gestión de la Calidad en LOGROS IPS.

Para la adecuada implementación y desarrollo del proceso de gestión asistencial se diseñaron y socializaron una serie de procedimientos y formatos relacionados con la atención terapéutica a los usuarios, así mismo los requeridos para el manejo de las historias clínicas, ingreso del usuario y la atención domiciliaria. En total se realizaron cuatro actividades donde se socializaron los documentos del proceso de gestión asistencial; en éstas se logró interactuar con los participantes, lo que permitió la retroalimentación del proceso y el compromiso por parte del recurso humano en su implementación.

Teniendo en cuenta que el proceso de gestión asistencial es el proceso misional de Logros IPS y partiendo del diagnóstico inicial del proceso se vio la necesidad de capacitar al personal terapéutico en la elaboración y puesta en práctica de los protocolos de intervención de las diferentes patologías manejadas en cada una de las unidades funcionales, estándar contemplado en la Resolución 1043 de 2.006, para esto se llevo a cabo una serie de reuniones donde se dieron las directrices para la elaboración de dichos documentos teniendo en cuenta que la institución contaba con una serie de programas que no cumplían con los requisitos necesarios para ser considerados como protocolos.

Una vez unificados los formatos para la elaboración de los protocolos de atención, se procedió a su diligenciamiento, revisión, socialización y aprobación para su implementación por parte del líder del proceso y del líder de calidad.



Figura 14 Socialización protocolos de fisioterapia

De igual forma para dar cumplimiento a los requisitos establecidos por la norma y los reglamentarios del sistema de salud se elaboraron y socializaron documentos relacionados con el manejo de las historias clínicas según lo establecido en la Resolución 1995 de 1.999, dicha socialización se realizó tanto para el grupo de profesionales como para las auxiliares administrativas al depender de éstas su cumplimiento.

En la siguiente tabla y figura se relacionan las actividades llevadas a cabo dentro del proceso de gestión asistencial. Ver Anexo No 4. Acta de reunión (No.12 – 13 – 15 - 18)

ACTA No	TEMA	NUMERO DE PARTICIPANTES
12	Socialización de los protocolos de atención	13
13	Socialización procedimiento atención domiciliaria y revisión de los protocolos de atención	12
15	Socialización de procedimientos asistenciales	21
18	Socialización de los protocolos de intervención	9

Tabla 11 Relación actividades de capacitación

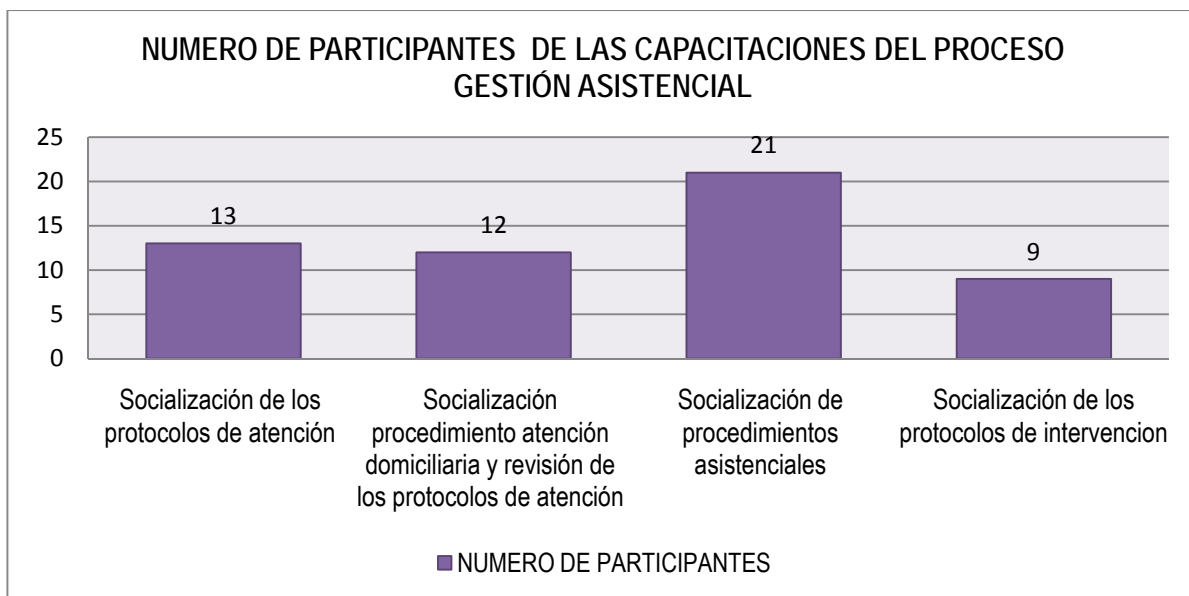


Figura 15 Relación actividades de capacitación

A continuación se realiza una descripción de las actividades desarrolladas para lograr la implementación de los documentos del proceso:

CÓDIGO	NOMBRE	OBJETIVO	ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN
GA-G-01	Caracterización del Proceso	Descripción del proceso	El documento donde se describe la caracterización del proceso fue socializado con el líder de éste, se clarificaron las entradas, las salidas y las actividades correspondientes al ciclo PHVA
GA-G-02	Guía de historias clínicas.	Diseñar la guía de historias clínicas acorde con la resolución 1995 de 1.999	En esta guía se realiza una descripción de los requisitos contenidos en la Resolución 1995 de 1.999 para el diligenciamiento y control de las historias clínicas. El personal involucrado para el cumplimiento de dicho documento son las Auxiliares Administrativas y el grupo de profesionales

			<p>quienes recibieron capacitación por parte del líder del proceso y el líder de calidad. Para verificar su cumplimiento se han desarrollado revisiones periódicas encontrando dificultad en el tiempo de diligenciamiento de las historias por parte del equipo terapéutico y en el registro de control de entrega de las historias por parte de las auxiliares (estos hallazgos se detallan en la etapa de evaluación).</p>
GA-PR-01	Procedimiento de ingreso del usuario	Establecer el procedimiento para la recepción del usuario	<p>Este documento se encuentra dirigido a las auxiliares de cada una de las sedes quienes recibieron capacitación en la asignación de citas en lo referente la verificación de las autorizaciones, diligenciamiento de los datos de identificación del usuario, el registro de firmas y ubicación del usuario en el respectivo consultorio.</p>
GA-PR-02	Procedimiento de Atención Domiciliaria	Establecer las actividades correspondientes al servicio de atención domiciliaria.	<p>Para el cumplimiento de este procedimiento se capacitó a la auxiliar de la sede de Cabecera de LOGROS IPS quien es la encargada de asignar el profesional encargado de realizar la atención domiciliaria solicitada por el usuario.</p>

GA-PR-03	Procedimiento de atención de consulta	Mejorar la atención y el servicio a los usuarios de LOGROS IPS.	Esta socialización se realizó en el mes de mayo y se determinó como se llevaría a cabo la atención inicial en el consultorio por parte de los terapeutas.
GA-F-01	Formato general de procedimientos asistenciales	Determinar el formato para la elaboración de los protocolos asistenciales de las diferentes unidades funcionales	Se determinó el formato para el diligenciamiento de los protocolos de las diferentes unidades de atención; se capacitó a los diferentes profesionales en este aspecto. Se realizaron diferentes revisiones donde se encontraron falencias en la formulación de los objetivos y en el alcance, algunos profesionales fueron reacios a las sugerencias planteadas, sin embargo se llegaron a acuerdos para lograr la aprobación y aplicación de los protocolos de atención.

Tabla 12 Implementación De Documentos

Como se relacionó en la etapa de documentación, las diferentes unidades funcionales elaboraron una serie de documentos relacionados con protocolos y formatos de evaluación e intervención específicos al área de trabajo; con respecto a este aspecto y como se mencionó anteriormente, existió dificultad para la entrega, socialización y aprobación de los protocolos porque algunos profesionales no fueron receptivos a las sugerencias dadas por los líderes, retrasando el desarrollo del proceso.

Mejoras Implementadas:

Teniendo en cuenta los estándares de habilitación contemplados en la Resolución 1043 de .2006, y la reglamentación contenida en la Resolución 1995 de 1.999 se implementaron las siguientes acciones:

- Elaboración de la guía para el diligenciamiento de las historias clínicas según la resolución 1995 de 1.999. La institución al momento de realizar el diagnóstico no contaba con este documento que es de obligatorio cumplimiento para las instituciones

prestadoras de servicios de salud, para cumplir con este requisito se procedió a elaborar e implementar dicho documento.

- **Estandarización del formato para la elaboración de los protocolos de intervención.** La institución contaba con una serie de documentos diligenciados por las diferentes unidades de atención para sustentar el trabajo realizado con los usuarios, sin embargo estos se generaban sin seguir un formato unificado, por lo que se diseñó e implemento un único formato para los diferentes protocolos de atención.
- **Ajuste y elaboración de los protocolos de intervención desde las diferentes unidades funcionales.** Una vez unificado el formato para la elaboración de los protocolos de intervención, se procedió a socializar y ajustar los contenidos para ser aprobados y puestos en práctica
- **Elaboración del procedimiento de recepción del usuario y atención domiciliaria.** Se realizó la documentación de estos dos procedimientos que se desarrollaban en la institución y que no contaban con la documentación respectiva; en éstos se establecieron las directrices para la asignación de citas y se termino la ruta a seguir en la atención domiciliaria.
- **Establecimiento de indicadores para el proceso.** Con la realización de la caracterización se determinaron los indicadores del proceso en los que se medirá la oportunidad en la asignación de citas, el diligenciamiento de las historias clínicas y los eventos adversos.

Mejoras Propuestas:

Teniendo en cuenta lo observado durante el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad en LOGROS IPS se sugiere la implementación de un Software para el diligenciamiento de las historias clínicas que facilite el registro oportuno de los seguimientos además del fácil acceso por parte del grupo de profesionales.

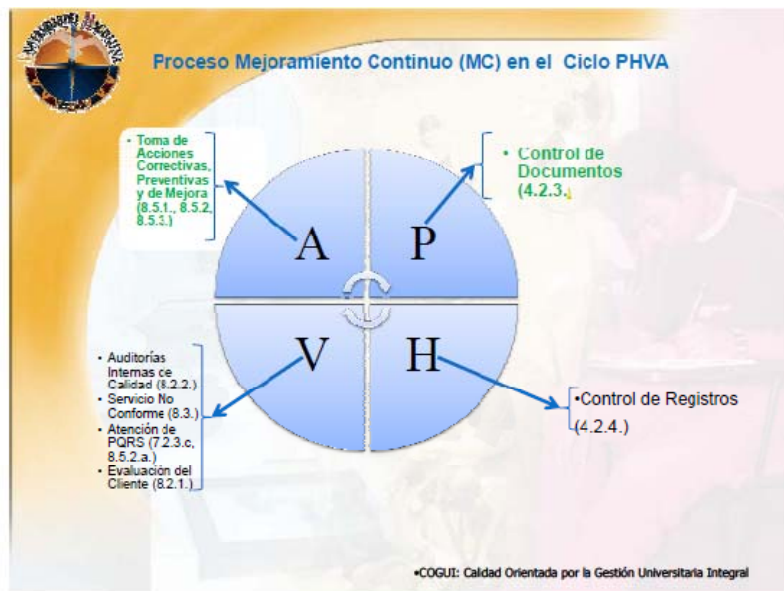
5.1.5.3. Socialización documentos transversales

Además de la socialización de los documentos propios de cada proceso la norma NTC ISO 9001:2008 exige la implementación de los documentos transversales a todos los procesos, los cuales deben ser aplicados en todas las áreas, tanto en la implementación como en el seguimiento durante el proceso de atención; dicha transversalidad se relaciona en cada una de las etapas del ciclo PHVA fortaleciendo el proceso de mejoramiento continuo de la institución. A continuación se describen los documentos transversales que se implementaron en LOGROS IPS:

DOCUMENTO	NUMERAL NORMA NTC ISO 9001:2008	ACCIONES PARA LA IMPLEMENTACION
Control de Documentos	4.2.3.	En la institución se definieron las pautas para la creación de los documentos aplicables a todos los procesos como son: nombre, código, objetivo, alcance, etc., sin embargo se ha presentado dificultad para que el personal acceda a esta información en medio físico.
Control de Registros	4.2.4	Se definieron los parámetros para el diligenciamiento de los formatos de registro aplicables para cada proceso, su almacenamiento, recuperación e identificación.
Auditorías Internas de Calidad	8.2.2	Metodología para llevar a cabo la evaluación de los diferentes procesos con el fin de identificar falencias y plantear acciones de mejoramiento. En LOGROS IPS se diseñó el plan de auditoría interna para todos los procesos la cual se llevo a cabo los días 16 y 17 de junio del 2011.
Servicio No Conforme	8.3	Documento establecido para identificar las fallas potenciales o reales de un proceso asistencial o administrativo.
Procedimiento Acciones Correctivas, preventivas y acciones de mejora.	8.5.2,8.5.3,8.5.1.	Proceso que se realizo en el SGC para identificar y corregir situaciones que afecten la calidad en la prestación del servicio, poder investigar sus causas y definir las respectivas acciones de mejora que se deberán implementar para prevenir su recurrencia o para mejorar el servicio.
Procedimiento de la Comunicación con el Cliente	7.2.3	Los medios que ofrece la institución para que el cliente usuario exprese su precepción frente al servicio recibido.
Satisfacción del Cliente	8.2.1.	Es la medida del desempeño del sistema de gestión de calidad que tiene la organización con respecto a la calidad de la prestación del servicio y las opiniones del usuario. El instrumento utilizado en LOGROS IPS para medir este aspecto fue la encuesta de satisfacción.

Tabla 13 Documentos Transversales

En la siguiente figura se especifica la transversalidad de los documentos aplicables en el SGC:



5

Figura 16 . Documentos transversales - PHV

5.1.5.4 Listado maestro de documentos

Es el instrumento donde se relacionan los documentos exigidos por la norma NTC ISO 9001:2008 que son de obligatorio cumplimiento y que permiten a la institución un adecuado diseño, implementación y control de los mismos.

Ver anexo 5. Listado Maestro de Documentos.

5.1.6 Evaluación

La evaluación es la etapa final del proyecto en esta se desarrollan una serie de actividades que tienen como objetivo verificar el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008, esta etapa cuenta con la realización y el análisis de los resultados de la auditoría interna, y la implementación de planes de mejoramiento

Las actividades desarrolladas en este aspecto son las siguientes:

Para desarrollar una etapa de evaluación eficaz en LOGROS IPS se llevó a cabo las siguientes actividades:

- Desarrollo de las auditorías internas
- Preparación de la información del proceso para la revisión del sistema por parte de la dirección.

⁵ "Cogui": Calidad Orientada por la Gestión Universitaria Integral

- Elaboración e implementación de los planes de mejoramiento producto de las auditorias

5.1.6.1 Desarrollo de la auditoría interna

El desarrollo de una auditoría interna garantiza una evaluación objetiva de la implementación del sistema de gestión de calidad, su sistema de control, resultados y seguimiento de los planes de mejora establecidos, la cual contempló los componentes descritos a continuación:

Objetivo:

- Evaluar la conformidad del SGC con respecto a los criterios establecidos en la norma NTC ISO 9001:2008
- Verificar la eficacia del SGC para lograr los objetivos especificados, incluyendo el cumplimiento de los requisitos de la norma, del cliente, legales y reglamentarios del servicio.
- Revisar el cumplimiento de los objetivos y requisitos establecidos en los procesos del SGC.
- Identificar mejoramientos potenciales en el SGC.

Alcance:

Aplica a todos los procesos del SGC de LOGROS IPS.

Criterios:

- NTC ISO 9001:2008,
- Manual de Calidad y Documentación establecida en los diferentes procesos del SGC.

Requisitos legales como:

- Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043 de 2006)
- Manejo de historias clínicas según (Resolución 1995 de 1999)

Equipo Auditor:

- Auditor líder : Lady Patricia Quintero Velasco
- Auditor Interno: María Clara Langhammer

Proceso a auditar:

- Todos los procesos

Adicional a esto se definió la agenda de la auditoría durante los días que se planteó su desarrollo. Ver anexo 6. Plan de Auditoría Interna.

PROGRAMACIÓN				
Fecha / Sede	Hora	Proceso/Actividad por auditar	Auditado	Auditor
JUEVES 16-06-11 Sede Cañaveral	2:00 – 2:20 p.m.	Reunión de apertura	Líderes de cada proceso	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
	2:20 - 4:00 p.m.	Gestión Asistencial	Líder del Proceso	María Clara Langhammer
VIERNES 17- 06-11 Sede Cabecera	2:00 – 2:20 p.m.	Reunión de apertura	Líderes de cada proceso	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
	2:20 - 4:00 p.m.	Gestión Asistencial	Líder del Proceso	María Clara Langhammer
Observaciones: Se entregara el informe de auditoría con plazo de entrega el día 20 de junio de 2011.				

Tabla 14. Programación auditoría interna

Esta auditoría fue desarrollada por el equipo auditor (Auditor líder: Ing. Lady Patricia Quintero Velasco; coordinador de calidad de la institución) y conto con el acompañamiento de la auditora María Clara Langhammer (Psicóloga) quienes cuentan con formación como auditores de calidad.

Una vez realizada la auditoría interna durante los días determinados, se procedió a realizar el informe de auditoría (Ver anexo 7. Informe de Auditoría), donde se encontraron los siguientes hallazgos para el proceso de gestión asistencial:

PROCESO: ASISTENCIAL				
Descripción del Hallazgo	HALLAZGOS			
	F	AM	O	NC
Según los resultados obtenidos por auditorías del cliente, se evidencia la organización y buen manejo de las historias clínicas, en cuanto a diligenciamiento, firma de consentimiento informado, evolución, entrega de informes y archivo al día, como se establece en el procedimiento de control de HC.	X			
Fortalecer el proceso asistencial, en cuanto al manejo de las historias clínicas que sean evolucionadas al final de la cita, como está establecido en el procedimiento de Control de Historias Clínicas.			X	
Se recomienda organizar los protocolos asistenciales de cada unidad de atención, para que los profesionales tengan fácil acceso a ellos.			X	

Tabla 15. Hallazgos auditoría interna

Resultado de la auditoría interna:

Teniendo en cuenta los hallazgos encontrados en la auditoría interna llevada a cabo en LOGROS IPS, se determina que en el proceso de gestión asistencial no se presentan no conformidades con respecto a la NTC – ISO 9001:2008, sin embargo hay aspectos contemplados en la normatividad nacional que deben ser revisados y puestos en práctica y verificar su cumplimiento; estos aspectos se encuentran relacionados con el manejo de las historias clínicas y su diligenciamiento oportuno.

Sin embargo se observan avances en este aspecto teniendo en cuenta que anteriormente los profesionales no cumplían con el registro oportuno en las historias clínicas, situación que ha mejorado con la implementación del SGC.

Desempeño de proceso y conformidad de producto:

En la siguiente tabla se muestra el resultado de los indicadores del proceso para el periodo comprendido entre enero y junio de 2011

PROCESO	INDICADOR	META	VALOR ALCANZADO	% CUMPLIMIENTO
Gestión Asistencial	Oportunidad en la asignación de citas	95%	95%	100%

Tabla 16. Resultados Indicador oportunidad en la asignación de citas

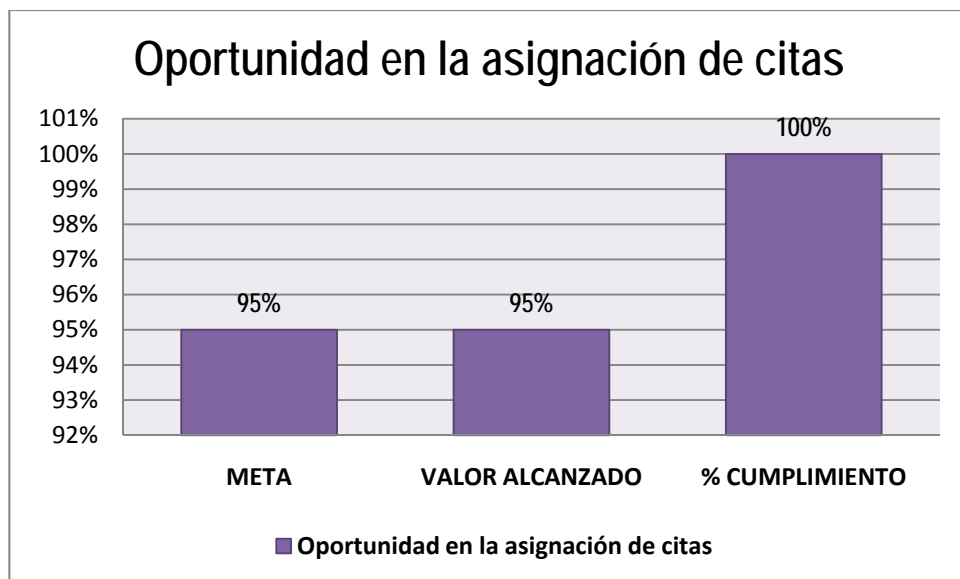


Figura 17. Indicador Oportunidad en la asignación de citas

La meta planteada para este indicador fue cumplida por LOGROS IPS, evidenciándose una adecuada asignación de citas en un tiempo máximo de 24 horas de ser solicitada por el usuario. Es importante mantener esta meta ya que indica una adecuada prestación del servicio reflejada en la satisfacción del cliente.

PROCESO	INDICADOR	META	VALOR ALCANZADO	% CUMPLIMIENTO
Gestión Asistencial	Diligenciamiento de historias clínicas	99%	94%	94.9%

Tabla 17. Resultados Indicador diligenciamiento de historias clínicas

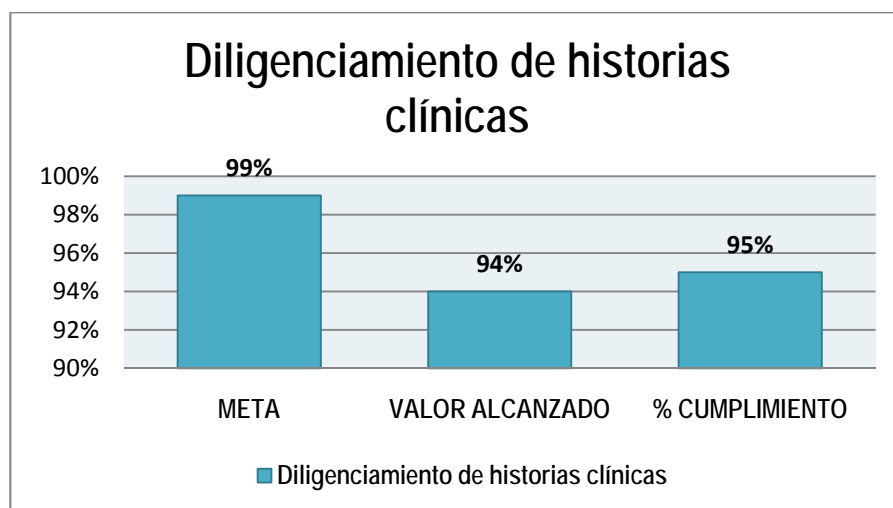


Figura 18 Indicador Diligenciamiento de historias clínicas

No se cumple la meta del indicador planteado, teniendo en cuenta que aun se encuentran historias clínicas que no se evolucionan diariamente, sin embargo esta situación ha mejorado con la implementación del SGC, ya que al inicio el nivel de cumplimiento era inferior. Para lograr el cumplimiento de este indicador se recomienda realizar revisiones semanales o diarias por parte del líder del proceso para verificar su cumplimiento ya que este indicador es obligatorio según la normatividad nacional; igualmente reforzar el conocimiento de la Guía elaborada para el adecuado manejo de las historias clínicas.

PROCESO	INDICADOR	META	VALOR ALCANZADO	% CUMPLIMIENTO
Gestión Asistencial	Eventos adversos	6	2	40%

Tabla 18. Resultados Indicador eventos adversos

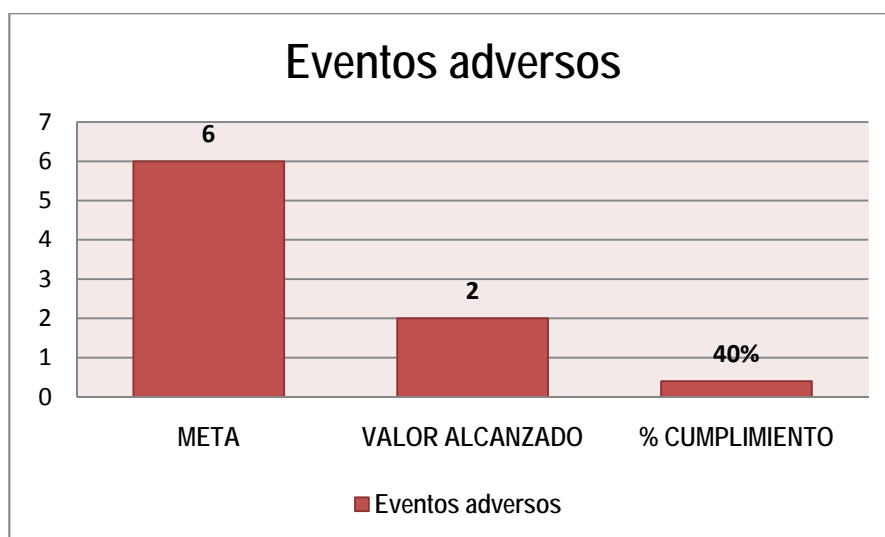


Figura 19 Figura Eventos Adversos

El resultado de este indicador refleja que el porcentaje de eventos adversos registrados en el semestre es inferior al esperado, ya que se había determinado como meta mensual un caso reportado, lo cual puede indicar que no se realizó el registro de los casos encontrados o que el nivel de eventos adversos en la institución es bajo. Se recomienda capacitar al personal sobre el concepto de evento adverso, su registro y reporte para realizar seguimiento a cada uno de estos. El seguimiento a los eventos adversos y el plan de acción fue ejecutado por el proceso de gestión estratégica.

Además de los indicadores específicos del proceso se realizó medición del cumplimiento de los objetivos de calidad, con respecto al proceso de gestión asistencial se alcanzó un 100% de cumplimiento en el objetivo referente a la satisfacción del cliente con la prestación del servicio;

lo que significa que los cambios generados con la implementación del SGC se ven reflejados en la prestación de los servicios.

Conclusiones de la auditoría interna

- Tienen definida la estructura y conformidad del sistema de gestión de calidad bajo los lineamientos de la norma NTC –ISO 9001:2008, en el manejo y definición de sus procesos, se recomienda hacer seguimiento para los procesos de gestión administrativa y recurso humano en los cuales se presentaron No Conformidades.
- Los objetivos y requisitos establecidos en cada caracterización de proceso del SGC, se están cumpliendo y aplicando en las actividades diarias para la prestación del servicio.
- La organización y compromiso del personal en cuanto la aplicación de los documentos y formatos definidos en el proceso asistencial, se evidencia un alto compromiso por lograr la satisfacción de los clientes.
- Se puede visualizar la organización por parte de la recepción en cuanto al manejo de los procedimientos, control y orden en los documentos establecidos en el SGC. Y el compromiso de los profesionales de Fisioterapia para el mantenimiento de la calidad de los registros de las historias clínicas.

6 PLAN DE MEJORAMIENTO

Teniendo en cuenta los hallazgos del proceso de gestión asistencial se plantea el siguiente plan de mejoramiento:

ACCIÓN DE MEJORA	JUSTIFICACIÓN	PROCESO
Accesibilidad en medio físico a los protocolos de intervención de las diferentes unidades funcionales.	Creación de un A-Z donde se encuentren archivados los protocolos correspondientes a cada unidad funcional para que las terapeutas tengan acceso a estos y los puedan consultar cuando lo requieran.	Gestión asistencial
Establecer cronograma de trabajo con el líder del proceso.	Definir con el líder del proceso el cronograma a seguir para realizar seguimiento a las diferentes actividades ya que se requiere de mayor supervisión. Igualmente programar capacitaciones con el grupo de terapeutas para socializar los hallazgos del proceso.	Gestión asistencial

Tabla 19 Acciones de Mejora

7. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROYECTO

A continuación se hace una relación entre los objetivos específicos definidos en este proyecto, y las evidencias de las actividades realizadas en LOGROS IPS y dar cumplimiento de dicho objetivo, que se describieron en el presente documento

No.	OBJETIVO ESPECÍFICO	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO
1	Elaborar un diagnóstico teniendo en cuenta los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008 que permita identificar el estado actual del proceso de gestión asistencial, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para las etapas de documentación e implementación.	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico Inicial ante la Norma NTC ISO 9001:2008 se evidencia en el numeral: 5.1.1 Diagnóstico Inicial. - Para identificar las fortalezas y debilidades y la situación actual de la empresa se desarrollo el análisis evidenciado en el numeral: 5.1.2 Diagnóstico
2	Sensibilizar y capacitar al personal del proceso de gestión asistencial con el fin de fomentar la cultura de calidad que facilite el desarrollo de las etapas que conlleva a la implementación del sistema de gestión de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Se desarrollaron las actividades contempladas en el numeral: 5.1.5.1 Capacitación.
3	Estandarizar el proceso de gestión asistencial estableciendo los documentos y formatos que garanticen el cumplimiento de los requisitos establecido en la norma NTC-ISO 9001:2008 y los requisitos legales aplicables.	<ul style="list-style-type: none"> - Se desarrollaron las actividades contempladas en el numeral: 5.1.4 Documentación.
4	Implementar los documentos definidos en el proceso gestión asistencial con el fin de evidenciar la estandarización y el diligenciamiento adecuado de los registros establecidos.	<ul style="list-style-type: none"> - Se desarrollaron las actividades contempladas en el numeral: 5.1.5.2 Instrucción para el diligenciamiento de los registros
5	Realizar una auditoría interna al proceso de gestión asistencial para evaluar el estado del sistema de gestión de la calidad, e identificar oportunidades de mejora en el proceso.	<ul style="list-style-type: none"> - Se desarrollaron las actividades contempladas en el numeral: 5.1.6 Evaluación.
6	Elaborar e implementar los planes de mejora como resultado de los hallazgos de la auditoría interna con el fin de consolidar y mejorar el sistema establecido.	<ul style="list-style-type: none"> - Se desarrollaron las actividades contempladas en el numeral: 6. Plan de Mejoramiento

Tabla 20. Cumplimiento de Objetivos de Calidad

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos de calidad se establecen las siguientes conclusiones:

- Con respecto al Proceso de Gestión Asistencial se puede concluir que inicialmente la institución contaba con una serie de documentos para sustentar su labor, sin embargo éstos no se ajustaban a la normatividad; el diagnóstico permitió identificar las falencias en el proceso e iniciar la implementación del sistema.
- Para lograr el funcionamiento del SGC es necesaria la socialización al personal implicado en el proceso cada uno de los documentos generales. Un factor importante en este aspecto es la receptividad y colaboración del personal hacia esta actividad, para ello es importante el compromiso y los cambios de actitud que se generan con el sistema. Ese aspecto se menciona ya que durante las fases desarrolladas se presentaron dificultades con el personal terapéutico para la entrega oportuna de los protocolos de atención y la receptividad a las sugerencias realizadas para el diseño de los protocolos, lo que incidió en la socialización y puesta en práctica de estos documentos.
- Otro factor importante en la implementación del SGC en LOGROS IPS fue la estandarización de los documentos del proceso de gestión asistencial, con ésta se logró el cumplimiento parcial de los requisitos establecidos en la Resolución 1995 de 1.999 para el adecuado diligenciamiento de las historias clínicas, aspecto débil evidenciado en el diagnóstico inicial. Igualmente la estandarización permitió organizar la atención directa con el usuario en la programación de citas y en la implementación de los protocolos de atención.
- La fase de implementación del sistema es el resultado del diagnóstico, planificación y documentación elaborado para el desarrollo del proceso de gestión asistencial, en esta etapa se requirió de la participación activa y del compromiso del recurso humano, como se evidenció en esta etapa se realizaron una serie de reuniones con el personal implicado en el proceso con el fin lograr la implementación y adherencia al proceso, siendo algunos receptivos al cambio sugerido.
- La auditoría realizada en la institución permitió medir el cumplimiento del proceso de gestión asistencial, los resultados de dicha auditoría arrojaron cero no conformidades en las actividades establecidas, sin embargo se deben reforzar aspectos concernientes al diligenciamiento de las historias clínicas, aspecto que aunque mejoró, continúa presentando falencias.

- El plan de mejoramiento establecido para el proceso de gestión asistencial se orientó a los cambios relacionados con el acceso a los documentos del proceso (protocolos) y al trabajo en equipo de cada uno de los que se ven implicados en su desarrollo, con estas actividades se mejorara el desarrollo de las actividades y por ende del proceso.
- Con el proyecto desarrollado en LOGROS IPS se logró un acercamiento importante a la organización y funcionamiento de los prestadores de servicios de salud, se pudieron observar la importancia de las interrelaciones entre la alta dirección y el recurso humano. Con la implementación del SGC se ve la importancia de la planificación de las diferentes actividades para lograr los objetivos de la institución

Como estudiante de la especialización en administración de servicios de salud comprendí que la implementación del SGC es un trabajo que requiere compromiso por parte de todas las personas implicadas en su implementación, igualmente que el liderazgo es un factor muy importante para lograr el cumplimiento de los diferentes objetivos organizacionales.

- Con el desarrollo de cada una de las etapas definidas en el proyecto se logró establecer cada uno de los procesos institucionales y estandarizarlos, de esta manera la institución determinó y organizó la documentación del proceso.
- Con respecto al proceso de gestión asistencial se logró la organización de los protocolos de intervención de las unidades funcionales y se determinaron los procedimientos de ingreso del usuario y atención domiciliar, igualmente se creó la guía de manejo de las historias clínicas requisitos contemplados en la normatividad nacional para el funcionamiento de las IPS.

RECOMENDACIONES

- Con respecto al proceso asistencial es importante darle continuidad al seguimiento de la aplicación de la guía de manejo de las historias clínicas ya que es el punto débil del proceso, aunque esta situación mejoró con la implementación del documento.
- Teniendo en cuenta las dificultades presentadas en la entrega de los protocolos de atención y la receptividad a las sugerencias aportadas se recomienda crear estrategias desde la gerencia de la institución que motiven el cumplimiento de las tareas.
- Implementar en el mediano plazo el manejo sistematizado de las historias clínicas.
- Teniendo en cuenta los resultados de la primera auditoria del SGC se recomienda dar continuidad a las acciones de mejora con el fin de fortalecer cada uno de los procesos y de esta manera alcanzar la certificación otorgada por el ente calificado.

BIBLIOGRAFÍA

HACIA UNA CALIDAD MÁS ROBUSTA CON ISO 9000:2000. Editorial Panorama. México D.F. 2001. Página 19. Párrafo 2.

NORMA ISO 9000:2000. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. FUNDAMENTOS Y VOCABULARIO.

MEMORIAS. DIPLOMADO EN GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2000.

GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD. Editorial Panamericana.

ANEXOS

Anexo 1. Diagnóstico Inicial ISO 9001 LOGROS IPS

DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD													
PROCESO	Num	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	CRITERIOS						PUNTAJE (%) ACUMULADO			JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN	
			NA	ANC	Estado del requisito					Avance	Subcapítulo		Capítulo
					PDD	PDC	PII	AMC	AIE				
	4	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD										7%	
GESTIÓN ESTRATÉGICA	4.1.	Requisitos Generales										10%	
		La empresa tiene establecido, documentado, implementado y mantenido un S.G.C., y mejora continuamente su eficacia con base en los requerimientos de la NTC-ISO 9001:2008.	X									0%	
		La empresa identifica los procesos necesarios para el S.G.C., y su aplicación a través de la organización.				25%						25%	
		La empresa determina la secuencia e interacción de los procesos.				25%						25%	
		La empresa determina los criterios y métodos necesarios para asegurarse que tanto la operación como el control de los procesos son eficaces.			10%							10%	
		La empresa asegura la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y seguimiento de los procesos.				25%						25%	
		La empresa realiza seguimiento, medición y análisis de los procesos.	X									0%	
		La empresa implementa acciones para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos.			10%							10%	
		La empresa gestiona los procesos de acuerdo con los requisitos de la NTC-ISO 9001:2008.	X									0%	
		La empresa controla los procesos contratados externamente.	X									0%	
	La empresa identifica el tipo y grado de control de los procesos contratados externamente dentro del S.G.C.	X									0%		
	4.2.	Requisitos de la Documentación										5%	
GESTIÓN DE CALIDAD	4.2.1.	Generalidades										4%	
		La empresa cuenta con una declaración documentada de una política de calidad y objetivos de calidad.	X									0%	
		La empresa posee un manual de calidad	X									0%	
		La empresa tiene documentados los procedimientos y registros requeridos por la NTC-ISO 9001:2008.	X									0%	
		La empresa posee los documentos necesarios para asegurar la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.			10%							10%	
		La empresa diligencia los registros requeridos por la NTC ISO-9001:2008.			10%							10%	
	4.2.2.	Manual de Calidad										0%	
		La empresa establece y mantiene un manual de calidad que contenga: el alcance del S.G.C., justificación de cualquier exclusión, procedimientos documentados establecidos para el S.G.C., ó referencia a los mismos y la descripción de la interacción entre los procesos del S.G.C.	X									0%	
	4.2.3.	Control de Documentos										10%	
		La empresa controla los documentos requeridos por el S.G.C.			10%							10%	
	La empresa aprueba los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión.			10%							10%		
	La empresa revisa y actualiza los documentos cuando es necesario y los aprueba nuevamente.			10%							10%		
	La empresa se asegura de que sean identificados los cambios y el estado de revisión actual de los documentos.			10%							10%		
	La empresa se asegura de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentren disponibles en los puntos de uso.			10%							10%		
	La empresa se asegura que los documentos permanezcan legibles y fácilmente identificables.			10%							10%		
	La empresa se asegura de que sean identificados los documentos de origen externo y se controla su distribución.			10%							10%		
	La empresa previene el uso no intencionado de documentos obsoletos, y les aplica una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.			10%							10%		
4.2.4.	Control de Registros										3%		
	La empresa establece y mantiene registros para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos de la NTC ISO-9001:2008.	X									0%		
	Los registros existentes permanecen legibles, fácilmente identificables y recuperables.	X									0%		
	La empresa posee un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.			10%							10%		
5	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN										11%		
5.1.	Compromiso de la Dirección										18%		

DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD													
PROCESO	Num	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	CRITERIOS						PUNTAJE (%) ACUMULADO			JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN	
			NA	ANC	Estado del requisito					Avance	Subcapítulo		Capítulo
					PDD	PDC	PIM	AMC	AIE				
GESTIÓN ESTRATÉGICA		La alta dirección proporciona evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del S.G.C., así como con la mejora continua de su eficacia.					45%			45%			
		La alta dirección comunica a la empresa la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios.					45%			45%			
		La alta dirección establece la política de calidad		X						0%			
		La alta dirección se asegura de que se establecen los objetivos de la calidad.		X						0%			
		La alta dirección lleva a cabo las revisiones del S.G.C.					10%			10%			
		La alta dirección se asegura de la disponibilidad de recursos.					10%			10%			
		5.2. Enfoque al Cliente									10%		
		La empresa se asegura de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente.					10%			10%			
		5.3. Política de Calidad									10%		
		La política de calidad es adecuada al propósito de la organización.					10%			10%			
		La política de calidad incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del S.G.C.					10%			10%			
		La política de calidad proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.					10%			10%			
		La política de calidad es comunicada y entendida dentro de la organización.					10%			10%			
		La política de calidad es revisada para su continua adecuación.					10%			10%			
		5.4. Planificación									10%		
		5.4.1. Objetivos de la Calidad									10%		
		La alta dirección se asegura de que los objetivos de calidad, incluyendo aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el servicio, se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la empresa.					10%			10%			
		Los objetivos de calidad son medibles y coherentes con la política de calidad.					10%			10%			
		5.4.2. Planificación del Sistema de Gestión de Calidad									10%		
		La alta dirección se asegura de que la planificación del S.G.C., se realiza con el fin de cumplir con los requisitos citados en 4.1 así como los objetivos de calidad.					10%			10%			
		La alta dirección se asegura de que se mantiene la integridad del S.G.C., cuando se planifican e implementan cambios en ésta.					10%			10%			
		5.5. Responsabilidad, Autoridad y Comunicación									10%		
		5.5.1. Responsabilidad y Autoridad									10%		
		La alta dirección se asegura de que las responsabilidades y autoridades del personal están definidas y son comunicadas dentro de la empresa.					10%			10%			
		5.5.2. Representante de la Dirección									10%		
		La alta dirección ha designado un miembro de la dirección (R.D.) para que actúe en representación del S.G.C.					10%			10%			
		El R.D., se asegura de que se establecen, implementen y mantengan los procesos necesarios para el S.G.C.					10%			10%			
		El R.D., informa a la alta dirección sobre el desempeño del S.G.C., y de cualquier necesidad de mejora.					10%			10%			
		El R.D., se asegura de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la empresa.					10%			10%			
		5.5.3. Comunicación Interna									10%		
	La alta dirección se asegura de que se establezcan los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y que ésta se efectúa considerando la eficacia del S.G.C.					10%			10%				
	5.6. Generalidades									10%			
	5.6.1. Generalidades									10%			
	La alta dirección revisa el S.G.C., de la empresa, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua.					10%			10%				
	La alta dirección incluye en las revisiones la evaluación de oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el S.G.C., incluyendo la política de calidad y los objetivos de calidad.					10%			10%				
	Se mantienen registros de las revisiones por la dirección.					10%			10%				
	5.6.2. Información para la Revisión									10%			
	La alta dirección revisa los resultados de las auditorías					10%			10%				

DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

PROCESO	Num	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	CRITERIOS						PUNTAJE (%) ACUMULADO			JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN	
			NA	ANC	Estado del requisito				Avance	Subcapítulo	Capítulo		
					PDD	PDC	PIM	AMC					AIE
GESTION RECURSO HUMANO Y COMPRAS		La alta dirección revisa las retroalimentaciones del cliente.			10%						10%		
		La alta dirección revisa el desempeño de los procesos y la conformidad del servicio.			10%						10%		
		La alta dirección revisa el estado de las acciones correctivas y preventivas.			10%						10%		
		La alta dirección revisa las acciones de seguimiento de revisiones previas.			10%						10%		
		La alta dirección revisa los cambios que podrían afectar al S.G.C.			10%						10%		
		La alta dirección revisa recomendaciones para la mejora.			10%						10%		
		5.6.3. Resultados de la Revisión									10%		
		La alta dirección toma decisiones y acciones para la mejora de la eficacia del S.G.C., y sus procesos.			10%						10%		
		La alta dirección toma decisiones y acciones para la mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente.			10%						10%		
		La alta dirección toma decisiones y acciones para las necesidades de recursos.			10%						10%		
		6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS											27%
		6.1. Provisión de Recursos											0%
		La empresa determina y proporciona los recursos necesarios para implementar y mantener el S.G.C., y mejorar continuamente su eficacia.		X							0%		
		La empresa determina y proporciona los recursos necesarios para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.		X							0%		
		6.2. Recursos Humanos											16%
		6.2.1. Generalidades											25%
		El personal que realiza trabajos que afectan la calidad del servicio son competentes con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.				25%					25%		
		6.2.2. Competencia, Formación y Toma de Conciencia											10%
		La empresa determina la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan la conformidad con los requisitos del servicio.				25%					25%		
		La empresa proporciona formación o toma otras acciones para satisfacer dichas necesidades.		X							0%		
		La empresa evalúa la eficacia de las acciones tomadas.		X							0%		
		La empresa se asegura de que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de calidad.		X							0%		
		La empresa mantiene los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia.				25%					25%		
		6.3. Infraestructura											45%
		La empresa determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio. La infraestructura incluye edificios, espacio de trabajo y servicios asociados, equipo para los procesos (tanto hardware como software) y servicios de apoyo (tales como transporte, comunicación o sistemas de información).						45%			45%		
		6.4. Ambiente de Trabajo											45%
		La empresa determina y gestiona el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.						45%			45%		
	7. REALIZACIÓN DEL SERVICIO											11%	
	7.1. Planificación de la Prestación del Servicio											21%	
	La empresa planifica y desarrolla los procesos necesarios para la realización del servicio.				25%					25%			
	La planificación para la prestación del servicio es coherente con los requisitos de los otros procesos del S.G.C.		X							0%			
	En la planificación de la prestación del servicio, la empresa determina los objetivos de calidad y los requisitos para el servicio.				25%					25%			
	En la planificación de la prestación del servicio, la empresa determina la necesidad de establecer procesos, documentos y de proporcionar recursos específicos para el servicio.				25%					25%			
	En la planificación de la prestación del servicio, la empresa determina las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, medición, inspección y ensayo/prueba específicas para el servicio así como los criterios para la aceptación del mismo.				25%					25%			

DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

PROCESO	Num	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	CRITERIOS							PUNTAJE (%) ACUMULADO			JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN
			NA	ANC	Estado del requisito				Avance	Subcapítulo	Capítulo		
					PDD	PDC	PIM	AMC				AIE	
GESTIÓN DE CALIDAD		En la planificación de la prestación del servicio, la empresa determina los registros que son necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y prestación del servicio resultante cumplen los requisitos.				25%				25%			
	7.2	Procesos Relacionados con el Cliente								16%			
	7.2.1	Determinación de los Requisitos Relacionados con el Servicio								13%			
		La empresa determina los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma.	x							0%			
		La empresa determina los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o el uso previsto, cuando sea conocido.	x							0%			
		La empresa determina los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el servicio.				25%				25%			
		La organización determina cualquier requisito adicional que considere necesario.				25%				25%			
	7.2.2	Revisión de los Requisitos Relacionados con el Servicio								10%			
		Se revisan los requisitos relacionados con el servicio.			10%					10%			
		Se aseguran de la definición de los requisitos del servicio.			10%					10%			
		Se aseguran de que estén resueltas las diferencias existentes entre los requisitos del contrato ó pedido y los expresados previamente.			10%					10%			
		La empresa tiene la capacidad de cumplir los requisitos definidos.			10%					10%			
		Se mantienen registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma (Ver 4.2.4.)			10%					10%			
		Cuando el cliente no proporciona una declaración documentada de los requisitos, la organización confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación.			10%					10%			
		Cuando se cambian los requisitos del servicio, la organización se asegura de que la documentación pertinente es modificada y de que el personal correspondiente es consciente de los requisitos modificados.			10%					10%			
	7.2.3	Comunicación con el Cliente								25%			
		La empresa determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a la información sobre el servicio.				25%				25%			
		La empresa determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a las consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo las modificaciones.				25%				25%			
		La empresa determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a la retroalimentación del cliente incluyendo sus quejas.				25%				25%			
	7.3	Diseño y Desarrollo								0%			
	7.3.1	Planificación del Diseño y Desarrollo								0%			
		La empresa planifica y controla el diseño y desarrollo del servicio.	x							0%			
		La empresa determina las etapas del diseño y desarrollo.	x							0%			
		La empresa determina la revisión, verificación y validación, apropiadas para cada etapa del diseño y desarrollo.	x							0%			
		La empresa determina las responsabilidades y autoridades para el diseño y desarrollo.	x							0%			
		La empresa gestiona las interfaces entre los diferentes grupos involucrados en el diseño y desarrollo para asegurarse de una comunicación eficaz y una clara asignación de responsabilidades.	x							0%			
		Los resultados de la planificación se actualizan, a medida que progresa el diseño y desarrollo.	x							0%			
7.3.2	Elementos de Entrada para el Diseño y Desarrollo								0%				
	Son determinados los elementos de entrada relacionados con los requisitos del servicio y mantienen registros. Estos elementos incluyen: requisitos funcionales y de desempeño, requisitos legales y reglamentarios aplicables, información proveniente de diseños previos similares y cualquier otro requisito esencial para el diseño y desarrollo.	x							0%				
	Los elementos anteriores se revisan, para verificar su adecuación.	x							0%				
	Los requisitos están completos, sin ambigüedades y no son contradictorios.	x							0%				
7.3.3	Resultados del Diseño y Desarrollo								0%				

DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

PROCESO	Num	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	CRITERIOS							PUNTAJE (%) ACUMULADO			JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN
			NA	ANC	Estado del requisito					Average	Subcapítulo	Capítulo	
					PDD	PDC	PIM	ANC	AIE				
NO APLICA		Los resultados del diseño y desarrollo permiten la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo, y se aprueban antes de su liberación.	X								0%		
		Los resultados del diseño cumplen los requisitos de los elementos de entrada para el diseño y desarrollo.	X								0%		
		Los resultados del diseño proporcionan información apropiada para la compra, producción y prestación del servicio.	X								0%		
		Los resultados del diseño contienen ó hacen referencia a los criterios de aceptación del servicio.	X								0%		
		Los resultados del diseño especifican las características del servicio esenciales para el uso seguro y correcto.	X								0%		
		7.3.4. Revisión del Diseño y Desarrollo									0%		
		Se realizan revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado.	X								0%		
		Se evalúa la capacidad de los resultados de diseño y desarrollo para cumplir los requisitos.	X								0%		
		Se identifica cualquier problema y se proponen las acciones necesarias.	X								0%		
		Se mantienen registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma (Ver 4.2.4.)	X								0%		
		7.3.5. Verificación del Diseño y Desarrollo									0%		
		Se realiza la verificación, de acuerdo con lo planificado para asegurarse de que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo.	X								0%		
		Se mantienen registros de los resultados de la verificación y de cualquier acción que sea necesaria.	X								0%		
		7.3.6. Validación del Diseño y Desarrollo									0%		
		Se realiza validación del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado, para asegurarse de que el servicio resultante es capaz de satisfacer los requisitos para su aplicación especificada ó uso previo.	X								0%		
	La validación se complementa antes de la entrega ó implementación del servicio.	X								0%			
	Se mantienen registros de los resultados de la validación y de cualquier acción que sea necesaria.	X								0%			
	7.3.7. Control de los Cambios del Diseño y Desarrollo									0%			
	Los cambios del diseño y desarrollo se identifican, revisan, verifican y validan según sea apropiado y se aprueban antes de su implementación.	X								0%			
	La revisión de los cambios del diseño y desarrollo incluyen la evaluación del efecto de los cambios en las partes constitutivas y en el servicio ya prestado.	X								0%			
	Se mantienen registros de los resultados de la revisión de los cambios y de cualquier acción que sea necesaria.	X								0%			
	7.4. Compras									0%			
	7.4.1. Proceso de Compras									0%			
	La empresa se asegura de que el producto adquirido cumple con los requisitos de compra especificados.		X							0%			
	La empresa evalúa y selecciona los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización.		X							0%			
	Se establecen los criterios para la selección, evaluación y la re-evaluación de los proveedores.		X							0%			
	Se mantienen los registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria que se derive de las mismas.		X							0%			
	7.4.2. Información de las Compras									0%			
	La información de las compras describen el producto a comprar.									0%			
	La información de las compras describe los requisitos para la aprobación del producto, procedimientos, procesos y equipos.		X							0%			
	La información de las compras incluye requisitos para la calificación del personal.		X							0%			
	La información de las compras incluye requisitos del sistema de gestión de calidad.		X							0%			
	La empresa se asegura de la adecuación de los requisitos de compra especificados antes de comunicárselos al proveedor.									0%			
	7.4.3. Verificación de los Productos Comprados									0%			
	La empresa establece e implementa la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto comprado cumple con los requisitos de compra especificados.									0%			

DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

PROCESO	Num	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	CRITERIOS							PUNTAJE (%) ACUMULADO			JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN	
			NA	ANC	Estado del requisito					Avance	Subcapítulo	Capítulo		
					PDD	PDC	PM	AMC	AIE					
		Si la empresa ó sus clientes desean llevar a cabo la verificación en las instalaciones del proveedor, la empresa establece en la información de compra las disposiciones para la verificación pretendida y el método para la liberación del producto.								0%				
GESTIÓN ASISTENCIAL	7.5. Producción y Prestación del Servicio											10%		
	7.5.1	Control de la Producción y de la Prestación del Servicio											10%	
		La empresa planifica y lleva a cabo la producción y prestación del servicio bajo condiciones controladas.			10%						10%			
		La empresa dispone de información que describa las características del servicio.			10%						10%			
		La empresa dispone de instrucciones de trabajo.			10%						10%			
		La empresa usa el equipo apropiado.			10%						10%			
		La empresa dispone y usa equipos de seguimiento y medición.			10%						10%			
		Las condiciones controladas incluyen, si aplica, la implementación del seguimiento y de la medición.			10%						10%			
		La empresa implementa actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.			10%						10%			
	7.5.2	Validación de los Procesos de la Producción y de la Prestación del Servicio											10%	
		Se validan aquellos procesos de producción y de prestación del servicio donde los productos resultantes no puedan verificarse mediante las actividades de seguimiento ó medición posteriores.			10%						10%			
		Se establecen disposiciones para los procesos de validación, incluyendo, cuando sea aplicable: los criterios definidos para la revisión y aprobación de los procesos, la aprobación de equipos y calificación del personal, el uso de métodos y procedimientos específicos, los requisitos de los registros (Ver 4.2.4.) y la revalidación.			10%						10%			
	7.5.3	Identificación y Trazabilidad											10%	
		Se identifican los servicios por medios adecuados, a través de toda la prestación del servicio.			10%						10%			
		La organización identifica el estado del servicio con respecto a los requisitos de seguimiento y medición.			10%						10%			
		Cuando la trazabilidad es un requisito, se controla y registra la identificación única del servicio.			10%						10%			
	7.5.4	Propiedad del Cliente											10%	
		La empresa cuida los bienes que son propiedad de los clientes, mientras estén bajo el control de la empresa ó estén siendo utilizados por la misma.			10%						10%			
	La empresa identifica, verifica, protege y salvaguarda los bienes que son propiedad del cliente suministrados para su utilización ó incorporación dentro del servicio.			10%						10%				
	La empresa registra y comunica al cliente, cualquier bien que se pierda, deteriore o que de algún otro modo se considere inadecuado para su uso.			10%						10%				
7.5.5	Preservación del Servicio											10%		
	La empresa preserva la conformidad del servicio durante el proceso interno y la entrega al destino previsto. (esta preservación incluye la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección).			10%						10%				
CURSO HUMANO Y COMPRAS	7.6	Control de los equipos de Seguimiento y de Medición											10%	
		La empresa determina el seguimiento y la medición a realizar, y los equipos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del servicio con los requisitos determinados.			10%						10%			
		La organización establece procesos para asegurarse de que el seguimiento y medición pueden realizarse y se realizan de una manera coherente con los requisitos de seguimiento y medición.			10%						10%			
		Cuando es necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición se calibra y verifica a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición nacionales o internacionales. Cuando no existan tales patrones se registra la base utilizada para la calibración o verificación.			10%						10%			
		El equipo de medición se ajusta o reajusta según es necesario.			10%						10%			
		El equipo de medición se identifica para poder determinar el estado de calibración.			10%						10%			
		El equipo de medición se protege contra ajustes que pueden invalidar el resultado de la medición.			10%						10%			

DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

PROCESO	Num	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	CRITERIOS						PUNTAJE (%) ACUMULADO			JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN	
			NA	ANC	Estado del requisito				Avance	Subcapítulo	Capítulo		
					PDD	PDC	PIM	AMC					AIE
GESTION RES		El equipo de medición se protege contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento.			10%					10%			
		La empresa evalúa y registra la validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando se detecta que el equipo no está conforme con los requisitos.			10%					10%			
		La empresa toma las acciones apropiadas sobre el equipo y sobre cualquier servicio afectado.			10%					10%			
		Se mantienen registros de los resultados de la calibración y la verificación.			10%					10%			
		Se confirma la capacidad de los programas informáticos para satisfacer su aplicación prevista cuando éstos se utilicen en las actividades de seguimiento y medición de los requisitos especificados. Se lleva a cabo antes de iniciar su utilización y se confirma de nuevo cuando es necesario.			10%					10%			
	8 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA											4%	
	8.1 Generalidades											0%	
	La empresa planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad del servicio, asegurarse de la conformidad del S.G.C., y mejorar continuamente la eficacia del S.G.C. Esto comprende la determinación de los métodos aplicables, incluyendo las técnicas estadísticas y el alcance de su utilización.		X							0%			
	8.2 Seguimiento y Medición											5%	
	8.2.1 Satisfacción del Cliente											10%	
	La empresa realiza el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización.			10%						10%			
	Se determinan los métodos para obtener y utilizar dicha información.			10%						10%			
	8.2.2 Auditoría Interna											0%	
	La empresa lleva a cabo a intervalos planificados auditorías internas para determinar si el S.G.C., es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la NTC ISO-9001:2008 y con los requisitos del S.G.C. establecidos.		X							0%			
	La empresa lleva a cabo a intervalos planificados auditorías internas para determinar si el S.G.C., se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.		X							0%			
	Se planifica un programa de auditorías tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de auditorías previas.		X							0%			
	Se definen los criterios de auditoría, el alcance de la misma, su frecuencia y metodología.		X							0%			
	La selección de los auditores y la realización de las auditorías aseguran la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría.		X							0%			
	Se define un procedimiento documentado, las responsabilidades y requisitos para la planificación y la realización de auditorías, para informar los resultados y para mantener los registros. (Ver 4.2.4.)		X							0%			
	La dirección responsable del área que está siendo auditada se asegura de que se toman acciones sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas.		X							0%			
	Las actividades de seguimiento incluyen la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación. (Ver 8.5.2)		X							0%			
	8.2.3 Seguimiento y Medición de los Procesos											0%	
	La empresa aplica métodos apropiados para el seguimiento, y cuando aplica, la medición de los procesos del S.G.C.		X							0%			
	Los métodos demuestran la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados.		X							0%			
	Cuando no se alcanzan los resultados planificados, se llevan a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente, para asegurar la conformidad del servicio.		X							0%			
	8.2.4 Seguimiento y Medición del Servicio											10%	
	La empresa mide y hace seguimiento de las características del servicio para verificar que se cumplen los requisitos del mismo. Esto se realiza en las etapas apropiadas del proceso de realización del servicio de acuerdo con las disposiciones planificadas.			10%						10%			
	Se establecen registros que indiquen las personas que autorizan la liberación del servicio al cliente.			10%						10%			

DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

PROCESO	Num	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	CRITERIOS						PUNTAJE (%) ACUMULADO			JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN
			NA	ANC	Estado del requisito				Avance	Subcapítulo	Capítulo	
					PDD	PDC	PIM	AMC				
GESTIÓN DE CALIDAD		Los registros indican las personas que autorizan la liberación del servicio.			10%					10%		
		La liberación del servicio y la prestación del servicio se llevan a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas, (a menos que sean aprobados de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando corresponda por el cliente).			10%					10%		
	8.3.	Control del Servicio No Conforme									10%	
		La empresa se asegura de que el servicio que no sea conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencional.			10%					10%		
		Los controles, responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del servicio no conforme están definidos en un procedimiento documentado.			10%					10%		
		La empresa trata los servicios no conformes mediante una o más de las siguientes maneras: tomando acciones para eliminar la no conformidad detectada; autorizando su uso, liberación o aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y cuando es aplicable, por el cliente; tomando acciones para impedir su uso o aplicación prevista originalmente.			10%					10%		
		Se mantienen registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido.			10%					10%		
		Cuando se corrige un servicio no conforme, se somete a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos.			10%					10%		
		Cuando se detecta un servicio no conforme después de la entrega o cuando ha comenzado su uso, la empresa toma las acciones apropiadas respecto a los efectos, reales o potenciales, de la no conformidad.			10%					10%		
	8.4.	Análisis de Datos									0%	
		La empresa determina, recopila y analiza los datos apropiados para demostrar la idoneidad de la eficacia del S.G.C., y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del S.G.C. Esto incluye los datos generados del resultado del seguimiento y medición y de cualesquiera otras fuentes pertinentes.		X						0%		
		El análisis de datos proporciona información sobre: la satisfacción del cliente, la conformidad con los requisitos del servicio, las características y tendencias de los procesos y de los servicios, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas y sobre los proveedores.		X						0%		
	8.5.	Mejora									7%	
	8.5.1.	Mejora Continua									0%	
		La empresa mejora continuamente la eficacia del S.G.C mediante el uso de la política de calidad, los objetivos de calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.		X						0%		
8.5.2.	Acción Correctiva									10%		
	La empresa toma acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir. Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.			10%					10%			
	Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.			10%					10%			
	Se ha establecido un procedimiento documentado para definir los requisitos para: revisar las no conformidades (incluyendo las quejas de los clientes), determinar las causas de las no conformidades, evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir, determinar e implementar las acciones necesarias, registrar los resultados de las acciones tomadas y revisar las acciones correctivas tomadas.			10%					10%			
8.5.3.	Acción Preventiva									10%		
	La empresa determina acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia.			10%					10%			
	Las acciones preventivas son apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.			10%					10%			

DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

PROCESO	Num	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	CRITERIOS						PUNTAJE (%) ACUMULADO			JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN
			NA	ANC	Estado del requisito				Avance	Subcapítulo	Capítulo	
					PDD	PDC	PIM	AMC				
		Se ha establecido un procedimiento documentado para definir los requisitos para: determinar las no conformidades potenciales y sus causas, evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades, determinar e implementar las acciones necesarias, registrar los resultados de las acciones tomadas y revisar las acciones preventivas tomadas.			10%					10%		

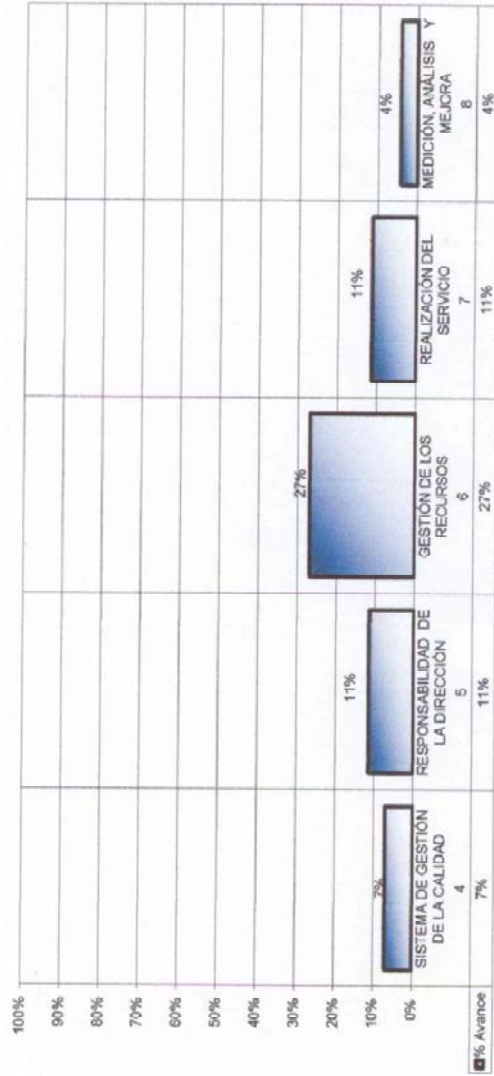
**CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN CUANTITATIVA DE LA HERRAMIENTA
DQ**

Criterio	Descripción	%	%ACUMULADO
NA	No se aplica para la empresa	0%	X
ANC	Aplica pero la empresa no ha cumplido con el requisito exigido por la norma	0%	
PDD	El requisito se encuentra en proceso de diseño y desarrollo	10%	10%
PDC	El requisito se encuentra documentado	15%	25%
PIM	El requisito se encuentra en proceso de implementación	20%	45%
AMC	El requisito se encuentra auditado y en proceso de mejora continua	25%	70%
AIE	El requisito ha sido auditado e implementado efectivamente	30%	100%
TOTAL	<i>Avance del cumplimiento del requisito exigido por la norma, dado por la sumatoria total de los anteriores criterios establecidos.</i>	100%	

A continuación se especifica el nivel de cumplimiento inicial con cada uno de los requisitos establecidos en la NTC ISO 9001:2008.

% de Avance por Números		
# RAL	CAPITULO	% Avance
4	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	7%
5	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	11%
6	GESTIÓN DE LOS RECURSOS	27%
7	REALIZACIÓN DEL SERVICIO	11%
8	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	4%
% Avance del S.G.C. TOTAL		12%

Gráfica N°1. Resultados del Diagnóstico Inicial del S.G.C en LOGROS I.P.S.



Normales de ISO 9001:2008

Anexo 2. Caracterización de gestión asistencial

	GESTIÓN ASISTENCIAL		CÓDIGO: GA-G-01
	CARACTERIZACIÓN DE PROCESO		VERSION: 00
			PAGINA 1 DE 3

PROPOSITO: Prestar servicios de atención de rehabilitación y reabilitación de pacientes, en el área de fisioterapia, fonología, fonología, terapia ocupacional y psicología en condiciones de seguridad, oportunidad, eficiencia y eficacia.

RESPONSABLE: Comité de historias clínicas

PROCESO PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	PROCESO CLIENTES
<p>Locos</p> <p>Procesos internos: unidades de fisioterapia, fonología, fonología, terapia ocupacional.</p> <p>Proceso externos: clientes Ecopetrol, medicina propagada, particulares, proveedores de equipos.</p>	<p>Pacientes remitidos para recibir atención terapéutica.</p> <p>Asignación de citas</p> <p>Orden de Remisión.</p> <p>Documentos de identificación del Paciente e historia clínica</p> <p>Procedimiento de recepción e ingreso del usuario</p> <p>Manual de diligenciamiento y formatos de historias clínicas.</p> <p>Protocolos y guías de manejo específicas por patologías de mayor demanda.</p> <p>Facturación y control de caja</p>	<p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el horario de atención de LOGROS IPS. - Establecer el horario de atención de cada profesional. - Establecer agenda de asignación de citas por unidad funcional. 	<p>Prestación oportuna de los servicios.</p>	<p>Proceso de gestión de calidad.</p>
	<p>H</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el ingreso del usuario. - Implementar el manual para el diligenciamiento, control y uso de las historias clínicas. - Realizar la valoración del paciente. - Aplicar protocolos de atención de cada unidad funcional por patologías 	<p>Informes de evaluación, evolución y planes de tratamiento acordes con las necesidades del cliente</p> <p>Registros de evolución diaria que sustenten las actividades, logros y dificultades obtenidos en cada sesión de intervención</p> <p>Evolución y mejora del paciente de su condición.</p>	
	<p>V</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Control de diligenciamiento de las historias clínicas, a cargo del comité de historias clínicas en un periodo establecido. 	<p>Historia clínica diligenciada en LOGROS IPS</p>	

ELABORO	REVISÓ Y APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	9 de Noviembre del 2011

	GESTIÓN ASISTENCIAL		CODIGO: GA – G – 01
	CARACTERIZACIÓN DE PROCESO		VERSION: 00
			PAGINA 2 DE 3


			<ul style="list-style-type: none"> - Realizar seguimiento a la efectividad del tratamiento. - Verificación del cumplimiento de los indicadores. - Desarrollo de auditorías en el proceso asistencial. 	
Revisión y actualización de protocolos y guías de manejo	A		<ul style="list-style-type: none"> - Acciones correctivas y acciones preventivas como resultado a las actividades de verificación. - Plan de mejoramiento al proceso. 	Satisfacción del diente

#

DOCUMENTOS RELACIONADOS	RECURSOS	PARAMETROS DE CONTROL	REQUISITOS				INDICADORES
			Ley	Organización	Norma	Cliente	
<p>Diligenciamiento de la historia clínica.</p> <p>Exámenes y órdenes médicas.</p> <p>Protocolos y guías de manejo.</p> <p>Listado de registros de evolución diaria.</p> <p>Rups.</p>	<p>Medios tecnológicos: Equipos de última tecnología para la realización de terapia física y respiratoria, material didáctico.</p> <p>Medios logísticos: Instalaciones Locativas y útiles de oficina</p> <p>Talento Humano: fisioterapeutas, fonaudiólogos, terapeutas ocupacionales, psicólogos, conformes con el perfil definido</p>	<p>Seguimiento a la eficacia y eficiencia de los procesos.</p> <p>Verificación de los planes de mejoramiento.</p> <p>Seguimiento a la aplicación de los protocolos y guías de manejo.</p> <p>Mantenimiento y calibración de los equipos empleados para las actividades terapéuticas.</p>	<p>Resolución 1995 de 1999</p> <p>Resolución 1043 de 2006</p>	<p>Parámetros de control</p> <p>Criterios planificados</p>	<p>Norma ISO numerales 6.4, 7.1, 7.5,</p>	<p>Control</p> <p>Orden de atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indicador participación en la asignación de citas - Indicador diligenciamiento de historias clínicas - Indicador eventos adversos

ELABORO	REVISO Y APROBO	FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad	Gerencia	9 de Noviembre del 2.011


Anexo 3. - GA-G-02 Guía de historias clínicas

	GESTION ASISTENCIAL	CODIGO: GA-G-02
	GUIA DE HISTORIAS CLÍNICAS	VERSION: 00 PAGINA 1 DE 8

I

GUÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS

REVISO	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	26 - Enero - 2011


	GESTION ASISTENCIAL	CODIGO: GA-G-02
	GUIA DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 00
		PAGINA 2 DE 8

I

CONTROL DE CAMBIOS

No.	VERSION INICIAL	NATURALEZA DEL CAMBIO	IDENTIFICACION DEL CAMBIO	VERSION FINAL


REVISO	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	26 - Enero - 2011

	GESTION ASISTENCIAL	CODIGO: GA-G-02
	GUIA DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 00 PAGINA 3 DE 8



PROCESO: GESTION ASISTENCIAL
1. INFORMACION GENERAL DEL PROCEDIMIENTO
OBJETIVO: Establecer el procedimiento para la correcta apertura, registro, archivo y manipulación de las historias clínicas en LOGROS IPS de acuerdo con la normatividad vigente Resolución 1995 de 1999.
ALCANCE: En el procedimiento se detalla la apertura, manejo, archivo, registro de los documentos que componen la historia clínica en LOGROS IPS.
CAMPO DE APLICACION: Todas las áreas de aplicación.
RESPONSABLES: Auxiliar Administrativo – Profesionales.
TERMINOS Y DEFINICIONES:
ARCHIVO DE GESTION: Reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos durante el transcurso del año vigente.
ARCHIVO PASIVO: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios atendidos en los años anteriores que finalizaron el tratamiento.
HISTORIA CLINICA: Es el documento privado de tipo técnico, clínico y legal, de obligatorio diligenciamiento y sometido a reserva, en donde se registran los datos del paciente y de manera cronológica las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de terapéutico que interviene en su atención.
CONTENIDO DEL PROCEDIMIENTO:
1. DIRECTIVAS INTERNAS SOBRE LA HISTORIA CLINICA
Historia Clínica: En cumplimiento de la normatividad vigente, en LOGROS IPS se adoptan los formatos establecidos en este protocolo como la HISTORIA CLINICA que se utilizará para la atención de los pacientes por parte de todos y cada uno de los profesionales de la institución.
Obligatoriedad de la apertura de Historia Clínica: A todo paciente atendido por primera vez en LOGROS IPS se le realizará el proceso de apertura de Historia Clínica.
Obligatoriedad del registro: "Los profesionales que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas". Para cada una de las atenciones realizadas a los pacientes debe registrarse en la historia clínica las acciones realizadas, los hallazgos, las observaciones, las recomendaciones y todas las

REVISÓ	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	25 - Enero - 2011

	GESTIÓN ASISTENCIAL	CODIGO: GA-G-02
	GUÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS	VERSION: 00
		PAGINA 4 DE 8

circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios, registrando la fecha y la hora de la atención.

Calidad de los registros en la Historia Clínica: "La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones ni enmendaduras, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma".

Custodia de la Historia Clínica: Todo el personal asistencial y administrativo de la institución relacionado con el manejo y tráfico de la Historia Clínica debe velar por su custodia y conservación.

2. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

En coincidencia con la normatividad vigente, en LOGROS IPS se establece que las características básicas de la Historia Clínica son:

Integralidad: Que consiste en que la historia clínica de un paciente reunirá la información concerniente a los aspectos científicos, técnicos y administrativos de la atención en salud fomento, promoción, prevención específica, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación, considerando al paciente integralmente y en sus relaciones con los ámbitos biológicos, psicológico y social, e interrelaciones con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención.

Racionalidad científica: Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas al paciente de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de sus condiciones de salud, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

3. COMPONENTES DE LA HISTORIA CLÍNICA.

La Historia Clínica de LOGROS I.P.S. se concibe en dos dimensiones prácticas que son:

- El documento de **Apertura de Historia Clínica de Primera Vez**, de donde se registran los datos de identificación del paciente, la anamnesis y la información clínica resultante de la atención de Primera vez.
- La Historia Clínica como el **expediente** que incluye el documento de apertura mencionado arriba y todos

REVISÓ	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	26 - Enero - 2011

	GESTION ASISTENCIAL	CODIGO: GA-G-02
	GUIA DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 00
		PAGINA 5 DE 8

los demás documentos de la Historia Clínica (evaluación, evolución diaria, informe final).

Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

Los datos de los componentes de identificación del usuario y de los registros específicos del documento de **Apertura de Historia Clínica de Primera Vez** de la Historia Clínica de LOGROS I.P.S. son los siguientes:

- Número de Historia Clínica: la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.
- Fecha y Hora de atención.
- Datos de identificación del paciente: apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.
- Causa de consulta y enfermedad actual.
- Antecedentes personales.
- Antecedentes Familiares.
- Formatos de evaluación según el área de intervención (fisioterapia, fonaudiología, terapia ocupacional, psicología, nutrición).
- Consentimiento informado.
- Firma y sello del profesional.
- Firma y cédula del paciente.

Los componentes de la Historia Clínica como **Expediente** son:

- El documento de Apertura de Historia con el Consentimiento Informado firmado descrito antes
- La hoja de Evolución del tratamiento
- Todos los demás documentos y registros clínicos que den soporte al tratamiento (remisiones, rayos x, electroencefalogramas, TACS, etc.)

REVISÓ	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	26 - Enero - 2.011

	GESTION ASISTENCIAL	CODIGO: GA-G-02
	GUIA DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 00
		PAGINA 6 DE 8

4. **FORMATOS DE LA HISTORIA CLINICA.**

La historia clínica está compuesta por tres partes: Identificación del Usuario, Registros de la Atención, Anexos.

Cada uno de los formatos de evaluación mencionados a continuación se anexa al presente documento y forman parte del mismo.

- Historia Clínica (Apertura de Historia Clínica de Primera Vez) y el consentimiento informado
- Evaluación según necesidad del paciente
- Evolución del Tratamiento

5. **INSTRUCTIVOS DE LA HISTORIA CLINICA.**

Cada uno de los formatos descritos en el numeral 6 tiene un instructivo para su diligenciamiento, los cuales se anexan al presente documento y forman parte del mismo.

6. **DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA.**

Para el diligenciamiento de la Historia Clínica el personal administrativo y los profesionales deben conocer los formatos establecidos, y los instructivos correspondientes a dichos formatos. Para tales efectos, en la recepción y existirá una carpeta guía con los formatos en blanco y los instructivos para consulta de los funcionarios correspondientes. El diligenciamiento de la información general de la Historia Clínica y los espacios destinados a la información clínica (desde Causa de Consulta y Enfermedad Actual), solamente deben ser diligenciados por quien realizará el interrogatorio.

7. **USO DE LA HISTORIA CLINICA.**


La Historia Clínica es un documento confidencial sometido a reserva y, portanto, su uso se restringe única y exclusivamente al personal asistencial y, en aspectos restringidos únicamente al traslado, archivo y procesos de actualización y conservación, al personal administrativo no asistencial quien deberá guardar la misma reserva y confidencialidad de la Historia Clínica que el personal asistencial.

Tales procesos administrativos se refieren en general a: archivo ordenado, registro de entradas y salidas del mismo, foliada de hojas, organización en carpetas, marcación de carpetas, distribución a los consultorios y transporte interno.

8. **MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA:**

"Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario". El manejo aquí descrito se relaciona específicamente con el proceso de archivo y movimiento de la Historia Clínica considerada como expediente.

REVISO	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	26 - Enero - 2.011

	GESTION ASISTENCIAL	CODIGO: GA-G-02
	GUIA DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 00
		PAGINA 7 DE 8

- **Archivo de Historias Clínicas.** Los documentos y demás elementos de las Historias clínicas de, serán dispuestas en una carpeta con gancho legajador; dicho fólder será marcado en la portada exterior con el número de la Historia Clínica (Identificación del paciente) y el nombre del paciente (Apellidos y Nombres).

Estas carpetas deben ser organizadas por el personal de auxiliar administrativo de cada sede, deben permanecer en el lugar de recepción asignado donde van a estar las historias clínicas en blanco con su respectiva carpeta, deben permanecer semanalmente 10 carpetas por unidad de atención al iniciar semana.

- **Registro de salida y entrada de Historias Clínicas.** Para el registro de salida y entrada de la Historia Clínica la recepcionista llevará un formato en el cual se diligencia la actividad realizada y se registra el documento correspondiente (CONTROL DE ENTRADA Y SALIDA HISTORIAS CLINICAS) controlado por la recepcionista quien es la encargada de entregar las Historias Clínicas al iniciar la jornada laboral. Este diligenciamiento es obligatorio y las planillas se conservan en un fólder con legajador en el mismo archivador de las Historias Clínicas.
- **Foliación de Historias Clínicas.** Las Historias Clínicas serán foliadas con números consecutivos comenzando por la primera hoja diligenciada y continuando en orden secuencial cronológico con las hojas subsiguientes.
- **Registro General de Historias Clínicas.** Para asegurar y organizar la información básica sobre los pacientes, registrada en la Historia Clínica, la entidad llevará un listado de las Historias Clínicas de los pacientes atendidos que incluirá: **Fecha de atención de primera vez, número de Historia Clínica y apellidos y nombres del paciente.** Esta misma información se transcribirá progresivamente en una base de datos sistematizada (Excel).

9. COMITE DE HISTORIAS CLINICAS

DEFINICIÓN.


Definase el comité de historias clínicas como el conjunto de personas que al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.

Dicho comité debe establecerse formalmente como cuerpo colegiado o mediante asignación de funciones a uno de los comités existentes en la Institución.

PARAGRAFO. El comité debe estar integrado por personal del equipo de salud. De las reuniones, se levantarán actas con copia a la dirección de la Institución.

FUNCIONES DEL COMITE DE HISTORIAS CLINICAS.

REVISOR	APROBADO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	26 - Enero - 2011

	GESTION ASISTENCIAL	CODIGO: GA-G-02
	GUIA DE HISTORIAS CLINICAS	VERSION: 00
		PAGINA 8 DE 8

a) Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.

b) Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.

c) Elevar a la Dirección y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.

d) Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.


DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

- Resolución N° 1995 de 1999,

ANEXOS:

Formatos de evaluación inicial, informes de evolución, registro de evolución diaria.


REVISO	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	26 - Enero - 2011

	GESTION ASISTENCIAL	CODIGO: GA-F-01
	NOMBRE DEL PROTOCOLO	VERSION: 00 PAGINA 1 DE 4

I

NOMBRE DEL PROTOCOLO

ELABORO	REVISO Y APROBO	FECHA DE APROBACION
Fisioterapeutas	Lider del Proceso de Habilitación y Rehabilitación	28 - Febrero - 2011

	GESTION ASISTENCIAL	CODIGO: GA-F-01
	NOMBRE DEL PROTOCOLO	VERSION: 00 PAGINA 2 DE 4

I

CONTROL DE CAMBIOS

No.	VERSION INICIAL	NATURALEZA DEL CAMBIO	IDENTIFICACION DEL CAMBIO	VERSION FINAL

ELABORO	REVISO Y APROBO	FECHA DE APROBACION
Fisioterapeutas	Lider del Proceso de Habilitación y Rehabilitación	28 - Febrero - 2.011

	GESTION ASISTENCIAL	CODIGO: GA-F-01
	NOMBRE DEL PROTOCOLO	VERSION: 00 PAGINA 3 DE 4

PROCESO: GESTIONASISTENCIAL - TERAPIA FISICA

1. INFORMACION GENERAL DEL PROCEDIMIENTO

OBJETIVO:

(Escribir lo que se busca quiere lograr el éxito de esa intervención)

ALCANCE:

(Comprende tanto la evaluación, el diagnostico, tratamiento y evolución del paciente)

CAMPO DE APLICACION:

(Se describe el lugar o lugares donde se aplicaran las directrices del procedimiento.)

RESPONSABLES:

(Señala los cargos de las personas que deben velar por la aplicación y supervisar el cumplimiento del procedimiento.)

TERMINOS Y DEFINICIONES:

(Breve significado de los términos usados en el texto necesarios para un mejor entendimiento del procedimiento por parte de quienes lo utilicen.)

CONTENIDO DEL PROCEDIMIENTO: (debe describir el paso a paso del procedimiento, desde el ingreso (recibir al paciente después de haberse registrado en la recepción), la valoración, el plan de intervención a aplicar bien detallado y la documentación. ejecutar el procedimiento)

Por ejemplo se pueden basar de este encabezado:

Partiendo de la respectiva derivación del paciente al departamento de XXXXXX y llevando a cabo los requerimientos exigidos por LOGROS IPS, según lo establecido en el procedimiento de ingreso del paciente a cargo de la recepción (Anexo: GA-PR-02 PROCEDIMIENTO INGRESO DE USUARIOS), se deben tener en cuenta los siguientes ítems a determinar con el paciente.

- Valoración
- Planificación de tratamiento.

ELABORO	REVISO Y APROBO	FECHA DE APROBACION
Fisioterapeutas	Lider del Proceso de Habilitación y Rehabilitación	28 - Febrero - 2.011

	GESTION ASISTENCIAL	CODIGO: GA-F-01
	NOMBRE DEL PROTOCOLO	VERSION: 00 PAGINA 4 DE 4

<ul style="list-style-type: none"> • Intervención. • Documentación. • Suspensión del tratamiento. <p>➤ PROGRAMA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS:</p> <p>(Y explicar paso a paso según los ítems anteriores y los recursos necesarios para el éxito de la intervención)</p>
<p>DOCUMENTOS DE REFERENCIA:</p> <p>(Se ingresan todos los documentos que hayan sido consultados según bibliografía o se mencionen en el procedimiento como artículos según la Ley).</p>
<p>ANEXOS:</p> <p>(Se ingresan los formatos de los registros, tablas o algún otro material que facilite la comprensión del procedimiento.)</p>

ELABORO	REVISO Y APROBO	FECHA DE APROBACION
Fisioterapeutas	Lider del Proceso de Habilitación y Rehabilitación	28 - Febrero - 2.011

Anexo. 4. Actas de reunión

- Acta de reunión No. 01

Logros	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO: GCA - AC - 01
	ACTAS DE REUNIÓN	VERSIÓN: 00
		PÁGINA 1 DE 2

Fecha: 4 de Noviembre del 2010 Acta No. 01
 Comité Gestión Estratégica
 Hora de Inicio: 6:30 p.m Hora de Finalización: 7:30 p.m
 Lugar: Sede Caraveral

Propósito de la Reunión
-Dar a conocer el nuevo proyecto de implementar del SGC en la Institución.
Temas a Tratar
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de trabajo. • Importancia de implementar un SGC. • Beneficios. • tiempo a dedicar.

Compromisos de esta Reunión			
ITEM	DESCRIPCIÓN Y COMENTARIOS	RESPONSABLE	FECHA
1	-Definir los procesos de la Institución	Lady Quintero	8-11-10
2	Conformar los Comites que se van a aplicar.	M ^a . Clara Langhammer	5-11-10.

FECHA PRÓXIMA REUNIÓN: 9 de Noviembre del 2010.

ELABORO LADY PATRICIA QUINTERO VELASCO	REVISO Y APROBO NOHORA GALINDO	FECHA DE APROBACIÓN 02 - NOVIEMBRE - 2010
---	-----------------------------------	--

No.	NOMBRE	CARGO	SEDE	FIRMA
1	Carlos Ivan Medirre.	FISIOTERAPEUTA	Cabecera	<i>[Firma]</i>
2	ANA CAROLINA ROSAS	FISIOTERAPEUTA	CABECERA	<i>[Firma]</i>
3	Sandra J. Caballero Ojamil	Terapeuta Ocupac.	Cañaveral	<i>[Firma]</i>
4	Lily Carolina Lopez A	FISIOTERAPEUTA	Cañaveral	<i>[Firma]</i>
5	Marelys Dominguez C	Fonoaudióloga	Cañaveral	<i>[Firma]</i>
6	Ingrid Johanna Diaz M.	FISIOTERAPEUTA	Domicilios	<i>[Firma]</i>
7	Lina María Camacho	FISIOTERAPEUTA	Cañaveral	<i>[Firma]</i>
8	Johanna Andrea Herrera M.	FISIOTERAPEUTA	Domicilios	<i>[Firma]</i>
9	Lyla Sabyra Márquez García	FISIOTERAPEUTA	Cabecera	<i>[Firma]</i>
10	Olano Marcelo Gomez Pezo	FISIOTERAPEUTA	Cabecera	<i>[Firma]</i>
11	Heldra Villalobos Riquelme	FISIOTERAPEUTA	Domicilio	<i>[Firma]</i>
12	Dania A. Melendez Duarte	FISIOTERAPEUTA	Domicilio	<i>[Firma]</i>
13	Anaely Arenas Vespiga	FISIOTERAPEUTA	Domicilio	<i>[Firma]</i>
14	J- Nayid Johana Beltrán B	Fonoaudióloga	Cabecera	<i>[Firma]</i>
15	Lady Patricia Quintero Velaz	Facilitadora Calidad	Cañaveral / Cab.	<i>[Firma]</i>
16	Monica Alejandra King	SECRETARIA	Cañaveral	<i>[Firma]</i>
17	Karbeluz Sabera Martinez	SECRETARIA	Cabecera	<i>[Firma]</i>
18	Indira Chaverro Rodriguez	Fonoaudióloga	Cañaveral	<i>[Firma]</i>
19	Natalia Aguilar Sarmiento	T. Organización	Cabecera	<i>[Firma]</i>
20	Martina Boniega Flores	FISIOTERAPEUTA	Cabecera	<i>[Firma]</i>
21				
22				
23				
24				
25				
26				

Elaboró: **LADY PATRICIA QUINTERO** Revisó y Aprobó: **NOHORA GALINDO**
 Firma: _____

• Acta de reunión No. 02

Logros	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO: GCA - AC - 01
	ACTAS DE REUNIÓN	VERSIÓN: 00
		PÁGINA 1 DE 2

Fecha: 9 de Noviembre del 2010 Acta No. 02
 Comité Personal de LOGROS IPS
 Hora de Inicio: 6:00 p.m. Hora de Finalización: 7:00 p.m.
 Lugar: Sede LOGROS IPS Cotacachi

Propósito de la Reunión

Capacitación que es un sistema de Gestión de Calidad

Temas a Tratar

- Capacitación por parte del Ing. HORACIO MALDONADO,
- Conceptos Básicos. (Organización, sistema, Gestión, Calidad, requisito, Satisfacción, proceso, tipos de causas, que es producto,
- Características de Procesos (Gerenciales, Asistencial, Proveedores, Rectificación)

Compromisos de esta Reunión

ITEM	DESCRIPCIÓN Y COMENTARIOS	RESPONSABLE	FECHA
1	Se realizaron ejercicios de definir acciones	Ing. Horacio Maldonado	
	Correctivas, acciones Preventivas y Productos no conformes.	(Asesor Externo)	

FECHA PRÓXIMA REUNIÓN: _____

ELABORO	REVISÓ Y APROBO	FECHA DE APROBACIÓN
LADY PATRICIA QUINTERO VELASCO	NOHORA GALINDO	02 - NOVIEMBRE - 2010

LOGROS

HOJA DE ASISTENCIA

Código:
Versión:
Fecha:

9 Noviembre 2010

Nº	Asistentes: Residencia Arceles - GIZ	NOMBRE	CARGO	SEDE	FIRMA
1	Carlos Juan Medina		FISIOTERAPEUTA	CABECERA.	
2	ANA CAROLINA ROSAS		PSIOTERAPEUTA	CABECERA	
3	Sandra J. Castellano Cifuentes		Terapeuta dep.	Cañaveras	
4	Fury Carolina Lopez A		FISIOTERAPEUTA	Cañaveras	
5	Marelys Dominguez C		fonaudiólogo	Cañaveras	
6	Ingrid Johanna Diaz M.		FISIOTERAPEUTA	Domicilios	
7	Lina María Camacho		FISIOTERAPEUTA	Cañaveras	
8	Johanna Andrea Herrera M.		FISIOTERAPEUTA	Domicilios	
9	Lyla Sabina Márquez García		FISIOTERAPEUTA	Cabecera	
10	Diana Marcela Goña		FISIOTERAPEUTA	Cabecera	
11	Hélder Villalobos Riquelme		PSIOTERAPEUTA	Domicilios	
12	Daniela A. Melander Duarte		PSIOTERAPEUTA	Domicilios	
13	Andrea Arenas Vega		FISIOTERAPEUTA	Domicilios	
14	Ingrid Johana Bethman B		Fonaudióloga	Cabecera	
15	Ana Sofía Castilla B		FISIOTERAPEUTA	Domicilios	
16	Mara Clara Longhammer		Psicóloga	Cab / Cañaveras	
17	Patricia Alejandra Galia		SECRETARIA	Cañaveras	
18	Lady Patricia Quintero Velasco		Facilitadora Calidad	Cab / Cañaveras	
19	Nahera Salgado Meidez		Gerente	Cab / Cañaveras	
20	Maribel Sabara Martínez		Secretaria	Cabecera	
21	Indira Milena Chayering		Fonaudióloga	Cañaveras	
22	Natalia Aguilar Sandoval		T. Organizacional	Cabecera	
23	Martha C. Nunez Flores		FISIOTERAPEUTA	Cabecera.	
24					
25					
26					

Elaboró: LADY PATRICIA QUINTERO

Revisó y Aprobó: NOHORA GARCINO

Firma:

• Acta de reunión No. 04

Logros	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO: GCA - AC - 01
	ACTAS DE REUNIÓN	VERSION: 00
		PÁGINA 1 DE 2

Fecha: 16 de Febrero 2011 Acta No. 04
 Comité Lideres de Procesos
 Hora de Inicio: 6:10 pm Hora de Finalización: 7:40 p.m
 Lugar: Sede Canaveral

Propósito de la Reunión
• Dar a conocer el proceso a cargo, y como se conformaban los comites.
Temas a Tratar
<ul style="list-style-type: none"> - Lideres de Proceso. - Responsabilidades y funciones de los Comites. - Ideas para conformar la Política y objetivos de Calidad.

Compromisos de esta Reunión			
ITEM	DESCRIPCIÓN Y COMENTARIOS	RESPONSABLE	FECHA
1	Entregar Caracterización de Procesos, a los Lideres de Proceso	Lady Quintero	1 de Marzo/11
2.	Llevar Plan de trabajo los Comites.	Comites (Todos)	1 de Marzo/11

FECHA PRÓXIMA REUNIÓN: 1 de Marzo /2011 6:00 pm
 LUGAR: CANECERA.

ELABORO LADY PATRICIA QUINTERO VELASCO	REVISÓ Y APROBO NOHORA GALINDO	FECHA DE APROBACIÓN 02 - NOVIEMBRE - 2.010
---	-----------------------------------	---

① Definición de la Política de Calidad entre Líderes de Proceso

- Buen Servicio - - - - MK
- Atención Oportuna - - - - Carolina
- Calidad Humana - - - - Milena
- Idoneidad en el profesional - - Lyda
- Ofrecer buenas Instalaciones - - Carlos
- Seguimiento en el tratamiento - - Carlos
- Efectividad
- Respeto
- Comunicación efectiva - - M^a Clara
- Responsabilidad

② Definición de Comites

① Comites de Historias Clínicas

- ↳ Responsables: T. F. Nathalia
Fono. Milena y Ingrid.
T. F. Dra. Lina María →
T. F. Diana y Paola Gonzalez,
Silvia Suarez.

② Comite de Compras:

- ↳ Responsables: Monica, Anca y Carolina (T.F.)

③ Comite Científico: T. F. Paula y Yureinis pinto

- ↳ Responsables: T. F. Carlos y Leidy

④ Comite de Calidad:

- ↳ Responsable: M^a Clara, Lida, Lury y Lady.

③ LIDERES DE PROCESOS:

- | | |
|--|------------------------------|
| Gestión Estratégica → Dra. Nohora Galindo | Compras → Marby |
| Gestión Calidad → Ing. Laidy Quintero | Proceso Asistencial → Monica |
| Proceso Habilitación → Dr. Lyda Marquez | Proce. Infraestructura |
| Proceso Recurso Humano → M ^a Clara L. | ↳ Dr. Carolina. |

Logros

GESTIÓN DE CALIDAD

CÓDIGO: GCA - AC - 01

VERSIÓN: 00

PÁGINA 2 DE 2

HOJA DE ASISTENCIA

ASISTENTES REUNIÓN ACTA No. 04

Tema Tratado:

Dar a conocer el proceso a Cargo y como se conformaban los comites.

No.	NOMBRE	CARGO	SEDE	FIRMA
1	Jury Galtrino Lopez Acevedo	FISIOTERAPEUTA	Carriacaval	Jury Lopez Acevedo
2	Lyda Sabina Márquez Garreta	FISIOTERAPEUTA	Cabecera	Lyda Márquez Garreta
3	Paula Andrea Quiroz Espitia	T. Ocupacional	Carriacaval	Paula Quiroz Espitia
4	Natalia Davila Romelina	T. Ocupacional	Carriacaval	Natalia Davila Romelina
5	Zorita Helena Sotelo F.	Fonaudiologa	Carriacaval	Zorita Sotelo F.
6	Carlos Medina	FISIOTERAPEUTA	Cabecera	Carlos Medina
7	Mario Claro Longonome	Psicologa	Cañ/Cab.	Mario Claro
8	Tónica Alexandra Cruz	SECRETARIA	Manoaneral	Tónica Alexandra Cruz
9	YANILSA ROSALES	PROTECTORA	CHACERA	YANILSA ROSALES
10	Daniela Salazar Pacheco	Secretaria	Cabecera	Daniela Salazar Pacheco
11	Luz Myriam APARICIO H	Secretaria	Carriacaval	Luz Myriam Aparicio H
12	Lady Patricia Quintero	Coord. Calidad	Carriacaval	Lady Patricia Quintero
13	Mrs. Alex Varela	Beneficiaria		Mrs. Alex Varela
14				
15				

ELABORÓ
LADY PATRICIA QUINTERO VELASCO

REVISÓ Y APROBÓ
NOHORA GALINDO

FECHA DE APROBACIÓN
02 - NOVIEMBRE - 2010

• Acta de reunión No. 12

Logros	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO: GCA - AC - 01
	ACTAS DE REUNIÓN	VERSIÓN: 00
		PÁGINA 1 DE 2

Fecha: 4 de Abril del 2011 Acta No. 12
 Comité Todos los Comités
 Hora de Inicio: 7:00 p.m Hora de Finalización: 8:00 p.m
 Lugar: Sede LOGROS CAZAVERA

Propósito de la Reunión

Socializar la Misión, Visión, Valores, Política y Objetivos de Calidad establecidos en el SGC.

Temas a Tratar

- Definición de la Política y Objetivos de Calidad.
- Socializar los Protocolos de atención.
- Entrega de folletos de implementación del SGC.
 (Organograma, Mapa de Procesos, Misión, visión, Valores, Política y Objetivos de Calidad y Unidades de atención)

Compromisos de esta Reunión

ITEM	DESCRIPCIÓN Y COMENTARIOS	RESPONSABLE	FECHA
1	En la Unidad de Fonología, adecuar los consultorios para manejo de pérdidas parciales o totales de audición	Fonología	
2	Retroalimentación con los Padres, de hacer seguimiento de usuarios; Gear el espacio para asesorar al usuario sobre el tratamiento a seguir.	Fisioterapia	
3	Perceptual visual, auditiva.	T. Ocupacional	

4. Dividir los protocolos y enviar a Correos. | Coord. Calidad
 FECHA PRÓXIMA REUNIÓN: 11 de Abril / 2011 Sede Cabecera
6:00 p.m

ELABORO	REVISÓ Y APROBO	FECHA DE APROBACIÓN
LADY PATRICIA QUINTERO VELASCO	NOHORA GALINDO	02 - NOVIEMBRE - 2010

ASISTENTES REUNIÓN ACTA No. 12

Tema Tratado: Socializar Misión, Visión, Política y Objetivos de Calidad.

No.	NOMBRE	CARGO	SEDE	FIRMA
1	Monika Parra f.	Secretaria.	Cabecera	[Firma]
2	Zaira Milena Sotelo f.	fonología	cañavera	[Firma]
3	ANA CAROLINA ROJAS	FISIOTERAPIA	CABECEFA	ANA CAROLINA ROJAS
4	SILVIA LILIANA SUAREZ MONSIEVE	FISIOTERAPIA	CABECEFA	[Firma]
5	Al. Cristina Bohórquez Hernández	Fisioterapia	Cabecera	[Firma]
6	Paula González Sarabina	Fisioterapia	Cañavera	[Firma]
7	Paula Andrea Quiroz Espitia	T. Ocupacional	Cañavera	Paula Andrea Quiroz
8	Leidy Suley Mantilla Ardila	Fisioterapia	Cañavera	[Firma]
9	Patricia Quintero Velasco	T. Ocupacional	Cañavera	[Firma]
10	Joy Carolina Lopez Aceas	Fisioterapia	Cañavera	[Firma]
11	Marta Clara Langhammer	Psicóloga	Cañ. Cabecefa	[Firma]
12	Patricia Quintero	S. Generales	Cañavera	[Firma]
13		Coord. Calidad	Cañ. Cabecefa	[Firma]
14			Cañ. Cabecefa	[Firma]
15				

Anexo. 5. Listado maestro de documentos


Logros		GESTIÓN DE CALIDAD							CÓDIGO: GCA - U - 03
		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS							VERSIÓN: 00
									FECHA APROBACIÓN: 25 - ENERO - 2-011
PROCESO	CÓDIGO-IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL DOCUMENTO	VERSION	REVISO - APROBO	FECHA DE APROBACIÓN	UBICACIÓN ESPECÍFICA	TIEMPO DE VIGENCIA	RESPONSABLE FINAL	
Gestión Estratégica	GE-G-01	Caracterización Gestión Estratégica	0,0	Coordinador de Calidad	29 de febrero 2011				
	GE-PR-07	Procedimiento de Revisión por la Dirección	0,0	Coordinador de Calidad	19 de enero 2011				
	GE-PR-08	Procedimiento comercial	0,0	Coordinador de Calidad	25 de febrero del 2011				
	GE-PR-09	Procedimiento de Comunicación con el Cliente	0,0	Gerencia	11 de enero del 2011				
	GE-M-10	Manual de calidad	0,0	Gerencia	29 de febrero 2011				
	GCA-G-03	Caracterización Gestión de la Calidad	0,0	Coordinador de Calidad	11 de febrero 2011				
	GCA-PR-02	Procedimiento Control de Documentos.	0,0	Coordinador de Calidad	11 de enero 2011				
	GCA-PR-05	Procedimiento Control de Registros	0,0	Coordinador de Calidad	11 de enero 2011				
	GCA-IN-07	Instructivo Control de Documentos	0,0	Coordinador de Calidad	19 de enero 2011				
	GCA-G-08	Procedimiento Producto No Conforme	0,0	Coordinador de Calidad	19 de enero 2011				
Gestión de la Calidad	GCA-PR-09	Procedimiento Acciones Correctivas	0,0	Coordinador de Calidad	19 de enero 2011				
	GCA-PR-10	Procedimiento Acciones Preventivas	0,0	Coordinador de Calidad	19 de enero 2011				
	GCA-PR-11	Programa de Auditoría Interna	0,0	Coordinador de Calidad	13 de enero 2011				
	GCA-PR-12	Plan de Auditoría Interna	0,0	Coordinador de Calidad	21 de marzo 2011				
	GAD-G-01	Caracterización Gestor Administrativa	0,0	Gerencia	21 de marzo 2011				
	GAD-PR-01	Procedimiento General de Compras	0,0	Coordinador de Calidad	24 de enero 2011				
	GAD-PR-02	Procedimiento de Selección, Evaluación y Reevaluación de Proveedores	0,0	Coordinador de Calidad	26 de febrero 2011				
	GAD-PR-06	Control de Inventario	0,0	Coordinador de Calidad	26 de febrero 2011				
	GAD-PR-04	Programa de Mantenimiento Preventivo de Equipos	0,0	Psicóloga	25 de Enero 2011				
	B-PR-03	Procedimiento Hoja de Vida de Equipos	0,0	Psicóloga	15 de febrero 2011				
Gestión Administrativa	GC-PR-01	Procedimiento Almacenamiento de Insumos	0,0	Coordinador de Calidad	26 de Enero 2011				
	GAD-M-01	RGH/BI	0,0	Gerencia	26 de Enero 2011				
	GAD-PR-05	Procedimiento Limpieza y Desinfección de Areas	0,0	Coordinador de Calidad	25 de Enero 2011				
	GAD-PR-03	Procedimiento Limpieza y Desinfección Equipos de Terapia Respiratoria	0,0	Coordinador de Calidad	26 de Noviembre 2010				
	GAD-F-04	Hoja de Vida de Proveedores	0,0	Coordinador de Calidad	24 de Enero 2011				
	GAD-F-01	Contratos y Orden de Compra	0,0	Coordinador de Calidad	26 de Marzo 2011				

Gestión Asistencial	GA-G-01	Caracterización Gestión Asistencial	0,0	Gerencia	14 de Enero 2011
	GA-G-02	Guía de Manejo de Historias Clínicas	0,0	Gerencia	16 de Enero 2011
	GA-PA-01	Procedimiento Atención Domiciliaria	0,0	Gerencia	28 de Febrero 2011
	GA-PA-02	Procedimiento de Ingreso del Usuario	0,0	Coordinador de Calidad/ Gerencia	15 de Enero 2011
	GA-PA-03	Procedimiento de atención de consulta	0,0	Coordinador de Calidad/ Gerencia	17 de mayo del 2011
Gestión de Recurso Humano	GH-S-G-01	Caracterización de Recurso Humano	0,0	Gerencia	14 de Enero 2011
	GH-PC-01	Selección de Personal de LOGROS IPS	0,0	Psicóloga	19- Noviembre 2.010
	GH-F-01	Formato de Entrevista LOGROS IPS	0,0	Psicóloga	19- Noviembre 2.010
	GH-M-01	Manual de Pruebas Psicotécnicas LOGROS IPS	0,0	Psicóloga	19- Noviembre 2.010
	GH-PC-02	Indicador y Reindicador del Personal	0,0	Psicóloga	19- Noviembre 2.010
	GH-F-02	Formato de Registro de Inducción y Reinducción	0,0	Psicóloga	19- Noviembre 2.010
	GH-AMF-03	Manual de Funciones y Perfiles LOGROS IPS	0,0	Psicóloga	19- Noviembre 2.010
	GH-PC-04	Proceso de Contratación	0,0	Gerencia	19- Noviembre 2.010
	GH-PP-04	Evaluación de Desempeño y Competencias	0,0	Psicóloga	19- Noviembre 2.010
	GH-F-05	Formato de Evaluación de Desempeño y Competencias	0,0	Psicóloga	16 de Enero 2011

ELABORÓ:
REVISÓ:

COORDINADORA DE CALIDAD
GERENCIA

Anexo. 6. Plan de auditoría interna

	GESTIÓN DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC - PR - 02
	PLAN DE AUDITORIA INTERNA	VERSIÓN: 00
		PÁGINA 1 DE 2

Objetivo				
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la conformidad del SGC con respecto a los criterios establecidos en la norma NTC ISO 9001:2008 • Verificar la eficacia del SGC para lograr los objetivos especificados, incluyendo el cumplimiento de los requisitos de la norma, del cliente, legales y reglamentarios del servicio. • Revisar el cumplimiento de los objetivos y requisitos establecidos en los procesos del SGC. • Identificar mejoramientos potenciales en el SGC. 				
Alcance:				
Aplica a todos los procesos del SGC del Centro de Especialistas LOGROS EU.				
Criterios:				
NTC ISO 9001:2008,				
Manual de Calidad y Documentación establecida en los diferentes procesos del SGC.				
Requisitos legales como:				
<ul style="list-style-type: none"> - Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043 de 2006) - Manejo de historias clínicas según (Resolución 1995 de 1999) 				
Auditor líder:		Auditor interno:		Procesos a auditar:
Lady Patricia Quintero Velasco.		María Clara Langhammer		Todos los procesos.
PROGRAMACIÓN				
Fecha / Sede	Hora	Proceso/Actividad por auditar	Auditado	Auditor
JUEVES 16-06-11 Sede Cañaveral	2:00 – 2:20 p.m.	Reunión de apertura	Líderes de cada proceso	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
	2:20 - 4:00 p.m.	Gestión Asistencial	Auxiliar Administrativa (Proceso asistencial y Historias Clínicas) Y Auditoría de Campo en las Unidades de Servicio.	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
	4:00 – 4:30 p.m.	Gestión Administrativa	Auxiliar Administrativa y Servicio General (Compras y Bioseguridad)	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad		Gerencia		21 – Marzo – 2.011



GESTIÓN DE LA CALIDAD

CÓDIGO: GC - PR - 02

PLAN DE AUDITORIA INTERNA

VERSIÓN: 00

PÁGINA 2 DE 2

	4:30 – 5:00 p.m.	Gestión de la Calidad	Líder del Proceso	María Clara Langhammer
	5:30 – 6:00 p.m.	Gestión de Recurso Humano	Lider del Proceso	Lady Patricia Quintero
	6:00 – 6:30 p.m.	Gestión Estratégica	Gerente	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
	6:30 – 7:00 p.m.	Reunión de cierre	Lideres de cada proceso	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
VIERNES 17- 06-11 Sede Cabecera	2:00 – 2:20 p.m.	Reunión de apertura	Líderes de cada proceso	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
	2:20 - 4:00 p.m.	Gestión Asistencial	Auxiliar Administrativa (Proceso asistencial y Historias Clínicas) Y Auditoria de Campo en las Unidades de Servicio.	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
	4:00 – 4:30 p.m.	Gestión Administrativa	Auxiliar Administrativa y Servicio General (Compras y Bioseguridad)	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
	4:30 – 5:00 p.m.	Gestión de la Calidad	Líder del Proceso	María Clara Langhammer
	5:30 – 6:00 p.m.	Gestión de Recurso Humano	Líder del Proceso	Lady Patricia Quintero
	6:00 – 6:30 p.m.	Gestión Estratégica	Gerente	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
	6:30 – 7:00 p.m.	Reunión de cierre	Líderes de cada proceso	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer

Observaciones:

Durante el desarrollo de la auditoria en cada proceso se evaluara el control de documentos y registros y las acciones de mejora (Acciones correctivas y preventivas)


RESPONSABLE: LADY PATRICIA QUINTERO VELASCO
LIDER EQUIPO AUDITOR

APROBADO POR: NOHORA GALINDO
GERENTE

FECHA: Junio 10 de 2011

REVISÓ	APROBO	FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad	Gerencia	21 - Marzo - 2.011

Anexo 7. Informe de auditoría interna

	GESTIÓN DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GCA - F - 14
	INFORME DE AUDITORIA	VERSIÓN: 00
		PÁGINA 1 DE 5

FECHA: 20 de Junio del 2.011	AUDITORIA INTERNA No: <u>01</u>	SEDE: Cañaveral y Cabecera
---------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

Objetivo

- Evaluar la conformidad del SGC con respecto a los criterios establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2008
- Verificar la eficacia del SGC para lograr los objetivos especificados, incluyendo el cumplimiento de los requisitos de la norma, del cliente, legales y reglamentarios del servicio.
- Revisar el cumplimiento de los objetivos y requisitos establecidos en los procesos del SGC.
- Identificar mejoramientos potenciales en el SGC.

Alcance:

Aplica a todos los procesos del SGC del Centro de Especialistas LOGROS EU.

Criterios:

NTC ISO 9001:2008,

Manual de Calidad y Documentación establecida en los diferentes procesos del SGC.

Requisitos legales como:

- Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043 de 2006)
- Manejo de historias clínicas según (Resolución 1995 de 1999)

Auditor líder: Lady Patricia Quintero Velasco.	Auditor Interno: María Clara Langhammer	Procesos Auditados: Todos los procesos.
--	---	---

PERSONAL ENTREVISTADO:

Se auditó todo el personal de las dos sedes Cabecera y Cañaveral.

REVISÓ	APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad	Gerencia	21 - Marzo - 2.011



PROCESO: GESTIÓN ESTRATÉGICA				
Descripción del Hallazgo	HALLAZGOS			
	F	AM	O	NC
Compromiso del personal con el proceso de implementación del SGC y el empeño por cumplir el objetivo de la empresa de lograr la satisfacción de sus usuarios.	X			
Reforzar al personal la definición de la política y objetivos de calidad de la institución.			X	
Se recomienda hacer seguimiento a los líderes de los procesos, que estén aplicando y midiendo el rendimiento de los indicadores por proceso.			X	
En el informe de revisión por la dirección se recomienda a los líderes de procesos hacer un seguimiento para que el personal este aplicando los procedimientos definidos en cada uno de sus procesos.			X	

PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD				
Descripción del Hallazgo	HALLAZGOS			
	F	AM	O	NC
Se evidencia la organización de las sedes en cuanto al manejo de procedimientos y normas establecidas en la institución para el proceso de implementación del SGC.	X			
Imprimir la documentación del sistema de gestión de la calidad de la institución, para que el personal tenga fácil acceso a esta.			X	
Hacer seguimiento y aplicar el plan de acción a los eventos adversos presentados en la institución.			X	
No se evidencia que la documentación implementada en el sistema de gestión de la calidad no es de fácil acceso en las instalaciones de la institución como lo establecido en el requisito de la norma 4.2 Requisitos de la Documentación.				X

REVISÓ	APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad	Gerencia	21 - Marzo - 2.011

PROCESO: ASISTENCIAL				
Descripción del Hallazgo	HALLAZGOS			
	F	AM	O	NC
Según los resultados obtenidos por auditorias del cliente, se evidencia la organización y buen manejo de las historias clínicas, en cuanto a diligenciamiento, firma de consentimiento informado, evolución, entrega de informes y archivo al día, como se establece en el procedimiento de control de HC.	X			
Fortalecer el proceso asistencial, en cuanto al manejo de las historias clínicas que sean evolucionadas al final la cita, como está establecido en el procedimiento de Control de Historias Clínicas.			X	
Se recomienda organizar los protocolos asistenciales de cada unidad de atención, para que los profesionales tengan fácil acceso a ellos.			X	

PROCESO: GESTIÓN DE RECURSO HUMANO				
Descripción del Hallazgo	HALLAZGOS			
	F	AM	O	NC
Fortalecer el proceso de reinducción al personal antiguo, para dar a conocer los cambios institucionales presentados.			X	
Cuentan con una herramienta (Perfil 16 PF de Catter) para la elaboración de la prueba psicotécnica, aplicada a todo el personal de la institución, que da un resultado de personalidad según unos indicadores clínicos, y después fueron tratados y valorados con la psicóloga de la institución.	X			
Organizar las hojas de vida del personal que cada sede mantenga la carpeta de hojas de vida de sus empleados por sede.			X	
Se recomienda en el proceso de inducción al personal nuevo, aplicar el formato de inducción, como se define en el procedimiento de inducción y reinducción al personal teniendo este como evidencia y no las actas como se está manejando.			X	

REVISÓ	APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad	Gerencia	21 – Marzo – 2.011



No se evidencia un programa de capacitación y/o entrenamiento debidamente aprobado como lo requiere el numeral 6.2.2 (b) competencia, formación y toma de conciencia, donde la organización DEBE proporcionar formación o tomar otras acciones para lograr la competencia necesaria.				X
No se evidencia la evaluación de las competencias y desempeño del personal como lo establecido en el procedimiento de evaluación y desempeño del personal GH-PR-04, incumpliendo el requisito (6.2.2 (e) competencia, formación y toma de conciencia, donde dice que la organización DEBE mantener los registros apropiados de la educación, formación y habilidades del personal.				X

PROCESO: ADMINISTRATIVA				
Descripción del Hallazgo	HALLAZGOS			
	F	AM	O	NC
Especificar en el programa de mantenimiento preventivo de los equipos de fisioterapia el responsable de llevar a cabo dicho mantenimiento.			X	
Cuentan con un manual para el manejo de residuos hospitalarios, PGIRH (plan de gestión integral de residuos hospitalarios), donde especifican los pasos a seguir para el manejo y control de estos residuos, a su vez lo complementan con un manual de bioseguridad ajustado a la institución teniendo en cuenta los requisitos de ley (Decreto 2676 de 22-12-00 y Resol. 1669 de 02-08-02) del ministerio de salud y medio ambiente.	X			
No se evidencia la selección, evaluación y reevaluación de los proveedores, como lo establecido en el procedimiento de selección de proveedores GAD-PR-02, según el requisito de la norma NTC-ISO 9001:2008, numeral 7.4.1 Procesos de Compras.				X
No están aplicando las actividades de verificación en recepción para asegurarse del cumplimiento de los requisitos de compra, ni se evidencian los formatos de las cotizaciones y ordenes de compras, como se establece en el procedimiento general de compras GAD-PR-01, que permite cumplir el requisito (7.4.2 Información de las Compras).				X

REVISÓ	APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad	Gerencia	21 – Marzo – 2.011

